



JANASKAKUA

Revista de Divulgación Científica de la Facultad de Enfermería de la UMSNH. No. 5. Octubre, 2020



Formando comunidades de enfermería...

desde la investigación y divulgación

del conocimiento

Directorio



Dr. Raúl Cárdenas Navarro

*Rector de la Universidad Michoacana de San
Nicolás de Hidalgo*

L.E. Pedro Mata Vázquez
Secretario General

Dr. Orépani García Rodríguez
Secretario Académico

M.E. y M.F. Silvia Hernández Capi
Secretaria Administrativa

Dr. Héctor Pérez Pintor
Difusión Cultural y Extensión Universitaria

M.C. Julio César González Cabrera
Director de la Facultad de Enfermería

C.M.E. Renato Hernández Campos
Secretario Administrativo

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero
Secretaria Académica

Dr. Julio Cesar Leyva Ruiz
Coordinador de la Revista

Comité Editorial

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Dra. María Luisa Sáenz Gallegos

Dra. Ma. Martha Marín Laredo

Dr. Julio César Leyva Ruiz

Janaskakua, revista de divulgación de la Facultad de Enfermería, Año 2, No. 4, marzo-junio de 2020, es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo a través de la Facultad de Enfermería, Av. Ventura Punte #115, Centro, C.P. 58000, Tel. (443) 317 52 55, <http://janaskakua.enfermeria.umich.mx> y revistajanaskakua@gmail.com

Derechos de uso exclusivo e ISSN en trámite. Responsable de la última actualización de este número, comité editorial, Av. Ventura Punte #115, Col. Centro, C.P. 58000, Tel. (443) 317 52 55.

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.



CONTENIDO

<i>Autocuidado en la preparación y manejo de citostáticos, recomendaciones.....</i>	<i>4</i>
<i>Educación para la salud alimentaria; una competencia transversal en educación</i>	<i>13</i>
<i>Prevalencia de trastornos de sueño en el personal de Enfermería: un estudio comparativo</i>	<i>23</i>
<i>Comportamiento antisocial, influencia de pares y consumo de drogas en adolescentes</i>	<i>35</i>

Palabras del coordinador

El número cinco de la revista Janaskakua, de octubre de 2020 se centra en cuidados de la salud en diferentes ámbitos y poblaciones. En este marco, se abordan realidades que constituyen los espacios sociales y de salud como son: las áreas hospitalarias, la escuela secundaria como parte de la educación básica, y otros escenarios sociales donde se desenvuelven problemas de salud con adolescentes.

Tanto para docentes como estudiantes del área de la salud, particularmente de la comunidad académica de enfermería, este número trasciende la investigación hacia escenarios y contextos reales del ejercicio profesional de la enfermería. Esto es posible entenderlo a través de las recomendaciones técnicas en cuanto al manejo de citostáticos. Por otro lado, son fundamentales las disertaciones sobre salud alimentaria como parte de las responsabilidades del sistema educativo. Mientras que el estudio sobre la prevalencia del sueño en el personal de enfermería visibiliza los problemas y desafíos que enfrenta esta población como parte de su profesión. Finalmente, el estudio sobre el comportamiento antisocial y consumo de drogas en adolescentes de tres entidades: Sinaloa, Estado de México y Michoacán, nos habla de realidades compartidas de un México de contrastes sociales.

Dr. Julio Cesar Leyva Ruiz

Coordinador

Revista electrónica cuatrimestral
Facultad de Enfermería
2020 año de la enfermería y partería

Autocuidado en la preparación y manejo de citostáticos, recomendaciones

Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala*

lilia.alcantar@umich.mx

Mayra Itzel Huerta-Baltazar*

mayra.huerta@umich.mx

Ma. de Jesús Ruiz-Reséndiz*

madejesus.ruiz@umich

Vanesa Jiménez-Arroyo*

vanesa.jimenez@umich.mx

Abel Gerardo Fraga-Alcántar*

abel.fraga@umich.mx

Jacqueline Ofelia Fraga-Alcántar*

jacqueline.fraga@umich.mx

Docentes de la Facultad de enfermería de la
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Artículo recibido el 30 de septiembre 2020

Aceptado el 15 de octubre de 2020

Introducción

“La práctica de enfermería se basa en el cuidado de una persona, de una familia o de una comunidad; esta práctica es mucho más que el cumplir una serie de tareas, requiere de la reflexión para atender las necesidades del usuario; engloba un cuidado individualizado y la integración de habilidades terapéuticas” (Kérouac, 2005).

Tomando en cuenta lo anterior y considerando que el personal de enfermería ofrece cuidado de calidad, es importante que lleve a cabo acciones de autocuidado sobre todo cuando manipula fármacos citostáticos. Al respecto, Dorothea E. Orem define al autocuidado como:

“una actividad aprendida por los individuos orientados hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, su salud o su bienestar” (2005, p. 15).

Orem (1993), refiere que la idea central de la teoría del autocuidado se basa en que las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas y dirigidas hacia sí mismas, hacia características ambientales conocidas o supuestas y así cubrir los requisitos identificados para el control de factores que promuevan, que afecten adversamente o que interfieran en la regulación de su propio funcionamiento y/o desarrollo y que de esta manera, contribuyan en la continuación de la vida, al automantenimiento de la salud y al bienestar personal; en este sentido, el personal de enfermería en contacto con citostáticos, debe realizar acciones de autocuidado para minimizar los riesgos a los que se encuentra expuesto por el contacto con estas sustancias.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS, s.f.), define al citostático como: “Aquella sustancia capaz de inhibir o impedir la evolución de la neoplasia, restringiendo la maduración y proliferación de células malignas, actuando sobre fases específicas del ciclo celular; este mecanismo hace que, a su vez, sea por sí misma carcinógena, mutágena y/o teratógena”.

Los citostáticos son un grupo de medicamentos ampliamente utilizados en el tratamiento del cáncer y en menor medida en otras enfermedades no oncológicas; la mayoría de estas sustancias interactúan con el Ácido Desoxirribonucleico (ADN) o sus precursores e inhiben la síntesis del nuevo material genético pudiéndole causar daños irreparables (Sindicato de Enfermería de España, [SATSE], 2003). El efecto citostático no se limita exclusivamente a las células malignas, también lo ejerce en las células sanas sobre todo en las de proliferación rápida como son piel, mucosas, intestino y otros (Martínez, García, Hernández, Manzanera y Garrigós, 2020). En la mayoría de los citostáticos los efectos mutagénicos han sido observados en sistemas tanto *in vitro* como *in vivo* en células animales y humanas (Ferguson, 1996; International Agency for Research of Cancer [IARC], 1987).

Fue a mediados de los años 80 cuando se alcanzó un consenso internacional sobre la necesidad de adoptar medidas de protección durante la manipulación de citostáticos en la búsqueda de disminuir los riesgos de los efectos reproductivos, genotóxicos y mutagénicos (Cajaraville, 2004). Según la American Society of Hospital Pharmacists (ASHP, 1990), los medicamentos que representan un peligro ocupacional son los que generan genotoxicidad o daño al material genético tanto en modelos animales, como en el ser humano e incluso en ambos.

En los últimos años se ha prestado una gran atención a los citostáticos para el tratamiento y prevención del cáncer, no obstante, estudios toxicológicos han demostrado que algunas de estas sustancias pueden ser genotóxicas tanto en el usuario tratado con estos medicamentos, como en personas que participan en la fabricación de estos y en el personal de enfermería que los prepara, administra y brinda cuidado a los usuarios bajo tratamiento con dichos fármacos (IARC, 1987).

En los últimos años se ha prestado una gran atención a los citostáticos para el tratamiento y prevención del cáncer, no obstante, estudios toxicológicos han demostrado que algunas de estas sustancias pueden ser genotóxicas tanto en el usuario tratado con estos medicamentos, como en personas que participan en la fabricación de los mismos y en el personal de enfermería que los prepara, administra y brinda cuidado a los usuarios bajo tratamiento con dichos fármacos iError! Marcador no definido.. El riesgo que representa para el personal de enfermería por su contacto puede ser controlado a través de acciones, controles y prácticas de trabajo adecuados, para lo cual, es necesario su formación y capacitación para minimizar los riesgos a los cuales están expuestos a través de precauciones y técnicas de trabajo adecuadas (Martínez et al., 2002). Algunos estudios realizados por varios investigadores han demostrado que puede ser seguro el manejo de citostáticos por parte del personal si éste ha sido capacitado para el empleo de equipo de seguridad (Mason et al., 2005; Schreiber et al., 2003).

Falck, Sorsa y Vainio (1981) en sus resultados de una investigación de casos y controles, evidenciaron en los primeros la presencia de mutagenicidad urinaria en las enfermeras que manejaban citostáticos, estos niveles se fueron incrementando a medida que transcurrían las semanas en contacto con dichas sustancias lo que se relacionó con la absorción de las mismas, mientras que en el grupo control, los valores obtenidos fueron menores; a partir de ese momento surgió la inquietud de considerar esta situación como un posible riesgo ocupacional.

En México, Alcántar, García y Gómez (2009) realizaron un estudio a 32 enfermeras y enfermeros para encontrar los factores que influyen en el autocuidado de enfermería en la preparación y manejo de citostáticos en un hospital de segundo nivel; se identificaron factores de tipo personal, institucional y ambiental que intervienen de manera significativa para que el personal de enfermería no lleve a cabo un correcto autocuidado; en este estudio se concluye que este personal no identifica a estos fármacos de otros que no lo son aunque se usen concomitantemente en el tratamiento contra el cáncer, además de que no existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre estas sustancias y el llevar a cabo un correcto autocuidado. Dentro de los factores institucionales encontraron que no se ofrece inducción al puesto, además de no proveer del material ideal para el manejo de estas sustancias, tampoco del equipo indispensable, ni de un espacio especialmente diseñado para la preparación de citostáticos, todo ello obligatorio para evitar riesgos en la salud de estos profesionales derivados del contacto con ellos.

Alcántar et al (2011) en México, llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue analizar los resultados del estudio de sombra y las respuestas a un instrumento que mide el autocuidado de enfermería en la preparación y manejo de citostáticos. El estudio se efectuó a 24 enfermeras(os) en contacto con estas sustancias y se demostró que el personal de

enfermería reconoce a los citostáticos de otros fármacos que no lo son. Concluyen que enfermería contesta en el instrumento tener determinado autocuidado y en la práctica tiene acciones distintas, esto es observado a través del estudio de sombra, por lo cual se determina que es deficiente.

Cabe resaltar que además de evaluar el autocuidado en el personal de enfermería que maneja citostáticos, en los últimos 20 años se han publicados varios estudios que denotan los riesgos a los que enfermería se encuentra expuesto, estos se muestran a través de la contaminación ambiental por antineoplásicos en farmacias de hospitales, además, se ha reportado la presencia del citostático original o su metabolito como resultado de la absorción de sustancias en trabajadores de la salud (Harrison, Peters y Bing; Sessink, Kroese Y Van Kranen, 1995; Sessink, Wittenhorst, Anzion y Rob, 1997). Otros investigadores han puesto de manifiesto que la contaminación por estas sustancias se encuentra en varios sitios de los lugares de trabajo como son: las superficies del mobiliario, en pisos, mostradores, contenedores de almacenamiento, contenedores de residuos, mesas, sillas y en el aire, razones por las cuales, se considera que el lugar de trabajo puede resultar una de las rutas más comunes de exposiciónⁱⁱ. En general, la exposición a antineoplásicos puede ocurrir durante su preparación, administración o eliminación, así como por la contaminación de superficies de trabajo y la penetración de los guantes con algún antineoplásicoⁱⁱⁱ.

Se ha demostrado que el contacto repetido con estas sustancias puede causar mutaciones, inmunotoxicidad y cáncer, ya que alteran la división celular sobre todo en las células de rápida proliferación, lo que conlleva a un aumento importante de los micronúcleos (MN); estas modificaciones se extrapolan a trabajadores de zonas hospitalarias en donde el contacto ocurre diariamente como parte de su actividad laboral.

Tomando en cuenta lo anteriormente reportado, diversos organismos internacionales hacen una serie de encomiendas para disminuir el riesgo en el cual se encuentra inmerso el personal de enfermería, mismas que a continuación se abordan.

Deberá disponerse de una historia de salud detallada en el aspecto médico, reproductivo y ocupacional (cada seis meses). Los exámenes de salud corresponderán específicamente a la detección de efectos mutagénicos y carcinogénicos derivados de la manipulación y preparación de estos fármacos, el reconocimiento inicial debe incluir: historia profesional haciendo especial referencia al trabajo en contacto con citostáticos, historia personal de patologías previas en la que se reúna información sobre tratamientos anticipados de quimioterapia y radioterapia, embarazos, abortos y malformaciones congénitas; examen biológico consistente en análisis de sangre completo, bioquímico y de orina (Martínez et al., 2002).

Para la preparación de citostáticos se recomienda la utilización de guantes quirúrgicos de látex y en algunos casos también de material de PVC sin talco en el interior o con mínima; los guantes se colocarán sobre los puños de la bata, se aconseja cambiarlos frecuentemente (cada media hora) y siempre que se contaminen con alguna de estas sustancias, cuando sufran rotura y al finalizar cada sesión de trabajo (NIOSH, 2004). Debe emplearse doble guante especialmente para la limpieza de superficies, materiales y envases que contengan residuos, en particular, cuando hay riesgo de exposición por derrames^{iError! Marcador no definido.}. Se aconseja el uso de guantes de nitrilo porque ofrecen alta resistencia a productos químicos, así como a la rotura y a los pinchazos accidentales (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (s.f.).

Las batas de elección serán desechables de polietileno, revestidas de polipropileno^{iError! Marcador no definido.}, cerradas por delante (abertura trasera), con puños elásticos o fruncidos (Martínez, 2002).

Las mascarillas y adaptadores buconasales deben tener un filtro incorporado que evite la inhalación de partículas de citostáticos líquidas y sólidas (Martínez, et al, 2002; Díaz, 2006).

La acción de buena parte de los fármacos citostáticos sobre las mucosas hace necesaria la utilización de gafas durante su manejo; para brindar más seguridad, las gafas deben tener protecciones laterales (CISNS, s. f.)^{iError! Marcador no definido.}; también debe colocarse gorro como parte del equipo de protección (SATSE, 2003).

El transporte de citostáticos preparados hasta el lugar de administración se llevará a cabo a través de un circuito independiente, en envases irrompibles e impermeables; se deben utilizar contenedores rígidos para prevenir las roturas accidentales por golpes Cajaraville, 2004).

