

Revista Mexicana de Salud y Cuidado Ambiental

ISSN 3061-7502



VERDAD, BELLEZA, PROBIDAD



Portada elaborada a partir de fotografías de Canva educativa

Volumen 2

Número 1

Julio – Diciembre

2025

DIRECTORIO

Dr. Dámaso Leonardo Anaya Alvarado
Rector de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT).

Dra. Rosa Isela Acosta González
Secretaría Académica.

Dr. Fernando Leal Ríos
Secretario de Investigación y Posgrado.

Dra. Yolanda Castillo Muraira
Directora UAMM-UAT

EQUIPO Y COMITÉ EDITORIAL

EDITOR RESPONSABLE

Yolanda Velázquez Narváez (SNI I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

COEDITOR

Tirso Duran Badillo (SNI I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

EDITOR DE NÚMERO

Juana María Ruiz Cerino (SNI I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

MAQUETADOR

Victor Parra Sierra (SNI I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Juana María Ruiz Cerino (SNII I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Dra. Laura Hinojosa García (SNII I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Dr. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez (SNII I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Dra. Xóchitl Pérez Zúñiga (SNII I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Dr. José Ignacio Vargas Martínez (SNII I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA CONDUCTA

Dra. Lucia Ruiz Ramos (SNII I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Dr. Oscar Monreal Aranda (SNII I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Dr. Víctor Parra Sierra (SNII I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Dr. Benito Zamorano González (SNII I)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Dra. Catalina Vargas Ramos (SNII Candidato)
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Revista Mexicana de Salud y Cuidado Ambiental. Año: 2025, Volumen: 2, Número: 1, julio a diciembre. Publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Tamaulipas, a través de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros - UAT. Av del Maestro SN. Col. Alianza. H. Matamoros, Tamaulipas, México. CP 87410 Tel. (834) 3181800, ext. 6420. Página web; revmexicanadesaludyca.uat.edu.mx y correo electrónico: rev.mex.syc_aamm@uat.edu.mx Editor responsable: Dra. Yolanda Velázquez Narváez. Reserva de Derechos al uso Exclusivo No. 04-2023-082313211900-102, ISSN electrónico: 3061-7502; ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Dra. Yolanda Velázquez Narváez. Fecha de la última modificación: 31 de enero de 2024.

Se permite la reproducción del contenido para actividades no comerciales dando los créditos correspondientes a la Revista Mexicana de Salud y Cuidado Ambiental. Los artículos e investigaciones son responsabilidad de los autores. Todo el material publicado se almacena en el reservorio institucional.

ÍNDICE

El estrés postraumático y la depresión en migrantes latinoamericanos bajo condiciones de desplazamiento forzado y violencia refugiados en el Noreste de México	1
Autoestima y sexting en estudiantes universitarios	14
Factores relacionados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial asistentes a una institución prestadora de servicios de salud especializada del norte de Colombia	26
Estrategias de afrontamiento de los cuidadores informales de adultos mayores	41

El estrés postraumático y la depresión en migrantes latinoamericanos bajo condiciones de desplazamiento forzado y violencia refugiados en el Noreste de México.

Post-traumatic stress and depression in Latin American migrants under conditions of forced displacement and refugee violence in northeastern Mexico.