Cuando se diluyen medicamentos citostáticos se retirarán las burbujas de aire que se forman en la jeringa, para lo cual se efectúa antes una succión con el émbolo de la jeringa con el fin de que el fármaco contenido en la aguja no salga proyectado; se expulsarán las burbujas colocando una gasa estéril impregnada con alcohol de 70^o (CISNS, s.f.; SATSE, 2003).

Existen medidas eficaces para prevenir la contaminación del ambiente y por ende, la contaminación del personal de enfermería entre las que se encuentran: en caso de la ministración oral de citostáticos, las manos se protegerán con guantes de látex sin talco, colocándose un paño desechable de protección en el sitio en donde se vayan a manipular (Cajaraville, 2004); para la administración por vía endovenosa, se utilizarán guantes con las mismas características de los usados durante la preparación de los mismos (CISNS, s.f.; NIOSH, 2004)).

Las jeringas utilizadas para ministraciones en bolo se purgarán durante la preparación y deberán tener un tapón estéril luer-lock; se recomienda el uso de sistemas cerrados, aún con esta medida durante la ministración debe colocarse un paño con la parte absorbente hacia arriba y la impermeable en contacto con la ropa de cama con la finalidad de evitar su contaminación en caso de algún derrame; en el supuesto caso de que fuera necesario purgar alguna jeringa, la aguja se rodeará con una gasa estéril para disminuir el riesgo de contaminación por la formación de aerosoles y vapores por citostáticos durante su preparación y manejo (Cajaraville, 2004)^{Error! Marcador no definido.}

Para perforar una solución preparada con citostáticos, se recomienda usar una gasa o algodón humedecidas con alcohol de 70º alrededor del sitio de punción del frasco para que absorba las partículas que pudieran salir durante este proceso, previo a lo cual, los sistemas o el equipo deben estar “purgados” con solución fisiológica; no deben perforarse los frascos que se encuentren colgados y una vez que vayan a ser desechados, no sacar los sistemas del frasco, ni romperlos, sino eliminarlos juntos (Eitel, Scherrer y Kümmerer, 2000).

El material desechable y la ropa deben desecharse directamente en bolsas y contenedores especiales, todos ellos se cerrarán de inmediato y se membretarán (NIOSH, 2004). El almacenamiento de contenedores con citostáticos será de manera independiente al resto de los residuos, colocados en un lugar ventilado; el tiempo máximo permitido de almacenamiento no será superior a 72 horas (Cajaraville, 2004). Todos los materiales punzantes o cortantes empleados en la preparación y administración deben depositarse en recipientes resistentes, imperforables y dotados de una tapa que permita cerrarlos herméticamente; no debe separarse la jeringa de la aguja antes de su eliminación, ni tampoco reencapsular las agujas a las jeringas^{Error! Marcador no definido.}

Ante derrames accidentales de citostáticos debe disponerse de mascarilla, guantes de nitrilo o quirúrgicos, estos últimos dobles y sin talco, bata protectora, campo absorbente, jeringa con aguja, gafas de seguridad y solución neutralizante como tiosulfato de sodio o hipoclorito de sodio al 5.25%, esta solución se mantendrá en contacto con el citostático derramado durante 15 minutos, posteriormente se realizará la limpieza de la zona (NIOSH, 2004; SATSE, 2003).

Si se contaminan los guantes se desecharán inmediatamente; en caso de que la contaminación ocurra en algún espacio físico se lavará profundamente la zona afectada (SATSE, 2003); si el derrame es de gran volumen, el sitio debe aislarse y ante la presencia de cristales, estos deberán recogerse con unas pinzas y un recogedor desechable, nunca con las manos a pesar de traer guantes; todos estos residuos serán tratados como material contaminado en el momento de su eliminación (Cajaraville, 2004).

En el supuesto caso de que ocurra una exposición accidental si el equipo de protección se contamina deberá retirarse inmediatamente; si el contacto es directo con mucosas o con la piel se lavará rápidamente con agua y jabón por un espacio de tiempo de 10 minutos aproximadamente; si la contaminación ocurre en la zona ocular, debe irrigarse con abundante solución fisiológica dándole un seguimiento al caso (SATSE, 2003).

La eliminación extrahospitalaria de residuos requiere del transporte por parte de una empresa autorizada para ello; los contenedores deben ser rígidos y serán adecuadamente identificados para su posterior tratamiento que consiste en la incineración; este proceso debe realizarse en incineradores especiales que alcancen temperaturas de 1000°C dotados de filtros de alta seguridad que impidan que los vapores que se producen durante el proceso contaminen el medio ambiente (SATSE, 2003; Cajaraville, 2004).

Las excretas de las personas que han recibido algún citostático pueden contener altas concentraciones de la droga o de sus metabolitos peligrosos. Se deben adoptar medidas siempre que se atiende a pacientes con incontinencia urinaria como son el uso de guantes y bata, estos deben emplearse también para el cambio de pañal en los pacientes pediátricos y en el cambio de ropa de cama. La duración de dichas medidas estará en función del fármaco administrado. Se deberá disponer como mínimo de baños dotados de un sistema que permita el lavado continuo, para lo cual, se requerirá de la adición previa de sustancias neutralizantes (SATSE, 2003).

La ropa de pacientes que hayan recibido tratamiento con citostáticos en los últimos siete días y que esté contaminada con orinas, heces, vómitos, etcétera, se colocará dentro de una bolsa para material lavable y ésta a su vez dentro de una bolsa impermeable adecuadamente membretada. Una vez en la lavandería, se retirará la bolsa impermeable y se procederá a un prelavado con inmersión en una solución neutralizante como por ejemplo hipoclorito de sodio, realizándose posteriormente el lavado habitual. Todo el personal en contacto con esta ropa deberá llevar guantes de látex y bata (SATSE, 2003).

Conclusiones

El autocuidado en la preparación y manejo de citostáticos es imprescindible llevarlo a cabo por parte del personal de enfermería para evitar alteraciones a corto, mediano o largo plazo.

El riesgo que conlleva el cuidar a personas con tratamiento de citostáticos puede minimizarse si se lleva a cabo un correcto autocuidado.

Se debe contar con material, equipo y un lugar especial para la preparación y manejo de fármacos citostáticos.

Para que enfermería lleve a cabo todas y cada una de las acciones de autocuidado es de vital importancia que las autoridades encargadas de dotar del equipo de protección y del material para el manejo de estas sustancias les provea de lo requerido.

Referencias

Alcántar, Z.M.L.A., García, V.M.L.R. y Gómez, A.C. (2009). Factores que influyen en el autocuidado de enfermería en la preparación y manejo de citostáticos. *Rev Evidentia*. Recuperado de <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2799.php>

Alcántar, Z.M.L.A., García, V.M.L.R., Gómez, A.C., Valtierra, O.E.R., García, V.M.T. y Ruiz, R.M.J. (2011). Autocuidado de Enfermería en Preparación y Manejo de Citostático Resultados: Estudio de Sombra - Respuestas Instrumento. *Rev Paraninfo Digital*. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n11-12/104d.php>

American Society of Hospital Pharmacists. (1990). Technical Assistance Bulletin on Handling Cytotoxic and Hazardous Drugs. *Am. J. Hosp. Pharm*, 47, 1033-49.

Eitel, A., Scherrer, M. y Kümmerer, K. (2000). Manejo de citostáticos. Instituto para Medicina Ambiental e Higiene en los Hospitales. *Bristol-Myers*. S.A.

Falck, K., Sorsa, M. y Vainio, H. (1981). Use of the bacterial fluctation test to detect mutagenicity in urine of nurses handling cytostatic drugs. *Mutat Res*. 85,236-7.

Harrison, B.R., Peters, B.G. y Bing, M.R. (2006). Comparison of surface contamination with cyclophosphamide and fluor- ouracil using a closed-system drug transfer device versus standard preparation techniques. *Am J Health-Syst Pharm*, 63,1736–1744.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (S.F.). Guantes: Uso Sanitario. Tipos y usos. Recuperado de http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=169&Itemid=27

International Agency for Research of Cancer (1987). Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: overall evaluations of carcinogenicity: an updating of IARC monographs. 7,1–42.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (2005). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España: Elsevier-Masson; 2005.

Martínez, M.T., García, F., Hernández, M.J., Manzanera, S.J.T. y Garrigós, J.A. (2002). Los Citostáticos. *Enfermería Global*. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/687>

Mason, H.J., Blair, S., Sams, C., Jones, K., Garfitt, S.J. Cuschieri, M.J. et al. (2005). Exposure to antineoplastic drugs in two UK hospital pharmacy units. *The Annals of Occupational Hygiene*, 49, 603-610.

National Institute for Occupational Safety and Health. (2004). Preventing Occupational Exposure to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings. Recuperado de <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/2004-165b.html#j>

Orem, D.E. (1993). *Conceptos de Enfermería en la Práctica*. México. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Schreiber, C., Radon, K., Pethran, A., Schierl, R., Hauff, K., Grimm CH, et al. (2003). Uptake of antineoplastic agents in pharmacy personnel. Part II. Study of work-related risk factors. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 76, 11–16.

Sessink, P.J.M., Kroese, E.D. y Van Kranen, H.J. (1995). Cancer risk assessment for health care workers occupationally exposed to cyclophosphamide. *Int Arch Occup Environ Health*, 67(5),317-323.

Sessink, P.J.M., Wittenhorst, B.C.J., Anzion, R.B.M. y Rob, R.P. (1997). Exposure of pharmacy technicians to antineoplastic agents: Reevaluation after additional protective measures. *Arch Environ Health*, 52, 240-244.

Sindicato de Enfermería de España. (2003). Guía para el Manejo Seguro de Citostáticos. *GeoSalud*. Recuperado de <http://geosalud.com/Salud%20Ocupacional/citostaticos.htm>

Educación para la salud alimentaria; una competencia transversal en educación

Rubén Darío Núñez Altamirano

ruben.nunez@umich.mx

Facultad de Enfermería, UMSNH

Jesús Alejandro Ramírez Medina

jesyra@hotmail.com

Escuela Secundaria Federal "José María Morelos"

Artículo recibido el 05 de septiembre 2020

Aceptado el 17 de octubre de 2020

Resumen

La Educación Básica está llamada a jugar un rol fundamental en la creación hábitos de vida saludable desde las primeras edades; sin embargo, no siempre se ha podido integrar todas las influencias educativas necesarias para lograrlo de manera eficiente, tanto en el ámbito escolar como familiar. Fue ante la emergencia de la COVID-19, que las políticas gubernamentales se enfocaron a implementar una serie de acciones con estudiantes de educación básica, sobresaliendo la inserción de una asignatura denominada, "vida saludable" (SEP, 2020). Bajo tal contexto, esta investigación genera una intervención educativa, bajo la metodología de investigación acción, con alumnas y alumnos de primer grado de secundaria, en un contexto rural, a través de las asignaturas de Biología, Química, Formación Cívica y Ética, con el objetivo de propiciar la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes y el mejoramiento de la calidad de vida. Los resultados de la intervención fueron favorables, pero no sostenibles, los alumnos y alumnas trabajaron de manera responsable e informada a partir de la integración del asesoramiento, en compañía de autoridades educativas de la escuela y representantes de familia; pero en el momento que autoridades y padres de familia dejaron la intervención, los hábitos alimenticios de los sujetos, fueron desfavorables para su salud.

Palabras clave: Calidad de vida, Salud Alimentaria, Hábitos de vida saludable, Higiene alimentaria

Abstract.

Basic Education is called to play a fundamental role in creating healthy lifestyle habits from the earliest ages; however, it has not always been possible to integrate all the educational influences necessary to achieve this efficiently, both in the school and in the family. It was before the emergency of COVID-19, that government policies focused on implementing a series of actions with students of basic education, highlighting the insertion of a subject called, “healthy life” (SEP, 2020). Under such a context, this research generates an educational intervention under the action research methodology with students of the first grade of secondary school, through the subjects of Biology, Chemistry, Civic Training and Ethics, to promote the acquisition of knowledge, skills and attitudes and the improvement of the quality of life. The results of the intervention were favorable, but not sustainable, the students worked in a responsible and informed manner based on the integration of counseling in the company of educational authorities from the school and family representatives, but at the time that authorities and parents family left the intervention, the eating habits of the subjects were unfavorable for their health.

Keywords: *Quality of life, Nutritional Health, Healthy lifestyle habits, Food Hygiene*

Introducción

“Deja que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina sea tu alimento”. Hipócrates. 460 a.C.

La calidad de vida según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus preocupaciones (OMS, 2002, pág. 98).

Según este organismo se debe cumplir ciertos principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos, pues la salud constituye uno de los principales factores que influye en la calidad de vida, entendida como:

Un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, que brinda al niño la capacidad de vivir en armonía, en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo, sin distinción de raza, religión, ideología política o situación económica. (OMS, 2014, pág. 1).

En tal sentido, la Convención sobre los Derechos del Niño, en el artículo 24 reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, mediante la adopción de medidas apropiadas, tales como el combate a las enfermedades y la mala nutrición, el suministro de

alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, sin dejar de tener cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente (UNICEF, 2006, pág. 19).

Además, en el diagnóstico derivado de esta investigación, se ha podido constatar que los principales problemas de salud que existen en determinados grupos sociales, afectan la capacidad de aprendizaje de los escolares. Consideramos que la mala nutrición, ya sea por exceso o por deficiencia de energía presente en los alimentos, es la problemática más apremiante. La Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE) destacó que la mala nutrición es observada en la baja talla en la infancia y se ha relacionado con deficiencias en el desarrollo motor y cognoscitivo. De acuerdo con la encuesta, el 6.9% de los hombres y 9.2% de las mujeres que acuden a la secundaria presentan baja talla. El promedio de talla nacional se ubicó en 159.7 cm para hombres y 154.4 cm para mujeres. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2008, págs. 135,137).

Por otro lado, en México el sobrepeso, la obesidad y sus complicaciones se encuentran entre los problemas de Salud Pública más importantes en el presente siglo. Ya desde los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANAUT) del 2012, se había puesto de manifiesto esta problemática cuando el 34.9% de los 18 492 890 participantes, de edades comprendidas entre 12 y 19 años presentaban sobrepeso y obesidad. (ENSANAUT, 2012). Tal situación lejos de mejorar se agravó porque la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población se incrementaron, además de que existe una diferencia significativa de género, ya que en las mujeres fue mayor con 26.4%, respecto al sobrepeso observado en hombres de 18.5%. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016, págs. 66,67)

Objetivo: Educación y salud

La escuela constituye un ambiente importante para desarrollar acciones fundamentales para revertir el problema de salud alimentaria. En los Planes de Estudios de la Secretaría de Educación aún vigentes, (SEP, 2011), se precisa que al concluir la educación secundaria se debe fortalecer los conocimientos, habilidades y actitudes para la toma de decisiones responsables e informadas relacionadas con la salud y asimismo propiciar una autonomía en acciones comprometidas y participativas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida, (SEP, 2011, pág. 16). Desde hace al menos 8 años, la salud alimentaria es un tema transversal que se toca en distintas asignaturas como es Biología, Química y Formación Cívica y Ética. Estas asignaturas pretenden el desarrollo de competencias que enseñen a prevenir y tomar decisiones a favor de la salud, en la adolescencia; cuando se consolidan patrones de comportamiento alimentario de gran trascendencia para la salud a corto y largo plazo.