Manasés López López¹ - ORCID: 0009-0006-1152-9307

Oscar Monreal Aranda^{2*} - ORCID: 0000-0003-2039-6375

Lucia Ruiz Ramos³ - ORCID: 0000-0002-7122-6758

RESUMEN

Introducción: La migración se configura como un factor de riesgo para la salud mental, siendo la depresión, el estrés y la ansiedad los padecimientos que más afectan a esta población. **Objetivo:** Determinar la relación entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión en migrantes bajo condiciones de desplazamiento forzado y violencia. **Metodología:** Estudio correlacional y transversal, en una muestra de 96 migrantes refugiados en un albergue de manera temporal en el Noreste de México que fueron víctimas de desplazamiento forzado y violencia. **Resultados:** La muestra fue caracterizada con una cedula de datos personales, se evaluó el estrés postraumático con la escala de trauma de Davidson (DTS) y el estado depresivo con la escala de autoevaluación de Zung (SDS). De manera inicial se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, posteriormente los datos fueron procesados a través de estadística descriptiva y la prueba de correlación de Pearson. El promedio de edad fue de 34.09, el 60.4% corresponde al sexo femenino, 42.7% solteros. Se identificó TEPT en un 47.9% con sintomatología moderada y el 51% con depresión moderada. Se encontró una relación significativa entre el estrés postraumático y la depresión ($r = .563, p = .000$). **Conclusiones:** Es necesario seguir realizando investigaciones con un mayor abordaje, considerando otros factores que también pudieran influir o relacionarse con las variables que aquí se describen. Haciendo esto, ampliamos el conocimiento entorno a este fenómeno, a fin de garantizar intervenciones psicológicas orientadas en erradicar la sintomatología, por ende, favorecer el bienestar biopsicosocial de los migrantes.

Palabras clave: Estrés postraumático; Depresión; Migración; Desplazamiento forzado.

ABSTRACT

Introduction: Migration is configured as a risk factor for mental health, with depression, stress and anxiety being the conditions that most affect this population. **Objective:** Determine the relationship between post-traumatic stress disorder and depression in migrants under conditions of forced displacement and violence. **Methodology:** Correlational and cross-sectional study in a sample of 96 migrants temporarily sheltered in a shelter in Northeastern Mexico who were victims of forced displacement and violence. **Results:** The sample was characterized with a personal data form, post-traumatic stress was evaluated with the Davidson Trauma Scale (DTS) and depressive state with the Zung Self-Assessment Scale (SDS). Initially, the Kolmogorov Smirnov test with Lilliefors correction was applied, then the data were processed through descriptive statistics and Pearson's correlation test. Results: The average age was 34.09, 60.4% were female, 42.7% were single. PTSD was identified in 47.9% with moderate symptomatology and 51% with moderate depression. A significant relationship was found between PTSD and depression ($r = .563, p = .000$). **Conclusions:** It is necessary to continue conducting research with a greater approach, considering other factors that could also influence or be related to the variables described here. By doing so, we expand the knowledge surrounding this phenomenon, in order



to guarantee psychological interventions aimed at eradicating the symptomatology, thus favoring the biopsychosocial wellbeing of migrants

Keywords: Post-traumatic stress; Depression; Migration; Forced displacement.

INTRODUCCIÓN

El creciente número de migrantes en el mundo indica que las transformaciones actuales en los ámbitos económicos, sociales y políticos afectan en varios sectores de la población que se ven en la necesidad de salir en busca de mejores condiciones de vida. Según el informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en el 2020 había en el mundo alrededor de 281 millones de migrantes, lo que corresponde al 3.6 % de la población mundial (OIM, 2022). Entre los principales factores que propician la migración se encuentran el desplazamiento forzado, debido a persecuciones, conflictos, violencia, violaciones de los derechos humanos. En el informe anual de Tendencias Globales de desplazamiento forzado de ACNUR reportó que a finales de 2023, había en el mundo 117.3 millones de personas desplazadas por la fuerza, de esa cifra, cerca de 43,4 millones son refugiadas. (ACNUR, 2023). En Centroamérica son alrededor de 597,000 las personas que han migrado a otros países por situaciones de violencia, amenazas, extorsiones y persecuciones. Por otro lado, la inestabilidad política en los países ha generado una migración masiva, tal es el caso de Nicaragua que generó la salida de alrededor de 200,000 personas debido a persuasiones, mientras que Venezuela alrededor de 7.24 millones han salido para solicitar refugio (ACNUR, 2024). Ante tal situación, los países cercanos se han esforzado por brindarles refugio, siendo Estados Unidos el país que recibió el mayor número de solicitudes. A medida que más migrantes cruzan el país de manera irregular buscando llegar a Estados Unidos, México se ha convertido principalmente en una ruta de tránsito para migrantes. En el diagnóstico de la movilidad humana en Tamaulipas realizada por la UPMRIP (2022) señala que, la migración irregular se desarrolla en un contexto de violencia en el país asociada al narcotráfico, lo cual implica que los traslados de estas personas por el país, especialmente en determinadas zonas, resulten riesgosos. Con base en el boletín mensual de estadísticas migratorias realizadas por la misma UPMRIP (2021), indica que entre 2016 y 2021 se registraron en Tamaulipas 334 delitos en contra de personas migrantes en situación irregular, con lo cual ocupó el cuarto lugar a nivel nacional. Mientras que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), reportó que entre 2017 y 2020 murieron en la entidad 129 personas extranjeras en movilidad por motivos de violencia y accidentes.

La migración de individuos causada por factores estresantes como: el desplazamiento forzado, persecución, conflicto armado, violencia y pérdidas devastadoras conlleva al desarrollo de síntomas característicos de Trastorno de Estrés Postraumático. La literatura evidencia que hay mayores niveles de TEPT en individuos mayores, lo cual puede estar sustentado por diversos acontecimientos traumáticos vividos. (Hoyos y col., 2022). La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) indica que existen estudios donde se encontraron procesos migratorios percibidos como eventos traumáticos por 21% de los migrantes debido al temor a sufrir alguna lesión o incluso la muerte de ellos o de alguno de sus familiares. La prevalencia del TEPT es de 31.46 % en migrantes, que están expuestos a situaciones adversas y traumáticas tales como la violencia, barreras administrativas y separaciones familiares (Blackmore y col., 2020). En un estudio realizado en Colombia por Cabas y col. (2022) con el objetivo de estimar la prevalencia del TEPT en migrantes víctimas de desplazamiento forzado determinó que el 26.5% de los migrantes cumplieron con los criterios diagnósticos del TEPT y el 73.5% no presentaron dichos criterios.

Los síntomas característicos del TEPT aparecen en los primeros meses después del evento traumático y pueden durar más de un mes ocasionando dificultades en las relaciones interpersonales. Durán y col. (2020) refieren que cada individuo presentará síntomas muy particulares, pero se clasifican en cuatro tipos: 1) Síntomas de reviviscencia, que consiste en revivir mentalmente el suceso traumático, así como reacciones disociativas, pesadillas, o pensamientos aterradores relacionados al trauma. 2) Síntomas de evitación, que se manifiestan en el esfuerzo por evadir todos estímulos asociados con el acontecimiento traumático. 3) Síntomas de reactividad e hipervigilancia: Reacciones de alerta asociados a un comportamiento nervioso, irritable e incluso agresivo, así como una constante hipervigilancia. 4) Síntomas anímicos y cognitivos: consiste en una alteración del estado anímico expresados en sentimientos de culpa, remordimiento y desinterés, así como una distorsión de la percepción a causa del evento traumático.

Por otra parte, las experiencias personales, el desprendimiento de la familia, e incluso los eventos vividos durante el trayecto recorrido pueden impactar en el estado emocional de los migrantes, al grado de desarrollar sintomatología depresiva (Gutama Macas y Pillacela Morocho, 2022). En esta misma línea, se aborda el análisis presentado por Blouin (2019), en donde destaca que la migración se configura como un factor de riesgo para la salud mental, siendo la depresión,

el estrés y la ansiedad los padecimientos que más afectan a esta población. Cabe destacar que la soledad, el aislamiento, la pérdida de las redes sociales que tenían en el lugar de origen y la adaptación a nuevas costumbres y a un sin número de factores pueden llevarlos a la depresión (Sánchez, 2019).

Médicos Sin Fronteras (2024) presentó un informe titulado "Violencia, desesperanza y abandono en la ruta migratoria" donde menciona que, de 3, 817 atenciones de salud mental en Honduras, Guatemala y México, 48 % han tenido como principal diagnóstico el estrés agudo, seguido de casos de depresión en un 12 %, ansiedad con 11 % y trastorno de estrés postraumático en un 8 %.

La OMS (2023) la define como "un trastorno mental que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutaban, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias". Por otro lado, Ruggieri (2020) sostiene que la depresión se caracteriza por una afección que repercute de forma considerable en la salud mental de la persona que la padece provocando desmotivación, sentimiento de culpa, pérdida de amor propio, dificultades para la concentración, alteraciones del sueño y en la alimentación, además de obstaculizar las habilidades para enfrentar la vida.