Los padres tienen un papel fundamental en el desarrollo y la formación de sus hijos, ya que deben fortalecer la atención de lo que consumen en familia, a fin de asegurar sus procesos de crecimiento y desarrollo, prevenir padecimientos futuros y favorecer el logro de mejores niveles de aprovechamiento y rendimiento escolar.

En ese tenor, el objetivo de la investigación, realizada durante los meses de febrero y marzo del 2020, fue analizar las características socioculturales, que inciden en las prácticas de mala alimentación y que afectan los procesos educativos en comunidades rurales y por ello, elegimos la localidad de Huajúbaro, que se encuentra situada en el municipio de Hidalgo Michoacán. La mayor parte de las familias de Huajúbaro son de bajos recursos económicos, ya que tradicionalmente los padres de familia trabajan en actividades como jornaleros, chofer de tráiler, albañil y talador de madera, que no ofrecen el salario suficiente para solventar los gastos.

En el grupo escolar donde se desarrolló esta intervención, se pudo constatar que los adolescentes tenían una alimentación incorrecta, porque no realizaban las 3 comidas completas y las 2 colaciones saludables al día, que, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2005 del plato del buen comer, deben de realizarse para una alimentación correcta (Secretaría de Salud, 2006).

En lugar de ello, se pudo apreciar que escasamente hacían de 1 a 2 comidas completas y con colaciones que incluían grandes cantidades de azúcares y otros edulcorantes calóricos, alimentos con alto contenido en grasas y sal común; carente del consumo de verduras. Incluso se observó que los alumnos tienen preferencia por el consumo de refresco que por el agua.

En los hábitos de vida saludable los alumnos no se lavaban las manos con agua y jabón antes y después de comer, tampoco antes de usar los servicios higiénicos. En la higiene alimentaria no limpiaban la superficie donde colocaban los alimentos tampoco la desinfectaban y menos aún protegía los alimentos y las áreas de cocina de insectos, plagas y animales.

En consecuencia, hay estudiantes con obesidad, desnutrición y problemas de salud relacionadas con la mala higiene, que incidían en la asistencia a clase, en el cumplimiento de las actividades y que constituyen un alto riesgo para la salud en el futuro inmediato. En los patrones observados en los familiares de los alumnos, se constató la presencia de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, gastroenteritis y amibiasis.

El análisis en la comunidad referida, reveló que a pesar de ser de bajos recursos económicos, los 28 estudiantes que participaron durante el presente año, contaban con un apoyo de parte de IMSS-PROSPERA, programa de la Secretaría de Desarrollo Social, con más

de 7 millones de afiliados, el cual, brinda recursos para fortalecer la alimentación (Gobierno Federal, 2020). Sin embargo, pese a que contaban con recursos para adquirir alimentos, se observó que los estudiantes no tomaban decisiones correctas en su alimentación porque perjudicaban su salud al no tener higiene alimentaria, elegir alimentos con bajo contenido nutritivo y alto en calorías, consumir de 1 a 2 comidas durante el transcurso del día y lo más preocupante omitir el desayuno.

Esto demostró que no bastó con tener los recursos económicos para alimentarse correctamente debido a que los padres de familia no prestaban la atención suficiente a la salud alimentaria ya que les proporcionaban cualquier alimento que no ocupara mucho de su tiempo en la preparación y fuera agradable a su paladar hasta que ocurriera un problema de salud.

Cuando esto pasaba, los padres acudían al (IMSS-PROSPERA) pero el organismo contaba con poco personal y material de emergencia ocasionando que los ciudadanos tuvieran que trasladarse a Morelia para tratar los problemas de gravedad.

De acuerdo con el diagnóstico situacional, que elaboro el médico residente del centro de salud las tres principales causas de demanda de consulta en Medicina Familiar de los adolescentes de edades entre 13 a 14 años estaban relacionadas con la alimentación. La comunidad no contaba con médicos particulares encargados de la nutrición de la población por lo que el instituto era su único respaldo y en la escuela no se hacía el suficiente énfasis en la alimentación.

Las consecuencias que traía consigo es que los estudiantes dentro del aula mostraban una disminución en su capacidad de concentración y de aprendizaje de acuerdo con el Instituto de Salud Pública de Madrid (INSALUD) el ayuno o una insuficiente alimentación inciden negativamente en el rendimiento escolar. (INSALUD, 2006, pág. 35).

Propuesta de intervención

La educación alimentaria se comienza a desarrollar inicialmente en la familia desde que el niño nace en el seno parental y después se complementa en el ámbito escolar al transitar por el sistema educativo del país, en este caso en la Educación Básica.

El trayecto formativo de Educación Preescolar y Educación Primaria, nos muestra la importancia de la educación alimentaria en todos los grados con diversos contenidos, con el interés de desarrollar en los alumnos conocimientos para el cuidado de su salud sin embargo en el trabajo realizado no se observó que el alumno cuidara de su salud alimentaria.

En Secundaria, la Salud Alimentaria se introduce por igual dentro de las Ciencias Naturales y Ciencias Sociales. En las Ciencias Naturales en las asignaturas de Biología y Química. En Biología se pretende que el alumno explique el proceso general de la transformación y aprovechamiento de los alimentos, en términos del funcionamiento integral del cuerpo humano, analice el reconocimiento de la importancia de la dieta correcta y el consumo de agua simple potable para mantener la salud (SEP, 2011, pág. 43).

En la materia de Química, se propone que se relacione la cantidad de energía que una persona requiere con el fin de tomar decisiones encaminadas a una dieta correcta y analice los riesgos a la salud por el consumo frecuente de alimentos ácidos, con el fin de tomar decisiones para una dieta correcta. (SEP, 2011, págs. 68,69).

En Ciencias Sociales, en la asignatura de Formación Cívica y Ética se busca que el alumno asuma decisiones responsables e informadas ante situaciones que ponen en riesgo su integridad personal como consecuencia de problemas alimentarios y también tome decisiones que favorezcan su calidad de vida, expresando su capacidad para responder asertivamente. (SEP, 2011, págs. 42,49).

El Aprendizaje Orientado a Proyectos, fue el método de enseñanza-aprendizaje utilizado en esta intervención, de manera transversal, los alumnos hicieron investigación para resolver un problema relacionado con la salud alimentaria. Esta experiencia se realizó en la Secundaria Federal "José María Morelos" de la comunidad rural de Huajúbaro, región Cd. Hidalgo es la única Escuela Secundaria del pueblo, cerca de ella no se encuentra otro centro educativo. Hasta antes de la Pandemia, el horario presencial del turno matutino era de las 8:00 am, hasta las 2:00. De acuerdo con el censo estudiantil, la institución tiene 172 alumnos de los cuales 62 son de primer grado, 56 de segundo y 54 de tercero. El grupo en el que llevó a cabo la intervención es el grupo 1 B que comprende la cantidad 28 alumnos 13 de los cuales son hombres y 15 mujeres entre la edad de 12-13 años, (Mendoza, 2020).

Se utilizó el método de investigación acción, el cual consiste, según Colmenares y Piñero, en un modelo de investigación del paradigma cualitativo, que recurre a fuentes y perspectivas diversas. Este método, genera espacios de diálogo con los actores sociales, estableciéndose procesos participativos de co-construcción del conocimiento, en este caso sobre el problema alimentario, dentro y fuera del aula, (Colmenares y Piñero, 2008, p.99)

El trabajo, inicio reconociendo la importancia de tomar en cuenta la medición del Índice de Masa Corporal (IMC), que es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla y que se utiliza frecuentemente para clasificar la obesidad o el bajo peso, a partir de pesar con una báscula a cada alumno y medirlos con la cinta métrica. Una vez obtenidos los datos, se utilizó el registro clínico, con apoyo de los formatos de la página web del instituto mexicano del seguro social (IMSS), que requiere mediciones de peso, estatura, sexo y edad para

obtener el IMC. Ya con los datos, se relacionó el índice de masa corporal, con la tabla de la organización mundial de la salud (OMS) que propone una clasificación del estado nutricional dependiendo del Índice de cada persona.

Resultados

El diario dietético se utilizó para conocer el régimen alimenticio, mediante la recolección de datos sobre los alimentos que desayuna, almuerza, come, cena y merienda desde el lunes hasta el domingo durante una semana con el propósito de observar qué alimentos consume en la escuela y en su hogar, con qué frecuencia consume algunos alimentos, cuántas comidas hace al día y si las calorías consumidas son las suficientes de acuerdo con su edad, peso, altura y sexo.

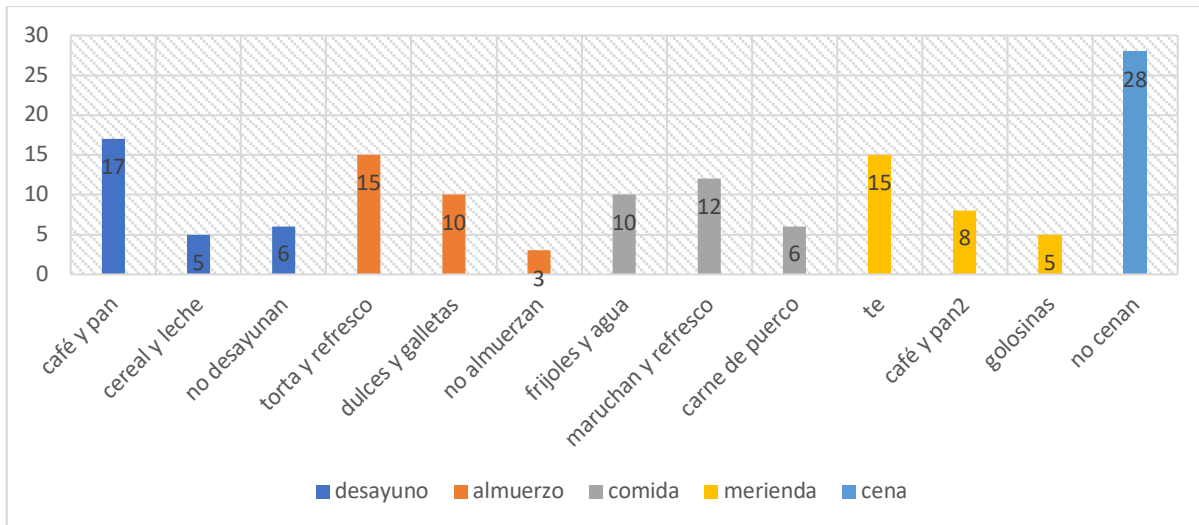
El estudio Socioeconómico, ayudo a comprender el entorno económico y social del estudiante a partir de los datos de sus padres de familia, vivienda, salud y alimentación con la intención de conocer el ambiente en el cual está inmerso el estudiante.

La escala valorativa del Régimen alimenticio se utilizó para conocer ¿qué comen? ¿cuánto comen? a partir de una lista de 20 alimentos que debían marcar con un (1) si consideraban que es un alimento saludable o un (0) si piensan que no es alimento saludable.

El Cuestionario de preguntas cerradas sobre la higiene involucrada en la alimentación se refirió a ¿Dónde comen? ¿Con quién comen?, un conjunto de preguntas a las que el sujeto debe responder sobre la higiene de dental, manos y superficie que están implicados en la alimentación. Las preguntas son del tipo cerrada ya que se exige seleccionar la respuesta entre las variantes propuestas.

Existen dificultades en dos sentidos por un lado existen alumnos que presentan sobrepeso y obesidad, acumulación de grasa perjudicial para la salud, que equivale a un (IMC) superior a 25, causado por desequilibrios prolongados en el balance energético, cuando se ingieren más calorías que las que se gastan (OMS, 2018) y por el otro, alumnos con bajo peso que se refiere a un peso se encuentra por debajo 18,5 del (IMC), causalidad atribuida a la ausencia de alimentos adecuados. En el desayuno la mayoría de los alumnos consumen café y pan, alimento carente de proteínas, vitaminas y minerales, necesarias para el rendimiento escolar. En el almuerzo el alimento que más consumen durante el receso escolar es torta y refresco, alimento procesado altamente calórico.

Gráfica 1. Diario dietético semanal de los alumnos



Fuente: Elaboración propia en base al estudio de campo, febrero-marzo 2020.

En la comida en su mayoría se alimentan de sopas instantáneas, refresco alimento procesado carente de nutrientes y con alto contenido de sal ausente de frutas y verduras. Sobre la merienda, consumen te o café, alimento carente de nutrientes. En general todos los alumnos no cenaban ningún alimento antes de dormir. En conclusión, la alimentación es muy carente en calorías, provocando en su mayoría alumnos con delgadez y por otro extremo, varios alumnos presentan sobrepeso al consumir alimentos poco nutritivos y alto en calorías.

Respecto a la higiene alimentaria la mayoría de los alumnos no lavan las superficies para preparar los alimentos que consumen, al igual que los utensilios utilizados para la preparación y consumo de los alimentos. También no cuidan los alimentos y las áreas de cocina de insectos, plagas y otros animales al no refrigerarlos o taparlos.

Conclusiones

La intervención que se realizó durante los meses de febrero y marzo del 2020, en la Escuela Secundaria Federal José María Morelos de Huajumbaro, con 28 alumnos, permitió trabajar con los estudiantes el desarrollo de la Competencia “Conocimiento y cuidado de sí mismo” mediante la aplicación de un método de enseñanza activo denominado aprendizaje orientado a proyectos.

Los alumnos, al iniciar tenían concepciones muy banas e incluso erróneas por cuestión cultural o familiar, al no tener conocimiento del sistema digestivo y su función, así como del cuidado a partir de la alimentación. Se identificó que los adolescentes no saben cómo

alimentarse correctamente y no conocen la implicación tan grave que tiene para su salud. La estrategia propuesta fue a través de conjuntar varias asignaturas y plantear cuestionamientos relacionados con la alimentación, desde un punto biológico, químico, cívico y ético; que debían resolver a partir de la investigación. Esta investigación se vincula a las nuevas políticas gubernamentales en materia de salud, mismas que serán fundamentales para enfrentar la emergencia sanitaria actual.