Teniendo en cuenta esta problemática la Secretaría de Salud en México ha realizado esfuerzos para procurar la salud mental de esta población vulnerable, en el *plan integral de atención a la salud de la población migrante 2020* se trazan lineamientos generales que proponen acciones como: los primeros auxilios psicológicos, la contención emocional y la intervención en crisis (Gobierno de México, 2020).

En relación con lo anterior, la presente investigación busca determinar la relación entre el estrés postraumático y la depresión en migrantes en condiciones de desplazamiento forzado y violencia. Los resultados contribuirán en obtener un diagnóstico centrado en estos constructos, lo cual servirá como base y fundamento para el desarrollo de estrategias e implementación de acciones que favorezcan en el bienestar biopsicosocial de los migrantes.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio correlacional y transversal.

Población, muestra y muestreo

El estudio se realizó en una población de migrantes que se encontraban refugiados de manera temporal en la Casa del Migrante en H. Matamoros, Tamaulipas. El muestreo fue no probabilístico de tipo por conveniencia bajo el criterio principal de ser migrante transnacional, seleccionando 96 migrantes. Se incluyeron migrantes originarios de Centroamérica y Sudamérica que hablan español y que migraron a causa del desplazamiento forzado y violencia, y que estuvieron expuestos a factores de riesgo durante su trayecto hasta llegar al Noreste de México.

Instrumentos

Se diseñó una cedula de datos personales para caracterizar la muestra. Mientras que para evaluar el trastorno de estrés postraumático en los migrantes se utilizó la escala de trauma de Davidson (DTS) que mide la frecuencia y gravedad de los síntomas. Consta de 17 ítems que corresponden a los criterios del *DSM-5* en una escala Likert de 4 puntos, en la que el sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem: la frecuencia (0 = nunca, 1= a veces, 2= 2-3 veces, 3= 4-6 veces, 4= a diario) y la gravedad (0 = nada, 1= leve, 2= moderada, 3= marcada, 4= extrema). Para la interpretación de los resultados se estableció como: rango normal de 0 a 20 puntos, sintomatología leve de 21 a 46, sintomatología moderada de 47 a 92 y sintomatología severa de 93 a 136 (Sanchez, 2019). El alfa de Cronbach para el total del instrumento fue de 0.99, para la subescala de frecuencia 0.97 y para la subescala de gravedad 0.98. (Villafañe y col.,2003)

Para medir el nivel de depresión presente en los migrantes se utilizó la escala de autoevaluación desarrollada por Zung en 1965, traducida y validada por Conde, en 1969. Consta de 20 ítems que indican las cuatro características más comunes de la depresión: el efecto dominante, rasgos fisiológicos, perturbaciones y actividades psicomotoras. La mitad de los reactivos están expresados en sentido positivo y la otra mitad en sentido negativo. Para los reactivos formulados en sentido negativo las puntuaciones se distribuyen de la siguiente manera: 1 para poco tiempo, 2 para algo de tiempo, 3 para una buena parte del tiempo y 4 para la mayor parte del tiempo, y en cuanto a, los ítems positivos se califican de manera inversa. Respecto a, la interpretación tendremos las siguientes categorías de diagnóstico: de 20 -33 no depresión, 34-40 depresión leve, 41-54 depresión moderada, 55-80 depresión severa (González, 2007).

El estudio fue aprobado por el comité de Investigación y Ética de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, así mismo se contó con la autorización de los encargados de la Casa del Migrante administrado por la Diócesis de H. Matamoros, Tamaulipas. Se acudió al lugar para invitar a los migrantes a participar al estudio, explicándoles el objetivo del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos, posteriormente se solicitó su autorización a través de la firma del consentimiento informado. La aplicación de los instrumentos se realizó en un espacio designado por el personal del centro y que cumplieran con las condiciones óptimas para realizar la actividad.