Referencias

Camara de Diputados del Congreso de la Unión. (2020). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_090819.pdf

Colmenares E., Ana Mercedes, & Piñero M., Ma. Lourdes (2008). La investigación acción. Una herramienta metodológica heurística para la comprensión y transformación de realidades y prácticas socio-educativas. *Laurus*, 14 (27),96-114.[fecha de Consulta 1 de Octubre de 2020]. ISSN: 1315-883X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=761/76111892006>

FAO. (2019). *Aditivos alimentarios*, en: <https://www.aditivos-alimentarios.com>

INSALUD. (2006). El desayuno saludable. *Nutrición y salud*, 35.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). *diagnóstico situacional, Huajúmbaro*. Cd. Hidalgo.s.e.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). *Guía para una alimentación sana, variada y suficiente*, en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/guarderías/menus-guarderías-imss.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2008). *Encuesta Nacional de salud en escolares*. Cuernavaca, Morelos. Mexico. INSP.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino*, en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales*. Obtenido de <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Levy, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.

Moreno, Teresa, (2017). México campeón en el consumo de refrescos, *El universal*, en: <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/03/29/mexico-campeon-mundial-en-consumo-de-refresco>

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017. (2018). *Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*, en <http://www.comego.org.mx/normatividad/NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM-008-SSA3-2017,%20Para%20el%20tratamiento%20integral%20del%20sobrepeso%20y%20la%20obesidad.pdf>

OMS. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Obtenido de https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

OMS. (2014). *Documentos Básicos*. 48 edición, Madrid, OMS.

OMS. (16 de febrero de 2018). *Obesidad y sobrepeso*, en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

SEP. (2011). *Plan de estudio Primaria*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/20177/Plan_de_Estudios_2011_f.pdf

SEP. (2011). *Plan de estudios 2011. Formación cívica y ética*. México, SEP.

SEP. (2011). *Plan de estudios 2011 Preescolar*, en: http://siplandi.seducoahuila.gob.mx/SIPLANDI_NIVELES_2015/6EDUCACION_FISICA_2015/PLANES_Y_PROGRAMAS/PROGRAMAS/PROG_PREESCOLAR.pdf

SEP. (2011). *Plan de estudios Ciencias naturales*, en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/20177/Plan_de_Estudios_2011_f.pdf

UNICEF. (2006). *Convención sobre los Derechos del niño*. Madrid, Unidos por la infancia, UNICEF.

Prevalencia de trastornos de sueño en el personal de Enfermería: un estudio comparativo

Dra. Ma. Martha Marín Laredo
martha.marin@umich.mx
Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla
Josefina.gandarilla.umich.mx
Dra. María Luisa Sáenz Gallegos
maria.saenz@umich.mx
PESS. Estefani Castañeda Álvarez
fani_ladi@hotmail.com

*Docentes de la Facultad de Enfermería de la
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*

Artículo recibido el 01 de octubre de 2020

Aceptado el 16 de octubre de 2020

Resumen

Introducción. El trastorno de sueño (TS) es una alteración real -no una variación- de una función fisiológica que controla el sueño y opera durante el mismo. Los factores que se asocian a la elevada prevalencia de TS son el sexo femenino, la presencia de trastornos mentales y médicos, el abuso de sustancias, y la edad avanzada. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, quinta edición (DSM V) refiere que los trastornos del sueño se clasifican en insomnio primario e hipersomnias entre otros. **Objetivo.** Comparar la prevalencia de los trastornos del sueño de los enfermeros (as) que laboran en el Hospital General de la Secretaría de Salud y Clínica con Hospitalización del ISSSTE de Apatzingán, Michoacán. **Metodología.** Estudio no experimental, descriptivo, correlacional, observacional y transversal. La población se conformó por 100 enfermeras(os) de los cuales 57 correspondieron al Hospital General y 43 a la Clínica con Hospitalización del ISSSTE. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Instrumento con 28 ítems con escalamiento tipo Likert, confiabilidad de .780 con alfa de Cronbach. **Resultados.** El 48% (48) del personal de enfermería del Hospital General refirió que tiene dificultad para conciliar el sueño y el 34% (34) de las enfermeras (os) del ISSSTE. **Conclusión.** Se precisa que el insomnio primario es el principal trastorno que prevalece en el personal de enfermería del Hospital General.

Palabras clave: Insomnio primario, hipersomnias.

Abstract

Introduction Sleep disorder (TS) is a real alteration -not a variation- of a physiological function that controls sleep and opera during it. Factors associated with the high prevalence of TS are female sex, the presence of mental and medical disorders, substance abuse, and advanced age. The fifth edition DSM V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders refers to sleep disorders classified as primary insomnia and hypersomnia, among others.

Objective. Compare the prevalence of sleep disorders in nurses working in the General Hospital of the Ministry of Health and Clinic with Hospitalization of ISSSTE in Apatzingán, Michoacán. **Methodology.** Non-experimental, descriptive, correlational, observational and cross-sectional study. The population was made up of 100 nurses, of which 57 corresponded to the General Hospital and 43 to the Hospitalized Clinic of the ISSSTE. Sampling was non-probability for convenience. Instrument with 28 items with Likert-type scaling, reliability of .780 with Cronbach's alpha. **Results.** 48% (48) of the nursing staff of the General Hospital reported that they have difficulty falling asleep and 34% (34) of the ISSSTE nurses. **Conclusion.** It is stated that primary insomnia is the main disorder that prevails in the nursing staff of the General Hospital.

Key words: Primary insomnia, hypersomnia.

Introducción

El sueño es un acto fisiológico, reversible, circadiano, fundamental para el buen funcionamiento del organismo, donde existe una interrupción de la relación con el medio externo y una disminución de la conciencia; produciendo a su vez: inmovilidad, relajación muscular, restablecimiento de la energía, restauración homeostática, eliminación de radicales libres acumulados durante el día, termorregulación, activación inmunológica, consolidación de la memoria y regulación metabólica y endocrina. La alteración y privación del sueño induce distintas alteración conductuales y fisiológicas, además de que genera un acumulamiento de cansancio que repercute sobre el individuo de manera perjudicial. “Los trastornos del sueño son un conjunto heterogéneo de problemas para dormir o para conciliar el sueño o lograr un óptimo descanso que se dan durante las diferentes etapas del sueño” (Doghranji, 2014).

Los trastornos del sueño en la actualidad han tomado relevancia, dado su impacto en ámbitos de la vida humana que derivan en problemas de salud, bienestar y productividad de quien los padece. Derivado de varios estudios, se ha confirmado que las personas que sufren de trastornos del sueño tienden a ser más propensos a accidentes, bajo rendimiento laboral o académico y un alto deterioro en la salud, afectando no solo al individuo que lo

padece, sino a su entorno de desarrollo en general. “Se estima que cerca de 45% de la población mundial tiene algún problema del sueño” (Miranda, 2018).

El sueño es la acción de dormir. Es un estado fisiológico recurrente de repos del organismo, que se caracteriza por una inacción relativa, con ausencia de movimientos voluntarios y aumento del umbral de respuesta a estímulos externos fácilmente reversibles. Los trastornos del sueño son una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir. Existiendo tanto en las etapas de inicio, mantenimiento, como durante el ciclo sueño-vigilia (IMSS, 2010).

Se define trastorno de sueño (TS) como una alteración real -no una variación- de una función fisiológica que controla el sueño y opera durante el mismo. Los factores que se asocian a la elevada prevalencia de TS son el sexo femenino, la presencia de trastornos mentales y médicos, el abuso de sustancias, y la edad avanzada (Berrios, Medina, Padgett, Mayorga, 2002, pág. s/p)

En México se ha centrado la atención en las consecuencias para la vida en las personas que se ven obligadas a modificar su reloj biológico, tal como lo apoya el estudio “trastornos del sueño, insomnio e hipersomnio en enfermeras” publicado en el año 2012 por la revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad, donde se menciona que los trastornos del sueño representan un problema frecuente, con una prevalencia estimada alrededor del 15%.

Planteamiento del problema

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia E.U. menciona que la falta de sueño es un problema de salud pública, siendo un motivo de preocupación para los directivos de las organizaciones, quienes, en busca de unas mejores condiciones de trabajo, así como en el aumento del rendimiento, están interesadas en encontrar la solución a esta situación, en beneficio de los trabajadores, de la sociedad en general. Es cada vez mayor el reconocimiento que se le da a la importancia del sueño en la salud pública; no dormir lo necesario está asociado a accidentes automovilísticos, desastres industriales, así como errores médicos y profesionales, entre otros. (CDC, 2009, pág. s.p)

La “sociedad actual, obliga a las organizaciones y a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del equilibrio biológico” (Deschamps, A, 2011, pág. 1) las características del sistema de salud exige prestar sus servicios de manera ininterrumpida, con el fin de satisfacer la demanda constante del sector y haciendo necesaria la organización del trabajo mediante turnos, situación que puede causar en los trabajadores trastornos a nivel biológico, laboral y socio-familiar. (Alferez , 2013, pág. 6).

En México, la Secretaría de Salud (SS) refiere que los enfermeros (as) asignadas (os) al turno de noche, con una jornada laboral mayor a 8 horas, experimentan desajustes de actividad y los ritmos biológicos con consecuencias directas sobre su vida diaria. Este trastorno puede

llegar a cualquier edad, sin embargo, a medida que la edad avanza, las personas tienen mayor probabilidad de sufrir insomnio. (Secretaría de Salud, 2016).

Mediante la visita a algunos de los hospitales y clínicas en la ciudad de Apatzingán Michoacán, se ha podido observar que el personal de enfermería por la carga de trabajo, turnos y otros deberes personales tiene el riesgo de padecer Trastornos del Sueño (TS). El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM V) menciona que la irritabilidad, somnolencia y agotamiento físico y algunos de los síntomas de este trastorno y son los mismos que se pueden observar en los enfermeros (as) de los hospitales visitados.

Ante esta problemática se plantean las siguientes preguntas de investigación:

Central

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos del sueño en el personal de enfermería que labora en el Hospital General de la Secretaría de Salud y Clínica con Hospitalización del ISSSTE de Apatzingán, Michoacán?

Secundarias

¿Cuáles son los principales factores sociodemográficos e institucionales que influyen en los trastornos del sueño del personal de enfermería del Hospital General de la Secretaría de Salud y Clínica con Hospitalización del ISSSTE de Apatzingán, Michoacán?

¿Cuáles son los principales Trastornos del Sueño que presenta el personal de enfermería del Hospital General de la Secretaría de Salud y Clínica con Hospitalización del ISSSTE de Apatzingán, Michoacán?

¿Cuáles son las principales manifestaciones físicas y psicológicas que presenta el personal de enfermería?

Objetivos

General

Comparar la prevalencia de los trastornos del sueño del personal de enfermería que laboran en el Hospital General de la Secretaría de Salud y Clínica con Hospitalización del ISSSTE de Apatzingán, Michoacán.

Específicos

Reconocer los principales factores sociodemográficos e institucionales que influyen en los trastornos del sueño del personal de enfermería del Hospital General de la Secretaría de Salud y Clínica con Hospitalización del ISSSTE de Apatzingán, Michoacán.

Identificar los principales trastornos del sueño que presenta el personal de enfermería Hospital General de la Secretaría de Salud y Clínica con Hospitalización del ISSSTE de Apatzingán, Michoacán.

Detectar las principales manifestaciones físicas que presenta el personal de enfermería del Hospital General de la Secretaría de Salud y la Clínica con Hospitalización del ISSSTE de Apatzingán Michoacán.

Referentes teóricos

La OMS menciona que los trastornos del sueño son varios y se podrían clasificar en primarios (insomnio, hipersomnias, sonambulismo, pesadillas, entre otros) y los secundarios (relacionadas a enfermedades, como el síndrome de apnea obstructiva del sueño y el síndrome de las piernas inquietas) (OMS, 2016, pág. s.p)

Los trastornos del sueño-vigilia incluyen 10 trastornos o grupos de trastornos; Trastorno de insomnio, trastornos de hipersomnias, Narcolepsia, Trastornos del sueño relacionado con la respiración, trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, trastornos del despertar del sueño REM, trastornos de pesadillas, trastornos del comportamiento del sueño REM, síndrome de piernas inquietas y trastornos del sueño inducido por sustancias/medicamentos. Los sujetos con estos trastornos presentan típicamente insatisfacción con la calidad, el horario y la cantidad de sueño. El malestar resultante durante el día y el deterioro son rasgos centrales comportados por estos trastornos del sueño-vigilia. La organización de este capítulo se ha diseñado para facilitar el diagnóstico diferencial entre las alteraciones del sueño-vigilia y clarificar cuando es apropiada la derivación a un especialista del sueño para una evaluación más a fondo y planificar el tratamiento. El trastorno de insomnio se ha adoptado un enfoque de “agrupamiento” mientras que en otros la narcolepsia se ha seguido de un enfoque “separador”. Para fines de este trabajo profundizaremos insomnio e hipersomnias las cuales “aparecen presumiblemente como consecuencias de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia” (DSM V, 2014, pág. 361).

Diagnósticos de los trastornos del sueño

El DSM V menciona que algunos de los criterios que debemos de tomar en cuenta para el diagnóstico de los (TS) son los siguientes:

Trastorno de insomnio

Características diagnósticas: El rasgo esencial del trastorno del insomnio es la insatisfacción con la cantidad o calidad de sueño con quejas sobre la dificultad para conciliar el sueño. La

alteración del sueño puede ocurrir durante el curso de otro trastorno mental o afección médica, o puede ocurrir de forma independiente.

El insomnio el comienzo del sueño (o insomnio inicial) consiste en la dificultad de quedarse dormido en el momento de acostarse. El insomnio de mantenimiento del sueño (o insomnio medio) conlleva frecuentes o largos despertares a lo largo de la noche. El insomnio tardío conlleva al despertarse temprano con incapacidad a volverse a dormir. (DSM V, 2014, pág. 363).

Hipersomnia

Características diagnósticas: Es un término diagnóstico amplio e incluye síntomas de excesiva cantidad de sueño (sueño nocturno prolongado o sueño diurno involuntario). Alteración de la calidad de la vigilia se manifiesta por dificultad para despertar o incapacidad para mantenerse despierto cuando se requiere. Los sujetos con este trastorno se duermen rápidamente y tienen una buena eficiencia del sueño (<90%). Pueden tener dificultad para despertarse por la mañana, esta alteración prolongada a la alerta transición sueño-vigilia.