Los datos recolectados se procesaron y analizaron en el programa estadístico SPSS versión 22 para Windows, aplicando estadística descriptiva. Para responder al objetivo general se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, debido a que las variables investigadas tuvieron una distribución normal se optó por aplicar la prueba de correlación de Pearson, interpretando como estadísticamente significativas cuando p valor fue menor que .05

Consideraciones éticas

La investigación se apegó a los principios éticos descritos de la Declaración de Helsinki, sobre proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en el estudio, así mismo se contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros-UAT (dictamen 122), así mismo se contó con la autorización de los encargados de la Casa del Migrante administrado por la Diócesis de H. Matamoros, Tamaulipas. Donde se acudió para invitar a los migrantes a participar al estudio, explicándoles el objetivo del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos, posteriormente se solicitó su autorización a través de la firma del consentimiento informado.

RESULTADOS

De manera inicial se describen las características personales de los participantes. Enseguida, se describe el estrés postraumático y finalmente el estado depresivo presente en los migrantes.

De los 96 migrantes que participaron en este estudio, el 60.4% son mujeres. Con edades de 18 a 66 años, con un promedio de edad de 34.09. El 42.7% son solteros, en cuanto a su

escolaridad el 39.6% cursaron la secundaria, seguidos de un 34.4% que estudiaron la preparatoria. En relación con la causa migratoria el 68.8% salió de su país por situaciones de violencia. Y durante su trayecto, el 22.9 % fue víctima de secuestros, 25 % de extorciones y el 20.8% de asaltos (Tabla 1).

Tabla 1.

Características de los migrantes

Variable		<i>f</i>	%
Sexo	Hombre	38	39.6
	Mujer	58	60.4
Estado civil	Soltero	41	42.7
	Casado	24	25
	Viudo	3	3.1
	Divorciado	4	4.2
	Unión libre	24	25
Escolaridad	Primaria	15	15.5
	Secundaria	38	39.6
	Preparatoria	33	34.4
	Licenciatura	10	10.4
Causa de migración	Desplazamiento forzado	30	31.3
	Violencia	66	68.8
Factores de riesgo durante el trayecto	Secuestro	22	22.9
	Violencia sexual	5	5.2
	Peligro de muerte	16	16.7
	Extorciones	24	25
	Asaltos	20	20.8
	Accidentes	6	6.3
	Ninguno	3	3.1

En la tabla 2 se describe la variable de estrés postraumático donde se obtuvo una media de 51.26 ($DE=2.1$). En cuanto a las categorías de estrés postraumático en los migrantes se

encontró que un 47.9% presenta sintomatología moderada y solo el 14.6% se encuentran dentro del rango normal, es decir, sin síntomas de TEPT (Tabla 3).

Tabla 2

Descripción del estrés postraumático

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Trastorno de Estrés Postraumático	51.26	28.1	0	110

Tabla 3.

Distribución de frecuencias de las categorías del estrés postraumático

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Estrés postraumático	Rango normal	14	14.6
	Sintomatología leve	27	28.1
	Sintomatología moderada	46	47.9
	Sintomatología severa	9	9.4

En cuanto a la depresión, en la tabla 4 se describe que se obtuvo una media de 45.9 (*DE*= 11.07). En cuanto a las categorías de depresión se encontró que el 51 % presenta depresión moderada y solo el 15.6% se encontró sin depresión (Tabla 5).

Tabla 4

Descripción de la depresión

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Depresión	45.9	11.07	20	69

Tabla 5.

Distribución de frecuencias de las categorías de depresión

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Depresión	Sin depresión	15	15.6
	Depresión leve	11	11.5

Depresión	Depresión moderada	49	51
	Depresión severa	21	21.9

Se aplicó estadística paramétrica, con la prueba de correlación de Spearman y de acuerdo con los datos obtenidos, la depresión se relaciona significativamente con el estrés postraumático ($r = .563, p = .000$).

Tabla 6

Relación entre el estrés postraumático y la depresión

Variables	Depresión	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Estrés Postraumático	.563	.000

$n=163$; * $p < .05$

DISCUSIÓN

Los migrantes que han sido desplazados de manera forzada de su lugar de origen y que han estado expuestos a situaciones de riesgo resulta perjudicial en su salud mental, ya que tienden a desarrollar síntomas de trastorno de estrés postraumático y depresión. Estos constructos han sido analizados ampliamente. Estudios realizados por Siriwardana y Stewart (2013) han señalado relaciones positivas entre el TEPT y la depresión en migrantes. Por otro lado, investigaciones de Mghir, R. Freed y col., (1995) realizadas a jóvenes refugiados en Afganistán señalan que el 71% de los que padecían depresión también presentaban síntomas de TEPT, así mismo, el estudio de Favaro, A. Maiorani y col., (1999) a adultos refugiados de Yugoslavia encontraron que el 52% de los que presentaban síntomas depresivos también padecían TEPT. En este sentido, los resultados reportados con este estudio coinciden con dichos hallazgos.

En cuanto a los eventos traumáticos que experimentaron los migrantes que se encuentran refugiados se relaciona significativamente con la depresión, estos datos son similares a lo reportado por Starck et. al. (2020). A mayores síntomas de estrés postraumático mayor depresión.

El desplazamiento forzado, es un fenómeno que implica la movilización de personas y familias que han sido despojados de sus pertenencias, posesiones y propiedades de manera violenta. Estos factores estresantes aumentan la probabilidad de que los migrantes desarrollen

Trastorno de estrés postraumático. Se logró identificar que el estrés postraumático puede estar influenciado por factores como la edad y el sexo, evidenciando que las mujeres que experimentaron sucesos traumáticos tienen mayor prevalencia a presentar síntomas de estrés postraumático. Resultado que difiere con lo reportado por Cabas y col. (2022), quienes refieren que dicho trastorno de presento de igual manera en ambos sexos.

En cuanto a la violencia sexual en mujeres migrantes durante el tránsito por territorio mexicano, los resultados obtenidos son distintos a los encontrados por Diaz y Kunher (2014), quienes obtuvieron un porcentaje mayor a los encontrados en este estudio.

La depresión en los migrantes adultos está asociada con el estado civil, siendo los solteros quienes reflejan mayor prevalencia al desarrollo de sintomatología depresiva. En estudios realizados por Fontalvo – Correa y Mendivil- Diaz (2023) reportan datos similares, donde el nivel general fue de depresión moderada en una muestra de migrantes donde el 35% eran solteros.

CONCLUSIONES

Los hallazgos han resaltado información relevante sobre el fenómeno de la adherencia terapéutica, el cual es complejo y está influenciado por diversos factores. Se encontró que las mujeres presentan una mejor adherencia que los hombres. Además, variables como el tipo de ocupación y el nivel de escolaridad mostraron una relación estadísticamente significativa, resultados que fueron analizados a través de las diferentes subcategorías de la escala utilizada.

Finalmente, los resultados aquí presentados y su contraste con la literatura evidencian un panorama ambiguo que confirma que la adherencia es un constructo multifactorial, posiblemente influenciado por el contexto en el que se encuentra la persona. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de continuar desarrollando abordajes investigativos que no solo profundicen en el entendimiento de este fenómeno, sino que también impulsen intervenciones complejas, lideradas por el personal de enfermería, orientadas al mejoramiento de la adherencia en personas con enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión.