Material y métodos

El estudio fue no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. La muestra estuvo constituida por 100 enfermeras(os), de los cuales 57 correspondieron al Hospital General de la Secretaría de Salud de Apatzingán y 43 a la Clínica con Hospitalización del ISSSTE. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se incluyó el personal de Enfermería de los diferentes turnos y servicios de ambas instituciones, con más de un año de antigüedad laboral. Se aplicó un cuestionario cerrado, autoadministrado, previamente estructurado y previo consentimiento informado, el cual está compuesto por un apartado con datos sociodemográficos del personal de enfermería e institucionales. (Ítems del 1 al 6), consta de seis dimensiones como; alimentación, ejercicio físico, insomnio primario, hipersomnia, manifestaciones físicas, manifestaciones psicológicas (Ítems del 7 al 35), preguntas con escalamiento tipo Likert. El instrumento fue elaborado por Marín, M. (2019). El instrumento tiene una confiabilidad de .780 con alfa de Cronbach y por el método de mitades Spearman-Brown y Guttman de 0.796.

Resultados

De las 100 encuestas aplicadas en dos Hospitales en la ciudad de Apatzingán Michoacán al personal de enfermería el 52% (52) tiene 34 años y más. El 76% (76) del son del sexo femenino y un 24% (24) del sexo masculino.

El estado civil el 39% (39) del Hospital General de Apatzingán se encuentran solteras(os) y casadas(as) con un 29% (29) del ISSSTE, el 17% (17) del Hospital General de Apatzingán está en unión libre y divorciadas (os) el 23% (23) del ISSSTE, mientras que el 1% (1) de ambos están viudos (as).

Se observa que el 49% (49) del personal de enfermería del Hospital General de Apatzingán tiene entre 1-20 años de antigüedad y el 38% (38) del ISSSTE tiene la misma antigüedad.

Respecto a la carga de trabajo del personal de enfermería se precisa que del 57% (57) del Hospital de Apatzingán el 36% (36) atiende de 6-10 pacientes y en el ISSSTE el 43% (43), el 19% (19) atiende a este mismo número de pacientes.

Referente a la actividad física para disminuir la ansiedad y el estrés el 49% (49) del personal de enfermería respondió "a veces" "casi nunca" "nunca" y el 33% (33) de las enfermeras (os) del ISSSTE "a veces" "casi nunca" "nunca", el restante en otras opciones de respuesta.

El 48% (48) del personal de enfermería del Hospital General refirió que "siempre" "casi siempre" y "a veces" tiene dificultad para conciliar el sueño y el 34% (34) de las enfermeras (os) del ISSSTE señalaron que tienen la misma problemática "siempre" "casi siempre" y "a veces", el restante en otras opciones de respuesta.

El 37% (37) de las enfermeras (os) del Hospital General mencionó que "siempre" y "casi siempre" se despierta durante la noche, y 28% (28) del personal de enfermería del ISSSTE refirió "casi siempre" y "a veces" tener esta problemática de salud, el restante en otras opciones de respuesta.

El 41% (41) de los encuestados del Hospital General respondió que "casi siempre" y "a veces" presenta fatiga después de despertarse y el 31% de las enfermeras (os) del ISSSTE también presenta fatiga durante la mañana después de verse despertado, el restante en otras opciones de respuesta.

El 41% (41) del personal de enfermería del Hospital General mencionó que el sueño no reparador "a veces" y "nunca" ha repercutido en su vida familiar, y el 29% (29) del personal del ISSSTE señaló "a veces" y "casi nunca", el restante en otras opciones de respuesta.

El 37% (37) de las enfermeras (os) del Hospital General comentó que "a veces" y "casi nunca" el sueño no reparador ha repercutido en su vida laboral y el 25% (25) del personal de enfermería del ISSSTE señaló "a veces" y "casi nunca", el restante en otras opciones de respuesta.

El 42% (42) de las enfermeras (os) del Hospital General refirió que a veces y casi nunca está irritable durante el día, y el 28% (28) del personal de enfermería del ISSSTE mencionó que "a veces" y "casi nunca" presenta irritabilidad, el restante en otras opciones de respuesta.

El 50% (50) del personal de enfermería del Hospital General comentó que a veces casi nunca, y nunca consume fármacos que le puedan alterar el sueño y el 39% de las enfermeras (os) del ISSSTE respondió que “a veces” y “casi nunca” y “nunca” consume medicamentos que le puedan alterar el sueño, el restante en otras opciones de respuestas.

El 53% (53) de las enfermeras (os) del Hospital General dijeron que “a veces” “casi nunca” y “nunca” consumen ansiolíticos para disminuir el estrés y poder dormir y el 40% (40) del personal del ISSSTE mencionó que “a veces” “casi nunca” y “nunca” consume este tipo de medicamentos para poder dormir, el restante en otras opciones de respuesta.

El 34% (34) del personal de enfermería del Hospital General respondió que “casi nunca” y “nunca” duerme entre 8 y 12 horas diarias y el 18 % (18) de las enfermeras (os) del ISSSTE comentó que “casi nunca” y “nunca” duermen entre 8 y 12 horas, el restante en otras opciones de respuesta.

El 27% (27) de las enfermeras (os) del Hospital General refirió que “siempre” y “casi siempre” tiene dificultad para levantarse, y el 19% (19) del personal de enfermería del ISSSTE respondió que “siempre” y “casi siempre” tiene dificultad para levantarse, el restante en otras opciones de respuesta.

El 36% (36) de las enfermeras (os) del Hospital General señaló que “casi siempre” y “a veces” presenta aumento del apetito y el 26% (26) del personal de enfermería del ISSSTE precisó que “casi siempre” y “a veces” presenta esta manifestación, el restante en otras opciones de respuesta.

El 39% (39) del personal de enfermería del Hospital General señaló que “casi siempre” y “a veces” presenta somnolencia durante el día y el 25% (25) de las enfermeras (os) del ISSSTE comentó que “casi siempre” y “a veces” presentan esta misma situación, el restante en otras opciones de respuesta.

El 22% (22) del personal de enfermería del Hospital General respondió que “casi siempre” y “a veces” la dificultad para levantarse les ha ocasionado problemas laborales y el 10% (10) de las enfermeras (os) del ISSSTE dijeron que “casi siempre” y “a veces” han tenido esta problemática, el restante en otras opciones de respuesta.

El 33% (33) de las enfermeras (os) del Hospital General refirió que “a veces” y “casi nunca” la dificultad de levantarse ha ocasionado problemas sociales (amigos, familia) y el 25% (25) del personal de enfermería del ISSSTE respondió que “a veces” y “casi nunca” ha tenido esta problemática, el restante en otras opciones de respuesta.

El 49% (49) del personal de enfermería del Hospital General señaló que “a veces” “casi nunca” y “nunca” realizan siestas prolongadas por más de una hora, y el 35% (35) de las

enfermeras (os) del ISSSTE dijeron que a veces “casi nunca” y “nunca” toman siestas de más de una hora durante el día, el restante en otras opciones de respuesta.

El 31% (31) de las enfermeras (os) del Hospital General comentó que “siempre” y “casi siempre” consume cafeína durante el día para combatir el sueño, y el 26% (26) del personal de enfermería del ISSSTE respondió que “siempre” y “casi siempre” consume cafeína durante el día, el restante en otras opciones de respuesta.

El 50% (50) del personal de enfermería del Hospital General refirió que “casi nunca” y “nunca” consume alcohol para favorecer el sueño y el 40% (40) de las enfermeras (os) del ISSSTE dijeron que “casi nunca” y “nunca” consume alcohol con fines de favorecer el sueño, el restante en otras opciones de respuesta.

El 36% (36) de las enfermeras (os) del Hospital General señaló que “casi siempre” y “a veces” presenta aumento del apetito y el 26% (26) del personal de enfermería del ISSSTE precisó que “casi siempre” y “a veces” presenta esta manifestación, el restante en otras opciones de respuesta.

El 35% (35) del personal de enfermería del Hospital General refirió que “casi siempre” y “a veces” presenta tensión muscular como consecuencia de la ansiedad, y el 28% (28) de las enfermeras (os) del ISSSTE respondió que “casi siempre” y “a veces” presenta esta manifestación física, el restante en otras opciones de respuesta.

El 36% (36) de las enfermeras (os) del Hospital General comentó que “a veces” y “casi nunca” presenta cefalea como consecuencia de la ansiedad y el 29% (29) del personal de enfermería del ISSSTE dijeron que “a veces” y “casi nunca” presenta esta manifestación física, el restante en otras opciones de respuesta.

El 47% (47) del personal de enfermería del Hospital General respondió que “a veces” y “casi nunca” presenta ansiedad durante el día, y el 32% (32) de las enfermeras (os) del ISSSTE “a veces” y “casi nunca” presenta esta patología, el restante en otras opciones de respuesta.

El 44% (44) de las enfermeras (os) del Hospital General refirió que a veces y “casi nunca” tiene dificultad para concentrarse y el 30% (30) del personal del ISSSTE respondió que “a veces” y “casi nunca” tiene esta manifestación, el restante en otras opciones de respuesta. (ver tabla y gráfica 36).

Asociación de Ítems con datos sociodemográficos

Al asociar duerme entre 8 y 12 horas y tiene dificultad para levantarse el personal de enfermería del Hospital General respondió “casi nunca y nunca” $p=.004$. El personal de enfermería del ISSSTE $p=.049$.

Al asociar somnolencia excesiva vs duerme entre 8 y 12 horas las enfermeras(os) del Hospital General respondieron “nunca” $p=.910$. El personal de enfermería del ISSSTE $p=.003$.

Al asociar estado civil vs siente fatiga cuando se despierta al día siguiente, el personal de enfermería del Hospital General respondió “siempre” y “casi siempre” $p= .001$. Las enfermeras (os) del ISSSTE $p=.164$.

Al asociar estado civil vs cuando se despierta presenta fatiga las enfermeras (os) del Hospital General respondieron “a veces” $p=.000$. El personal de enfermería del ISSSTE $p=.035$.

Al asociar en el último mes ha tenido dificultad para conciliar el sueño vs cuando se despierta presenta fatiga el personal de enfermería respondió “a veces” y “casi nunca” $p=.000$. Las enfermeras (os) del ISSSTE $p=.157$.

Al asociar se despierta durante la noche vs consume cafeína para combatir el sueño las enfermeras (os) del Hospital General respondieron “siempre” y “casi siempre” $p=.023$. El personal de enfermería del ISSSTE $p=.025$

Al asociar se despierta durante la noche vs presenta tensión muscular por la ansiedad el personal de enfermería del Hospital General respondió “casi siempre” y “a veces” $p= .015$. Las enfermeras (os) del ISSSTE $p=.105$.

Al asociar se despierta durante la noche vs presenta ansiedad durante el día el personal de enfermería del Hospital General respondió “a veces” $p=.390$. Las enfermeras (os) del ISSSTE $p= .008$.

Al asociar carga de trabajo vs presenta ansiedad durante el día las enfermeras (os) del Hospital General respondieron “a veces” $p= .097$. El personal de enfermería del ISSSTE $p= .007$.

Conclusiones

Respecto al objetivo general de comparar la prevalencia de trastornos del sueño en el personal de enfermería se observó que cinco de cada diez enfermeras (os) del Hospital General tiene dificultad para conciliar el sueño y cuatro de cada diez enfermeras (os) del ISSSTE.

Cuatro de cada diez enfermeras (os) del Hospital General refirió que despierta durante la noche y tres de cada diez enfermeras (os) del ISSSTE.

Cuatro de cada diez enfermeras (os) del Hospital General mencionó que presenta fatiga al despertarse y tres de cada diez del ISSSTE. Tres de cada diez enfermeras (os) del Hospital General tiene dificultad para levantarse y dos de cada diez del ISSSTE. Cuatro de cada diez

del Hospital General presentan somnolencia excesiva durante el día y tres de cada diez enfermeras (os) del ISSSTE.

En este apartado se concluye que una parte importante del personal de enfermería de ambos Hospitales presenta trastornos del sueño y se acentúan más en el personal de enfermería del Hospital General.

Referente al objetivo específico reconocer los trastornos sociodemográficos e institucionales que influyen en los trastornos del sueño. Se observa que de cada diez enfermeras (os) son mayores de 39 años; cuatro de cada diez son solteras (os); cinco de cada diez tienen una antigüedad de diez años; seis de cada diez atienden de seis a diez pacientes. Una parte importante del personal de enfermería consume frutas, verduras y producto lácteos tres veces a la semana. Respecto al ejercicio se precisa que una parte no realiza como parte de su estilo de vida.

En relación con el objetivo de identificar los principales trastornos del sueño, se precisa que el insomnio primario es el principal trastorno que prevalece en el personal de enfermería del Hospital General, también está presente en menor escala la hipersomnia de las enfermeras (os) de ambos Hospitales.

Referente al objetivo de detectar las principales manifestaciones físicas. Se observó que la tensión muscular es la principal manifestación que comentaron las enfermeras (os) de los Hospitales. Existe poca prevalencia de manifestaciones psicológicas como falta de concentración y ansiedad.

Referente al objetivo de detectar las principales manifestaciones físicas. Se observó que la tensión muscular es la principal manifestación que comentaron las enfermeras (os) de los Hospitales. Existe poca prevalencia de manifestaciones psicológicas como falta de concentración y ansiedad.

Referencias

Alferez. (2013). *Udea.edu*. Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8df1d1be-8bab-4b89-b881a8f495fda828/trastornos+del+sue%C3%B1o+y+su+efectos.pdf?MOD=AJPERES>

Berrios, Medina, Padgeit, Mayorga. (2002). *Estudio Analítico de Trastornos de Sueño en Residentes de los postgrados de Medicina de la UNAH: Comparación del índice de atención preturno vrs posturno 12 y 24 horas, y calidad de vida*. Obtenido de Estudio Analítico de Trastornos de Sueño en Residentes de los postgrados de Medicina de la UNAH: Comparación del índice de atención preturno vrs posturno 12 y 24 horas, y calidad de vida. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2002/pdf/Vol7-1-2002-13.pdf>

CDC. (2009). *No dormir lo necesario: epidemia de la salud pública*. Obtenido de No dormir lo necesario: epidemia de la salud pública. Recuperado de <https://www.cdc.gov/spanish/datos/faltasueno/>

Deschamps, A. (2011). *medicina y seguridad del trabajo*. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Documents/original3.pdf>

Doghramji, K. (2014). *Manual MSD: Introducción a los trastornos del sueño y la vigilia*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neurologicos/trastornos-del-sue%C3%B1o-y-la-vigilia/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-del-sue%C3%B1o-y-la-vigilia>

DSM V. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana. Recuperado de http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv_castellano-completo.pdf

IMSS. (2010). *Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de guía de práctica clínica. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/385_IMSS_10_Trastorno_sueno/GRR_IMSS_385_10.pdf

Miranda, G. (2018). Trastornos del sueño. *Revista de Medicina e Investigación*, 77-80.

OMS. (2016). Dormir al menos seis horas. Recuperado de <http://www.ultimahora.com/oms-recomienda-dormir-al-menos-6-horas-diarias-n786516.html>

Secretaría de Salud. (2016). *El insomnio o ausencia del sueño, es hoy día uno de los trastornos más comunes al dormir*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/el-insomnio-o-ausencia-del-sueno-es-hoy-dia-uno-de-los-trastornos-mas-comunes-al-dormir>

Comportamiento antisocial, influencia de pares y consumo de drogas en adolescentes

Antisocial behavior, influence of pairs and drug use in adolescents

Itallo Carvalho Gomes

carvalhoitallo@gmail.com

Universidad Autónoma de Sinaloa

Mario Enrique Gamez Medina

mario.gamez@uas.edu.mx

Universidad Autónoma de Sinaloa

Mayra Itzel Huerta Baltazar

efetakumi@gmail.com

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Artículo recibido el 10 de septiembre 2020

Aceptado el 06 de octubre de 2020

Resumen

Introducción: La adolescencia es una fase en la vida de las personas que tiene como base principal las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que transcurre entre los 10 y los 19 años de vida. **Objetivo:** Conocer la relación del comportamiento antisocial, influencia de pares y consumo de drogas en adolescentes. **Metodología:** Estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal en población adolescente. Muestreo no probabilístico. El tamaño de la muestra se calculó por medio del software G*Power versión 3.1, se consideró como principal parámetro a estimar una proporción de (p), con un nivel de confianza del 95% y un límite error estimación de .05 para un enfoque conservador del 50% y una potencia del 80% obteniendo una muestra de 269 adolescentes. **Resultados preliminares:** La muestra fue de mujeres con un 55.88%, con una media de edad de 17.79 años ($DE= 1.274$). La ocupación y con quien vive la mayoría solo estudia (79.41%) y vive con ambos padres (58.82%), también el 2.94% de la muestra contestaron la opción "Otros" y relataron que en la actualidad viven con los abuelos. El Estado con más participantes fue Sinaloa (29.41%), seguido por Estado de México (26.47%) y Michoacán de Ocampo (26.47%). **Conclusión:** Se espera que llegue a los 269 participantes y, por lo tanto, el investigador puede cumplir con el objetivo establecido en este estudio.

Palabras clave: influencia de pares; consumo de drogas; comportamiento antisocial

Abstract

Introduction: Adolescence is a phase in the life of people whose main base is biological, psychological and social transformations that take place between 10 and 19 years of life. Objective: To know the relationship between antisocial behavior, peer influence and drug use in adolescents. Methodology: Descriptive, correlational and cross-sectional study in an adolescent population. Non-probability sampling. The sample size was calculated using the G * Power software version 3.1, a proportion of (p) was considered as the main parameter to estimate, with a confidence level of 95% and a limit error estimation of .05 for an approach conservative of 50% and a power of 80% obtaining a sample of 269 adolescents. Results: The majority of the sample was women with 55.88%, with a mean age of 17.79 years (SD = 1.274). In relation to occupation and with whom the majority mentioned that they only study (79.41%) and that they live with both parents (58.82%), 2.94% of the sample also answered the option "Others" and reported that they currently live with grandparents. The State with the most participants was Sinaloa (29.41%), followed by State of Mexico (26.47%) and Michoacán de Ocampo (26.47%). Conclusion: It is expected to reach 269 participants and, therefore, the investigator can meet the objective established in this study.

Keywords: peer influence; consumption of drugs; antisocial behavior

Introducción

La adolescencia es una fase en la vida de las personas que tiene como base principal las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que transcurre entre los 10 y los 19 años de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Asimismo, se puede decir que las transformaciones psicosociales están influenciadas por la cultura del lugar donde vive el adolescente ya que ella es quien define los principios y los límites de lo que es esperado para él (Gaete, 2015). Sin embargo, por ser una fase en que los adolescentes creen poseer autonomía en sus decisiones pueden asumir constantemente nuevas prácticas de comportamientos y opiniones, una vez que es en esa etapa de la vida que ellos buscan definir su personalidad y encontrar su lugar en el mundo (Silva, Bezerra & Medeiros, 2019). Del mismo modo, debido a que es una fase complicada para los adolescentes, donde además de los cambios físicos también se producen cambios psicológicos, ellos pueden adquirir un comportamiento antisocial y, por lo tanto, participar en situaciones que violan las reglas sociales en diversos contextos que pueden conducir a hostilidad física o emocional que involucra a otras personas, falta de respeto a las normas y autoridades (Erlich, Zibetti, & Gomide, 2019). Además, Wesseldijk et al. (2018) mencionan que estas conductas pueden

ir más allá y afirman que cuando un niño presenta problemas de conducta durante la infancia, estos pueden estar relacionados con el colapso familiar, vivir en una comunidad de riesgo o haber sufrido violencia mental o sexual y que durante la adolescencia probablemente desarrolle problemas de comportamientos antisociales.

De igual forma, el comportamiento antisocial puede ser observado de acuerdo con su gravedad, cronicidad y frecuencia de presentación, donde se percibe varios comportamientos que se involucran con la edad y comprenden actos delictivos como hurtos, mentiras, asesinatos, falsificación de notas, fumar, tomar alcohol, consumir marihuana o cocaína, entre otros. (García y Junio, 2008). Del mismo modo, Hauck-Filho, Teixeira y Dias (2012), señalan que un adolescente con comportamiento antisocial no puede empatizar con otras personas y por lo tanto carece de respeto por ellas, violando sus derechos y hasta el punto de llegar a manipularlas para sus propios logros personales. Siendo así, puede hacer todo lo necesario para obtener lo que quiere, incluso realizar acciones atípicas y agresivas de una manera fría y calculadora (Black, 2011; Jones & Paulhus, 2014; Soeiro & Gonçalves, 2010).

Por otro lado, en esta etapa de la vida los adolescentes sienten la necesidad de separarse de su familia para ir en busca de su propia identidad y de un grupo de pares (Silva, Bezerra & Medeiros, 2019). Estos grupos de pares es donde los adolescentes encuentran amigos o iguales que tengan una visión de mundo semejante a las suyas, asimismo es donde encuentran apoyo emocional para experimentar nuevas experiencias (Silva, Leite, Lins, Silva, & Santos, 2016). Además, debido al apoyo emocional que ofrecen a los adolescentes, los grupos de pares tienen una fuerte influencia en sus vidas, especialmente si la relación emocional entre los adolescentes y su familia está afectada (Gaete, 2015).

En este mismo sentido, Richmond, Mermelstein y Metzger (2012) señalan que los grupos de pares pueden ser muchas veces heterogéneo, es decir, personas con opiniones y pensamientos diferentes y por lo tanto, ellos pueden tener sus vidas influenciadas con conductas desviantes (acciones de alguien que se desvía de las reglas de un grupo social), siendo ejemplos de influencia de conducta desviante los modelos de influencia social (amigos con conductas desviantes que influyen directa e indirectamente en las acciones del adolescente) y selección social (los adolescentes tienden a buscar amigos con conductas desviantes basados en inclinaciones preexistentes). Independientemente de qué modelo de influencia se inserte el adolescente, los consejos e incluso la presión de los amigos ejercen una fuerte influencia en la vida de los adolescentes y es por eso que la influencia de pares es considerada muchas veces como una de las razones involucradas en el consumo de drogas en este grupo específico (Jorge, Ferreira, Kawachi, Zarzar, Ferreira, & Pordeus, 2018).

En este aspecto, el aumento del consumo de drogas por adolescentes ha alcanzado todas las razas, etnias, culturas y procedencia económica (Wynter & Hynes, 2019). Dado que los

adolescentes tienden a consumir drogas por una variedad de probables razones, incluido el deseo de tener nuevas experiencias, una forma de escapar de un problema, el obtener mejores logros en la escuela y la influencia de los amigos (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014). Asimismo, Sussman, Skara y Ames (2008), mencionan que, si el adolescente tiene como factores la disponibilidad de drogas en su escuela o comunidad, el tener amigos consumidores de drogas, sufrir de violencia en el hogar (abuso emocional, físico y sexual) puede aumentar la probabilidad de consumo de drogas. De esa forma, cuando una persona se involucra en el consumo de drogas precozmente y hace uso continuo de las mismas puede llegar a desarrollar dependencia y/o involucrarse en situaciones de riesgo para su salud física y mental (Horta, Costa, Horta, Prado, Oliveira-Campos & Malta, 2014).

En este sentido, a lo largo de las décadas, el consumo de drogas ha aumentado considerablemente, lo cual es un problema de salud pública debido al daño asociado (Wongtongkam, Ward, Day & Winefiel, 2014). En el año 2017, cerca de 271 millones de personas de 15 a 64 años de edad, es decir, el 5.5 % de la población mundial había consumido drogas ilegales en el año anterior, siendo que las drogas ilegales de mayor consumo fueron la marihuana y la cocaína (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2019).

Con relación al consumo de alcohol la OMS (2018), afirmó que, en 2016, el 27% de la población mundial con edad de 15-19 años eran bebedores y que del 45% del total de alcohol consumido fue en bebidas destiladas o espirituosas, seguida de la cerveza (34%) y el vino (12%). Se destaca que cada año 3 millones de personas mueren en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, además de ser un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.

A su vez, la OMS (2018) señala que aproximadamente 24 millones de adolescentes de 10-19 años fuman cigarrillos (17 millones de hombres y 7 millones de mujeres). El tabaco sin humo es consumido por alrededor de 13 millones de adolescentes de 10-19 años. Además, el tabaco afecta a más de 7 millones de personas con alguna disfunción debido al consumo directo y otras 1.2 millones de personas son afectadas debido a la exposición involuntaria al humo del tabaco. En consecuencia, el tabaco mata a más de 8 millones de personas cada año en todo el mundo.

En relación con México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT [2016-2017]), señala que el consumo de marihuana y cocaína por la población mexicana de 12-17 años alguna vez en la vida fue 5.3% y 1.1% respectivamente y el consumo de marihuana y cocaína en el último año fue de 2.6% y 0.6% respectivamente. Siendo que el consumo de marihuana alguna vez en la vida por los hombres de 5.8% y en el último año de 3.1% en cuanto al uso de cocaína alguna vez en la vida fue de 1.0% y en el último año fue de 0.6%. En las mujeres el uso de marihuana alguna vez en la vida fue de 4.8% y en el último año fue de 2.1% el uso de cocaína alguna vez en la vida fue de 1.1% y en el último

año fue de 0.6%. Se resalta un aumento en el consumo de mariguana en el último año por mujeres de 12-17 años entre 2011 y 2016 (de 0.6% a 2.1%) y en hombres de 12-17 años (de 2.0% a 3.1%). En relación con la cocaína consumida en el último año se presentó un incremento igual para hombres y mujeres de 12-17 años entre 2011 y 2016 (de 0.4% a 0.6%).

Con respecto al consumo de alcohol la ENCODAT (2016-2017), señala que entre 2011 y 2016 la población mexicana de 12-17 años presentó una disminución de 42.9% a 39.8% en el consumo de alcohol alguna vez en la vida y de 30.0% a 28.0% en el último año, sin embargo, para este mismo periodo de tiempo presentó un incremento de 14.5% a 16.1% en el consumo en el último mes. Siendo que en los hombres disminuyó de 17.4% a 16.8% y en las mujeres aumentó de 11.6% a 15.4%. Asimismo, tuvo un incremento de 12.1% a 15.2% de consumo excesivo en el último año y un incremento de 4.3% a 8.3% de consumo excesivo en el último mes. Siendo en los hombres de 6.3% a 8.9% y en las mujeres de 2.2% a 7.7%.

A su vez, los datos sobre el consumo de tabaco informado por la ENCODAT (2016-2017), muestra que 4.9% de la población mexicana de 12-17 años fuma tabaco, siendo que 3.0% son mujeres y 6.7% son hombres. La edad promedio de inicio de consumo de tabaco diario en esa población fue de 14.3 años tanto en los hombres como en las mujeres. El consumo de tabaco alguna vez en la vida se mantuvo sin alteraciones significativas entre 2011 y 2016, saliendo de 22.3% a 22.8%. A su vez, el consumo en el último año disminuyó de 12.3% a 7.8% entre 2011 y 2016 y el consumo diario se mantuvo sin alteraciones significativas entre 2011 y 2016, siendo de 1.1% a 0.5%. El 6.5% de la población de 12-17 años probó alguna vez el cigarro electrónico y 1.1% lo utiliza actualmente. En general el 0.5% de la población de 12-17 años fuman todos los días y el 4.4% fuman de forma ocasional.

Aunque se han encontrado estudios que aborden las variables de interés y como se relacionan con el consumo de drogas, estos siguen siendo escasos, además de que en México no se encontraron estudios que manejen estas tres variables en conjunto, lo que no permite conocer en este contexto el comportamiento de los adolescentes mexicanos en relación con el comportamiento antisocial y la influencia de pares con el consumo de drogas. Como también es importante estudiar sobre la temática sugerida ya que los adolescentes que tienen un comportamiento antisocial o que involucrase con grupos de pares que tienen malas conductas pueden llegar a consumir drogas, y así, pueden tener su futuro comprometido como ir a la cárcel o hasta mismo morir en resultado de esta mala conducta (PMNM) (Nardi, Cunha, Bizarro, & Dell'Aglio, 2012; Dyson, Robertson & Wong, 2015; Aho, Koivisto, Paavilainen & Joronen, 2018).

Asimismo, la importancia de esta investigación para la disciplina de enfermería consiste en tener un mejor entendimiento respecto a la relación del comportamiento antisocial, la influencia de pares y el consumo de drogas en adolescentes, con lo cual se podrán desarrollar e implementar intervenciones de prevención y promoción de la salud. Puesto

que enfermería tiene la mayor capacidad de reconocer los problemas relacionados al consumo de drogas ya que es la que está más cerca de la comunidad (Rosenstock & Neves, 2010). Por lo anterior el objetivo de la presente investigación será conocer la relación del comportamiento antisocial, influencia de pares y consumo de drogas en adolescentes.