REFERENCIAS

- ACNUR. (2023). Tendencias Globales de Desplazamiento Forzado en 2023: Resumen de las tendencias. <https://www.acnur.org/media/tendencias-globales-de-desplazamiento-forzado-en-2023-resumen-de-las-tendencias>
- ACNUR. (2024). Desplazamiento en Centroamérica. <https://www.acnur.org/mx/emergencias/desplazamiento-en-centroamerica>
- Blackmore R., Boyle J.A., Fazel M., Ranasinha S., Gray K.M., Fitzgerald G., et al. (2020). *La prevalencia de enfermedades mentales en refugiados y solicitantes de asilo: una revisión sistemática y un metanálisis*. Plos Medicine 17(9): e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Blouin, C. (2020). Después de la llegada: realidades de la migración venezolana. *Revista de Sociología*, 31, 187-190. DOI: <https://doi.org/10.15381/rsoc.v0i31.19281>
- Cabas-Hoyos, K., Villamil Benítez, I., Urzola, A. U., & González Bracamonte Y. (2022). *Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático TEPT y eventos asociados en víctimas del desplazamiento forzado en la ciudad de Montería*. Informes Psicológicos, 22(1). <https://doi.org/10.18566/infpsic.v22n1a15>
- Díaz Prieto, G., & Kuhner, G. (2014). Mujeres migrantes que transitan por México en situación irregular. Instituto para las Mujeres en la Migración A.C. Recuperado en: <https://observatorioviolencia.org/wp-content/uploads/un-viaje-sin-rastros.pdf>
- Durán, L. V. B., Martínez, M. M. B., & Álvarez, G. B. (2020). Trastorno por estrés postraumático. *Revista Médica Sinergia*, 5(09), 1-10. <http://hdl.handle.net/11000/26224>
- Favaro, A. Maiorani, M. Colombo, G. et al. Experiencias traumáticas, trastorno de estrés postraumático y síntomas disociativas en un grupo de refugiados de la ex Yugoslavia. *Enfermedad nerviosa*. 1999; 187 :306-308
- Fontalvo Correa, T., & Mendivil Diaz, A. (2023). Caracterización del estado mental de migrantes venezolanos en condición de desplazamiento. [Tesis de pregrado, Universidad de la Costa]. <https://hdl.handle.net/11323/10170>
- Gobierno de México. (2020). Plan integral de atención a la salud de la población migrante. <https://embamex.sre.gob.mx/colombia/index.php/mexico-colombia/614-plan-integral-de-atencion-a-la-salud-de-la-poblacion->

- González F.M. Instrumentos de evaluación psicológica. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 311- 213 Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf
- Gutama Macas, S. C., & Pillacela Morocho, N. M. (2022). Estudio mixto de los niveles de depresión y su significado en jefes de hogar en familias de emigrantes de la parroquia Jima, periodo 2021. [Tesis de licenciatura, Universidad Politécnica Salesiana]. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/22664>
- Hoyos, K. C., Benítez, I. V., Urzola, A. U., Otero, C. R., & Bracamonte, Y. G. (2022). Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático TEPT y eventos asociados en víctimas del desplazamiento forzado en la ciudad de Montería. *Informes Psicológicos*, 22(1), 251-265.
- INEGI (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. México: Autor. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Médicos Sin Frontera (2024). *Violencia, desesperanza y abandono en la ruta migratoria*, México. Disponible en: https://www.msf.mx/wpcontent/uploads/2024/04/iram_2023_final_compressed-1.pdf
- Mghir, R. Freed, W. Raskin, A · et al. Depresión y trastorno de estrés postraumático en una muestra comunitaria de adolescentes y adultos jóvenes refugiados afganos. *J Enfermedad nerviosa*. 1995; 183 :24-30
- OIM. (2022). Informe sobre las migraciones en el mundo. Ginebra: Organización internacional para las migraciones. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>
- OMS (2024). Depresión. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- OPS. (2021). Salud de los migrantes internacionales. Hoja de resumen de la revisión de literatura científica. (Pdf).
- Ruggieri, V. (2020). Autismo, depresión y riesgo de suicidio. *Revista Medicina*, 80 (Supl. 2), 12-16. Recuperado el 20 de septiembre de 2024, de: [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000200004&lng=es&tlng=.](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000200004&lng=es&tlng=)
- Sánchez-López, N.E. (2019). Resiliencia y trastorno de estrés postraumático en inmigrantes de la Fundación Chamos Venezolanos en Ecuador. [Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico, Universidad Central del Ecuador]. Disponible en:

<https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e83053ca-2136-4899-b7dc-70673a8bfd08/content>

Siriwardhana, C., Ali, S. S, Roberts, B. et al. Una revisión sistemática de la resiliencia y los resultados de salud mental de los migrantes forzados adultos en situaciones de conflicto. *Confl Health* 8,13 (2014). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-13>

Starck A., Gutermann J., Schouler-Ocak M., Jesuthasan J., Bongard S. y Stangier U. (2020). La relación entre aculturación, eventos traumáticos y depresión en mujeres refugiadas.

Frente. Psicólogo. 11:906. doi:10.3389/fpsyg.2020.00906

Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP) (2021).