Metodología

Diseño del estudio

El diseño del estudio será descriptivo, correlacional y de corte transversal (Grove & Gray, 2019), puesto que se van a describir y analizar las relaciones de las variables de interés como el consumo de drogas, comportamiento antisocial e influencia de pares. Transversal porque la recolección de los datos se hará en un punto temporal.

Población, muestreo y muestra

La población será conformada por adolescentes. El muestreo será no probabilístico al emplear la técnica de bola de nieve virtual en las diferentes redes sociales, se buscará que la proporción de hombres y mujeres sea similar. El tamaño de la muestra se calculó por medio del software G*Power versión 3.1, se consideró como principal parámetro a estimar una proporción de (p), con un nivel de confianza del 95% y un límite error estimación de .05 para un enfoque conservador del 50% y una potencia del 80% obteniendo una muestra de 269 adolescentes.

Criterio de inclusión / eliminación

Como criterio de inclusión serán incluidos a los adolescentes de 12 a 19 años de edad. Como criterio de eliminación serán eliminados a los participantes que no contesten a 90% de los instrumentos.

Instrumentos de medición

En este apartado se describen los instrumentos que se utilizarán en el estudio. Se contará con una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Drogas (CDPHCD), el Test de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), la Escala de Dependencia a la Nicotina de Fagerström (EDNF), el Cuestionario de Conducta Antisocial – Delictiva (CCAD) y el Inventario de Presión de Pares (IPP).

La Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Drogas (Apéndice A) cuenta con 5 preguntas generales relacionadas con la identificación del estudiante como por ejemplo el sexo, edad, grado de estudios y situación laboral, además de preguntar acerca del historial de consumo de drogas lícitas e ilícitas (edad de inicio y prevalencias de consumo).

El Test de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (Apéndice B) desarrollado por la OMS y adaptado en México por De la Fuente y Kershenovich (1992), investiga el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses y los problemas que ocurrieron a partir de la bebida, incluye 10 reactivos con preguntas de opción múltiple, las preguntas 1, 2 y 3 hacen referencia a la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, se usa para indicar si la persona está consumiendo más del límite sensato de consumo de alcohol. Los reactivos 4, 5 y 6, revelan si hay dependencia de consumo de alcohol y los reactivos 7, 8, 9 y 10 se refieren al consumo de alcohol excesivo o dañino. El patrón de respuesta para el reactivo 1 va de 0 = nunca, 1= una vez al mes, 2 = dos o cuatro veces al mes, 3 = dos o tres veces por semana y 4 = cuatro o más veces por semana.

Para el reactivo 2, la respuesta va de 0 = una o dos copas, 1= tres o cuatro copas, 2 = cinco o seis copas, 3 = siete a nueve copas, 4 = diez copas o más. Los reactivos 3, 4, 5, 6, 7, 8 pueden ser respondidos de 5 formas donde el 0 es nunca, 1 menos de una vez al mes, significa mensualmente, 3 a semanalmente y 4 a diario o casi diario. Para los reactivos 9 y 10 las respuestas van de 0 que es igual a no, el 2 es igual a si pero no en el último año y 4 a si en el último año. Este instrumento tiene un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos, su punto de corte es 8 y significa que con más de 8 puntos, se tienen mayores riesgos de consumo. Las puntuaciones para el tipo de consumo de alcohol es la siguiente: 0 a 3 puntos, consumo sensato; si se obtienen de 4 a 7 puntos se tienen problemas en el consumo (consumo dependiente) y de 8 a 40 puntos se considera consumo dañino

Este test obtuvo una prueba de validez transcultural en población mexicana con una sensibilidad de 80% y especificidad de 89% (De la Fuente & Kershenovich, 1992).

La Escala de Dependencia a la Nicotina de Fagerström (Apéndice C), elaborado por Fagerström (1989), es un cuestionario de 6 ítems donde 4 ítems es de opción múltiple y 2 ítems es de tipo dicotómico y examinará la cantidad de cigarros consumidos por el adolescente. La puntuación total se obtiene sumando el resultado obtenido en cada ítem y oscila de 0 a 10 puntos. 0-2: No dependencia, de 3-4: dependencia débil, 5-6: dependencia moderada, de 7-8 dependencia fuerte y de 9-10 dependencia muy fuerte. El cuestionario contiene preguntas que cuestiona, por ejemplo, cuánto tiempo transcurre desde que el encuestado despierta hasta que fuma el primer cigarro y como también si él fuma más cigarros durante la primera parte del día que durante el resto. Para la escala de Fagerström la confiabilidad fue obtenida a través de un estudio en población adolescente de una preparatoria pública de Nuevo León, México, obtuvo una consistencia interna aceptable de .75 (Esparza, Álvarez & Flores, 2009).

El Cuestionario de Conductas Antisociales - Delictivas (A-D) del autor Cubero (2001). El cuestionario es de procedencia española y fue extraída de la sección de estudios, la adaptación mexicana de este instrumento la realizó Escobedo (2001), en cuanto a su aplicación se puede realizar de manera individual como colectiva, fijando como sujetos de

estudio a niños y adolescentes. Está constituida por dos variables que son conductas antisociales las cuales tienen 20 ítems y conductas delictivas también de 20 ítems. Presenta un formato de respuesta dicotómica en el cual el evaluado debe responder “sí” o “no” la cual se le da un puntaje de 1 al “sí” y de 0 al “no” la puntuación de cada elemento contribuye a una sola escala. La puntuación directa en la escala A es el número de elementos contestados con “sí” en los primeros 20 ítems del cuestionario (1 a 20). La puntuación directa en la escala D es el número de elementos contestados con “sí” en los últimos 20 ítems del Cuestionario (21 a 40). La puntuación máxima en cada escala es, por tanto, de 20 puntos.

El Cuestionario de conductas antisociales–delictivas en su versión original presenta los siguientes resultados en validez y confiabilidad de acuerdo con la especificación el instrumento ha sido concebido para medir dos dimensiones o aspectos de la conducta social. En la validez de constructo del Cuestionario de Conductas Antisociales Delictivas, se logró a través de un análisis factorial por cada uno de los constructos (antisocial y delictiva) utilizando una rotación Varimax y la normalización de Keiser, mostrando un nivel de confianza de ($p \leq .01$). Por último, en la confiabilidad del Cuestionario de conductas antisociales delictivas, se obtuvieron puntuaciones pares e impares en las dos escalas, A y D, con una muestra normativa de 1000 sujetos, los cuales se mantuvieron separados por sexo. De la misma manera, se empleó la fórmula de Spearman – Brown, para lograr las correlaciones entre ambas partes de cada escala, dando como resultado en el caso de los varones una confiabilidad de 0.862 y en las mujeres una confiabilidad de 0.860 (Cuberos, 2001).

El Inventario de Presión de Pares (*Peer Pressure Inventory* [Apéndice C]), desarrollado por Brown y Rae (1998), cuestiona que tan frecuente es la presión de sus amigos para 53 situaciones agrupadas en 5 contextos que forman 5 subescalas; conformidad de los amigos (2, 12, 18, 19, 25, 32, 35, 41, 46), involucramiento familiar (7, 10, 14, 36, 40, 48), involucramiento de los amigos (4, 11, 16, 26, 30, 37, 39, 49, 50,52) involucramiento de la escuela (1, 17, 23, 29, 31, 38, 42, 53) y presión por mala conducta (3, 5, 9, 21, 27, 28, 34, 43, 47, 49, 51), cada pregunta tiene 4 opciones de respuestas tipo Likert que va de 0=no hay presión, 1= poca presión, 2 = algo de presión y 3 = mucha presión.

Entre estos 5 contextos, para la presión de pares se distingue con puntuaciones mínimas y máximas y las normas de pares, por lo tanto, se define explícitamente en el instrumento de la siguiente forma: cuando la gente de tu edad te anima a hacer algo o para no hacer una cosa, independientemente si quieres hacerlo o no (Brown, et al., 1986). Las calificaciones de la escala general y de las subescalas son obtenidas tomando el promedio de las calificaciones de las preguntas. Así mismo para el análisis estadístico las puntuaciones se convirtieron en índices con valor de cero a 100, la interpretación fue a mayor puntuación mayor es la presión de pares.

Este instrumento ha mostrado confiabilidad ($\alpha=.88$) en población de Estados Unidos, y en México fue traducido, retraducido y realizado una prueba piloto en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, donde el instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de .80 (Guzmán-Facundo, Vargas-Martínez, Candia-Arredondo, Rodríguez-Aguilar & López-García, 2019).

Procedimiento de Recolección de Datos

El presente estudio de investigación pasará por el comité de ética en investigación y el comité de investigación de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, una vez autorizado, los instrumentos se aplicarán de forma virtual a través de la plataforma SurveyMonkey®.

Los adolescentes serán invitados a participar en el estudio a través de las redes sociales (Facebook, Instagram y WhatsApp) mediante una invitación abierta. Se brindará una breve explicación sobre el estudio (objetivo y criterios de inclusión) y se invitará a participar por medio de un enlace (a través de un link) que direccionará a la encuesta para que, si aceptan participar, respondan las preguntas.

En la plataforma SurveyMonkey®, el primer punto que aparecerá para el participante será el consentimiento y asentimiento informado del adolescente (Apéndice F y G), donde se les explicará el objetivo de la investigación, además que su participación será voluntaria, anónima y confidencial. Asimismo, se les informará que aquellos que no deseen participar no tendrán ninguna repercusión, y quienes acepten podrán retirarse en cualquier momento del estudio si así lo decidiesen; se enfatizará que en ambos casos no habrá repercusiones en su condición como adolescentes ni estudiantes. Por otra parte, al finalizar la lectura del asentimiento y consentimiento informados, se mostrará una opción de confirmación para participar o no en la investigación (Aceptar). Dicha opción deberá ser clicada para determinar la participación voluntaria del adolescente en el estudio, así como para dar continuidad al llenado de los instrumentos. O si no acepta participar el adolescente tendrá la opción (Salir) de retirarse de la página. Cabe relatar que, dado que se tratará de una investigación de bajo riesgo (de acuerdo con el artículo 17) y donde las respuestas de los participantes podrían ser influidas por los padres (especialmente al hablar sobre comportamientos e influencias para el consumo de drogas en la adolescencia), se considera viable solamente contar con el asentimiento de los hijos (adolescentes menores de edad). Después del asentimiento y consentimiento informado, se proporcionarán las instrucciones de llenado en cada uno de los instrumentos: Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Drogas (CDPHCD) (Apéndice A), después el Test de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (Apéndice B), en seguida la Escala de Dependencia a la Nicotina de Fagerström (EDNF) (Apéndice C) y el Cuestionario de Conducta Antisocial – Delictiva (CCAD) (Apéndice D) y por fin el Inventario de Presión de Pares (IPP) (Apéndice E).

Cabe señalar que la participación será individual y que el tiempo dedicado a responder los instrumentos será de aproximadamente 20 minutos.

A medida que vayan llenando cada instrumento, los datos se irán guardando y se podrán mostrar los instrumentos siguientes. Se les pedirá de favor a los adolescentes que contesten lo más apegado a su realidad. La colecta de información tendrá un horario abierto. Los instrumentos no permiten guardar las respuestas para después continuar contestándolos, de modo que los adolescentes con datos incompletos serán eliminados (que hubieran abandonado el llenado, por ejemplo). Al finalizar la encuesta, se mostrará un mensaje de confirmación (aparecerá la leyenda de *Enviar*) y posteriormente se agradecerá su participación. En esta última pantalla se ofrecerán datos de contacto (Teléfono, WhatsApp y Facebook) del Servicio de Atención Psicológica en Línea de Centros de Integración Juvenil que apoya con atención psicológica a todos aquellos que sufren directa o indirectamente por una adicción, para cualquier efecto adverso que pudiera suceder debido a la temática. Como medida de seguridad para la protección de los datos digitales, una vez descargados de la plataforma digital (SurveyMonkey®), éstos serán borrados de la nube y trasladados exclusivamente a un medio físico protegido por contraseña (memoria USB o disco duro externo).

Consideraciones Éticas

El estudio se apegará a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 2014). Para la realización del estudio se tomará en consideración lo establecido en el Título Segundo, relacionado con los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. El Capítulo I en su Artículo 13, explica que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, se deberá respetar su dignidad y se deberán proteger sus derechos y bienestar. Además, se explicará el objetivo del estudio (mediante el asentimiento y consentimiento informados) y se dará respuesta a cualquier pregunta formulada (para esto los datos de contacto se ofrecerán al final de la encuesta), se les informará que tendrán libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que se desee si esto llegara a perjudicar su situación personal. Así mismo vigilando en todo momento que sus derechos como ser social sean respetados. Respecto al Capítulo I, Artículo 16, se le explicará al adolescente que no será identificado con su nombre en ningún momento, su participación la conocerá únicamente el autor principal del estudio y en ningún momento podrá proporcionar esa información a familiares (como los padres) u otras personas (como autoridades o maestros), a menos que el adolescente lo autorice, protegiendo de esta manera su anonimato y privacidad. También, como se mencionó anteriormente, los datos de la plataforma digital serán removidos para proteger la identidad de los participantes y confidencialidad de los datos.

Referente al Capítulo I, Artículo 17, Fracción I, el presente estudio será considerado sin riesgo. Esta condición es debido a que, para la recolección de información, se empleará instrumentos con preguntas de investigación documental retrospectivas. Asimismo, no se realizará ninguna intervención o modificación intencional de la conducta de los adolescentes que participan en el estudio.

De acuerdo con el Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones V, VII y VIII, y el Capítulo III, Artículo 36 se contará con el asentimiento informado firmado por el adolescente, así como también con el consentimiento informado firmado por el adolescente (adolescente mayor de edad), a fin de considerarlo dentro del estudio. En relación con el Capítulo I, Artículo 20, se entiende como consentimiento informado el acuerdo por escrito donde se autoriza la participación del sujeto con pleno conocimiento de los procedimientos y libertad de elección. En cumplimiento de este artículo, el consentimiento se ofrecerá en versión digital al inicio de la encuesta. Además, los contenidos del asentimiento y consentimiento informado se sustentarán en lo descrito en el Capítulo I, Artículo 21, en sus Fracciones VI, VII y VIII.

Asimismo, conforme al Capítulo I, Fracción VI se garantizará al participante la aclaración de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de datos. Para esto, durante el asentimiento y consentimiento (al final de la encuesta), se ofrecerán datos de contacto para aclarar sus dudas. Además, conforme a la Fracción VII, se informará al participante sobre la libertad de retractarse a participar sin afectar su condición dentro de la institución a la cual pertenece.

Por último, con base en lo establecido con el Capítulo V, Artículo 57, donde se explica que los estudiantes son un grupo de subordinados, se buscará sus respuestas no sean influidas ni usadas en su perjuicio. Esto se logrará a través del anonimato y la confidencialidad de los datos. De acuerdo con el Artículo 58, Fracciones I y II, la participación de los adolescentes será de manera voluntaria, se les aclarará que si deciden rechazar el consentimiento no tendrán repercusiones en el ámbito académico o laboral, también se les hará mención que la información adquirida será presentada de manera global, para no ocasionar ningún daño o perjuicio y que por ningún motivo la información brindada por ellos será proporcionada a ninguna persona.

Plan de Análisis de Datos

Los datos se procesarán a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21.0. Primeramente, se evaluará la confiabilidad de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. Posteriormente, para conocer la distribución de las variables, se aplicará la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lillifors y así determinar si se empleará estadística inferencial paramétrica o no paramétrica.

Tabla 1
Análisis Estadísticos

Objetivo General	Estadístico
Conocer la relación del comportamiento antisocial, influencia de pares y consumo de drogas en adolescentes.	Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman de acuerdo a la distribución de los datos.
Objetivos Específicos	Estadístico
Determinar las prevalencias del consumo de drogas en los adolescentes por sexo y edad.	Prueba <i>t</i> de Student o la <i>U</i> de Mann-Whitney de acuerdo a la distribución de los datos.
Describir el comportamiento antisocial en los adolescentes por sexo y edad.	Prueba <i>t</i> de Student o la <i>U</i> de Mann-Whitney de acuerdo a la distribución de los datos.
Identificar la influencia de pares en los adolescentes por sexo y edad.	Prueba <i>t</i> de Student o la <i>U</i> de Mann-Whitney de acuerdo a la distribución de los datos.
Describir el comportamiento antisocial por prevalencia de consumo de drogas y tipos de consumo de alcohol.	Prueba <i>t</i> de Student o la <i>U</i> de Mann-Whitney de acuerdo a la distribución de los datos.
Describir el tipo de consumo de alcohol por sexo y edad.	Prueba <i>t</i> de Student o la <i>U</i> de Mann-Whitney de acuerdo a la distribución de los datos.
Describir la influencia de pares por tipo de consumo de alcohol/tabaco.	Estadística descriptiva como frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad.
Describir el tipo de consumo de tabaco por sexo y edad.	Prueba <i>t</i> de Student o la <i>U</i> de Mann-Whitney de acuerdo a la distribución de los datos.

Resultados preliminares

El llenado de los instrumentos se realizó de forma virtual a través de la plataforma SurveyMonkey. Para llevarla a cabo primeramente se solicitó el permiso al comité de ética en investigación y al comité de investigación de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, una vez autorizado, los instrumentos fueron aplicados.

Los adolescentes fueron invitados a participar en el estudio, por medio de un enlace (a través de un link) que direccionaba a la encuesta, a través de las redes sociales (Facebook, Instagram y WhatsApp) donde el enlace se envió a grupos de jóvenes y el autor principal publicó el enlace en sus perfiles personales y pidió a sus contactos que lo compartieran con su familia y amigos adolescentes. Se presentaron los objetivos del estudio de forma clara, se les solicitó de forma amable su participación y se precisaron los aspectos éticos en relación con su participación (asentimiento y/o consentimiento informado), también se les dejó un correo electrónico para contacto con el investigador principal en caso de tener dudas y poder ser aclaradas. Una vez entendido los puntos anteriores y si aceptaban participar, respondían a las preguntas en línea.

Se proporcionó las instrucciones de llenado en cada uno de los instrumentos, los cuales tuvieron una duración aproximada de 20 minutos para el llenado por completo. Durante el llenado de los instrumentos se percibió que un punto en uno de los instrumentos no fue contestado por los participantes, a continuación, se menciona cual fue:

En la cédula de datos personales, el ítem 3 que menciona la ocupación los participantes que contestaron “trabajas” y “estudias y trabajas” no llenaron la pregunta “¿En que trabajas?”. El enlace de la encuesta se envió a 53 personas durante 8 días. Hubo un promedio de 6 respuestas por día. De las 53 personas invitadas, 34 (64,15%) completaron la entrevista. Las personas que abandonaron la entrevista antes de terminar llegaron a contestar el 80% de los instrumentos.

El análisis de datos se realizó en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21.0, a través de frecuencias y proporciones, medidas de tendencia central y dispersión, consistencia interna de los instrumentos (Alpha de Cronbach). A continuación, se muestran los resultados de la prueba piloto obtenidos:

Tabla 2
Consistencia interna de las escalas de medición

Escala	Reactivos	Alpha de Cronbach
Test de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	1-10	.66
AUDIT Consumo Sensato	1-3	.76
AUDIT Consumo Dependiente	4-6	.35
AUDIT Consumo Dañino	7-10	.31
Escala de Dependencia a la Nicotina de Fagerström (EDNF)	1-6	.86
Cuestionario de Conducta Antisocial – Delictiva (CCAD)	1-40	.94
CCAD – Conductas Antisociales	1-20	.92
CCAD – Conductas Delictivas	21-40	.87
Inventario de Presión de Pares (IPP)	1-53	.98
IPP – Conformidad de los Amigos	2-12-18-19-25-32-35-41-46	.89
IPP - Involucramiento Familiar	7-10-14-36-40-48	.91

IPP - Involucramiento de los Amigos	4-11-16-26-30-37-39- 49-52	.83
IPP – Involucramiento de la Escuela	1-17-23-29-31-38-42- 53	.86
IPP – Presión Por Mala Conducta	3-5-9-21-27-28-34-43-47-49-51	.92

Nota: f= frecuencia
n=34

Los resultados de las diferentes escalas y cuestionarios mostraron un Alpha de Cronbach aceptable con valores que oscilaron entre .86 a .98, con excepción del AUDIT que arrojó un Alpha de Cronbach de .66.

Tabla 3

Factores sociodemográficos; sexo, edad, ocupación, con quien vive y Estado de procedencia.

Variable	f	%
Sexo		
Hombre	15	44.12
Mujer	19	55.88
Edad		
14	1	2.94
15	2	5.88
17	9	26.47
18	10	29.41
19	12	35.29
Ocupación		
Estudia	27	79.41
Trabaja	2	5.88
Estudia y trabaja	5	14.71
Con quien vive		
Ambos padres	20	58.82
Solo padre	1	2.94
Solo madre	10	29.41
Solo	2	5.88
Otros	1	2.94
Estado de procedencia		
Sinaloa	10	29.41
Baja California	1	2.94
Ciudad de México	1	2.94
Guerrero	4	11.76
Estado de México	9	26.47
Michoacán de Ocampo	9	26.47

Nota: f= frecuencia
n=34

De acuerdo con los factores sociodemográficos se encontró que la mayoría de la muestra fue de mujeres con un 55.88%, con una media de edad de 17.79 años ($DE= 1.274$). En relación con la ocupación y con quien vive la mayoría mencionó que solo estudia (79.41%) y que vive con ambos padres (58.82%), también el 2.94% de la muestra

contestaron la opción “Otros” y relataron que en la actualidad viven con los abuelos. El Estado con más participantes fue Sinaloa (29.41%), seguido por Estado de México (26.47%) y Michoacán de Ocampo (26.47%).

Tabla 4
Prevalencia de consumo de drogas

Consumo de drogas	Alguna vez en la vida		En el último año		En el último mes		En la última semana	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Alcohol								
Si	28	82.35	25	73.53	13	38.24	8	23.53
No	6	17.65	9	26.47	21	61.76	26	76.47
Tabaco								
Si	11	32.35	9	26.47	6	17.65	4	11.76
No	23	67.65	25	73.53	28	82.35	30	88.24
Mariguana								
Si	9	26.47	3	8.82	3	8.82	1	2.94
No	25	73.53	31	91.18	31	91.18	33	97.06
Cocaína								
Si	3	8.82	2	5.88	0	0.0	0	0.0
No	31	91.18	32	94.12	34	100.0	34	100.0

Nota: f= frecuencia
n=34

De acuerdo con la tabla de prevalencia de consumo de drogas se encontró que el 82.35% de los adolescentes refirió haber consumido alcohol alguna vez en la vida y el 73.53% en el último año. Se reportó una edad media de inicio de consumo de alcohol de (\bar{X} = 15.68; DE = 1.847) con un rango de los 12 a 19 años.

Con relación al consumo de tabaco se encontró que la mayoría (67.65%) de los adolescentes nunca hicieron consumo de esta sustancia. Entre los adolescentes que relataron haber consumido tabaco alguna vez en la vida se encontró que la edad media de inicio del consumo fue de 14.36 años (DE = 4.905).

A su vez, en relación con el consumo de mariguana y cocaína, se encontró que la mayoría de los participantes nunca consumieron mariguana (73.53%) y tampoco cocaína (91.18%). Sin embargo, entre los participantes que consumieron mariguana la media de edad de inicio de consumo fue de 16.22 años (DE = 1.787) y los que consumieron cocaína tuvieron una media de edad de inicio de consumo a los 18 años (DE = .000).

Conclusión

Los resultados completos del estudio se tendrán entre los meses de octubre y noviembre. La recolección completa de la muestra se realizará de manera virtual debido a la pandemia de COVID19. Se espera que llegué a los 269 participantes y, por lo tanto, el investigador puede cumplir con el objetivo establecido en este estudio.

Referencias

- Aho, H., Anna-Maija, K., Paavilainen, E., & Joronen, K. (2018). The relationship between peer relations, self-rated health and smoking behaviour in secondary vocational schools. *Nursing Open*. 2019; 6:754–764. 10.1002/nop2.260.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro. M. (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT]. *Generalitat Valenciana - Conselleria de Bienestar Social*. https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Cuberos, S. N. & Sánchez, P. (2001). *Cuestionario de Conducta Antisocial- Delictivas (A-D)*. México. Ed. El Manual Moderno.
- Dyson, R., Robertson, G. C., Wong, M. M. (2015). Brief report: peer group Influences and adolescent internalizing problems as mediated by effortful control. *Journal of Adolescence*. 41. 131-135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.03.004>.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (2016- 2017). Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales. *Gobierno de México*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf.
- Erlich, V. H. P., Zibetti, M. R., & Gomide, P. I. C. (2018). Assessment of an Academic skills development program for youths in juvenile correctional facilities. *Trends Psychol*. 27(2). 325-337. 10.9788/TP2019.2-03.
- Fagerstrom, K. O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 12(2): 159- 82.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Sociedad Chilena de Pediatría. Elsevier*. 10.1016/j.rchipe.2015.07.005.
- García, K. S. L., Junio, M. L. C. (2008). Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes escolares. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(2). http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_20.pdf.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N. (2019). Introducción a los diseños de investigación cuantitativa. En S. K. Grove, J.R. Gray, & N. Burns (Eds.). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 448-463. Elsevier.
- Guzmán Facundo, F. R., Vargas Martínez, J. I., Candia Arredondo, J. S., Rodríguez Aguilar, L., & Lopez García K. S. (2019). Influencia de la presión de pares y facebook en actitudes favorecedoras al consumo de drogas ilícitas en jóvenes universitarios mexicanos. *Health and Addictions*, 19 (1), 22-30. ISSN 1578- 5319 ISSN 1988-205X. <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/399>.

- Hauck-Filho, N., Teixeira, M. A. P., & Dias, A. C. G. (2012). Psicopatia: uma perspectiva dimensional e não-criminosa do construto. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 30(2). 317- 27/ISSN1794-4724-ISSNe2145- 4515.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Costa, A. W. N., Prado, R. R., Campos, M. O., & Malta, D. C. (2014). Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros, *esquisa Nacional de Saúde do Escolar* (PeNSE 2012). 10.1590/1809-4503201400050004
- Jorge, K. O., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Kawachi, I., Zarzar, P. M., & Pordeus, I. A. (2018). Peer group influence and illicit drug use among adolescent students in Brazil: a cross-sectional study. *Cad. Saúde Pública*. 34(3). 10.1590/0102-311X00144316.
- Nardi, F. L., Cunha, S. M., Bizarro, L., Dell'Aglio, D. D. (2012). Drug use and antisocial behavior among adolescents attending public schools in Brazil. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012; 34(2) – 80-86. <http://www.scielo.br/pdf/trends/v34n2/v34n2a06.pdf>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2014). Principles of adolescent substance use disorder treatment: A Research-Based Guide. https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2019). *Informe Mundial de las Drogas*. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. <https://www.who.int/es/news-room/detail/21-09-2018harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). Desarrollo en la adolescencia. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
- Richmond, M. J., Mermelstein, J. R., & Metzger, A. (2012). Heterogeneous friendship affiliation, problem behaviors, and emotional outcomes among high-risk adolescents. *Institute for Health Research and Policy and Department of Psychology*, University of Illinois at Chicago, 1747. 10.1007/s11121-011-0261-2.
- Rosenstock, K.I.V., & Neves, M.J. (2010). Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Rev Bras Enferm*; 63(4): 581-6. 10.1590/S0034-71672010000400013.
- Silva, I. R., Leite, J. L., Lins, S. M. S. B., Silva, T. P., & Santos, M. J. C. (2016). Ordens e desordens: complexidade do adolescer e saúde sexual: contribuições para enfermagem. *Rev enferm UERJ*; 24(2). 10.12957/reuerj.2016.14569.
- Silva, R. M. A., Bezerra, V. M., & Medeiros, D. S. (2019). Experimentação de tabaco e fatores associados entre adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista, BA, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2):431-441. 10.1590/1413-81232018242.02962017.

- Soeiro, C., & Gonçalves, R. A. (2010). O estado de arte do conceito de psicopatia. *Análise Psicológica*, 1 (XXVIII): 227-240. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v28n1/v28n1a16.pdf>.
- Sussman, S., Skara, S., & Ames, S.L. (2008). Substance abuse among adolescents. university of southern California, Los Angeles, California, USA. *Informa healthcare*. 10.1080/10826080802297302.
- Wesseldijk et al. (2018). Genetic and environmental influences on conduct and antisocial personality problems in childhood, adolescence, and adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 27:1123–1132. 10.1007/s00787-017-1014-y.
- Wynter J., & Hynes M. (2019). Peer association and perception of harms and benefits associated marijuana use among Jamaican adolescents. *Texto Contexto Enferm*. 28. 10.1590/1980-265X-TCE-CICAD-18-7.
- Wongtongkam, N. Wardb, P. R. Day, A. & Winefield, A. H. (2014). The influence of protective and risk factors in individual, peer and school domains on Thai adolescents' alcohol and illicit drug use: A survey. *Addictive Behaviors*. 10.1016/j.addbeh.2014.05.026.
-