“Documentación y condición de estancia en México, 2019-2021”. Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias. Disponible en

http://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos

Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP) (2022). “Diagnóstico de la movilidad humana en Tamaulipas”. Disponible en

http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CPM/foros_regionales/estados/norte/info_diag_F_norte/diag_Tamaulipas.pdf

Villafañe, A., Milanesio, M. S., Marcellino, C. M., & Amodei, C. (2003). La evaluación del trastorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson. *Revista Evaluar*, 3(1), 80-93.

<https://doi.org/10.35670/1667-4545.v3.n1.608>

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimiento: Agradecimiento sincero a la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros-UAT

Autoestima y sexting en estudiantes universitarios

Self-esteem and sexting in university students

Alberto Aburto Rivera¹ - ORCID: 0009-0001-2428-2837

Joceline Villareal Huerta² - ORCID: 0009-0009-2299-3705

Laura Elena Escamilla Vázquez³ - ORCID: 0009-0005-8183-8087

José Ignacio Vargas Martínez^{4*} - ORCID: 0000-0003-2467-5806

Gloria Haydee Salas Ochoa⁵ - ORCID: 0009-0001-2719-4533

Jesús Alejandro Guerra Ordoñez⁶ - ORCID: 0000-0002-4587-3214

RESUMEN

Introducción: El desarrollo tecnológico en las aplicaciones móviles, transforma la forma de comunicarnos más avanzada en donde el uso, si no es el apropiado puede generar situaciones de riesgo en los estudiantes, debido al incremento en la actividad de enviar mensajes y contenido sexualmente explícito, donde su implicación social y emocional puede verse con repercusiones negativas. **Objetivo:** Determinar la relación entre autoestima y sexting en estudiantes universitarios. **Metodología:** el diseño de estudio fue descriptivo, correlacional y trasversal, la muestra estuvo conformada por 79 estudiantes escritos en el programa educativo de la institución de educación superior pública de la ciudad de H. Matamoros, Tamaulipas. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se aplicó una cédula de datos personales, la Escala de Conductas sobre Sexting y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y prueba de correlación de Spearman, previa aplicación de prueba de Kolmogorov Smirnov con correlación de Lilliefors. **Resultados:** El 25.3% (f=20) resultó con un nivel alto de autoestima, el 39.2% (f=31) nivel medio y el 35.4% (f=28) con nivel bajo. La puntuación promedio de las conductas sobre sexting fue de 11.06 (DE=16.66), en el factor de participación real en sexting fue de 4.88 puntos (DE=9.43), en el factor de disposición activa hacia el sexting de 4.31 puntos (DE=5.44) y en el factor de expresión emocional no se encontró relación estadísticamente significativa entre la autoestima y las conductas sobre sexting en la dimensión global y sus factores ($p > .05$) en los estudiantes universitarios. **Conclusiones:** En este estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la autoestima y el sexting. No obstante, estos resultados no son concluyentes, lo que subraya la necesidad de futuras investigaciones que analicen estas variables en estudiantes de nivel secundaria. Además, la alta proporción de baja autoestima observada resaltar la importancia de explorar los factores de riesgos asociados, con el objetivo de desarrollar intervenciones psicológicas específicas que promuevan su bienestar.

Palabras clave: Autoestima; sexting; estudiantes universitarios

ABSTRACT

Introduction: Technological development in mobile applications transforms the most advanced form of communication. If inappropriate, these applications can pose a risk to students due to the increased activity of sending sexually explicit messages and content, which can have negative social and emotional repercussions. **Objective:** To determine the relationship between self-esteem and sexting among university students. **Methodology:** The study design was descriptive, correlational, and cross-sectional. The sample consisted of 79 students enrolled in the educational program of a public higher education institution in H. Matamoros, Tamaulipas. A non-probabilistic convenience sampling method was used. A personal data form, the Sexting Behavior Scale (Chacón et al., 2016) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (Cárdenas et al., 2015) were applied. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation test, after application of the Kolmogorov Smirnov test with Lilliefors correlation. **Results:** 25.3% (f=20) showed a high level of self-esteem, 39.2% (f=31) medium level and 35.4% (f=28) low level of self-esteem. The mean score of sexting behaviors was 11.06 (SD=16.66), in the factor of actual



participation in sexting was 4.88 points (SD=9.43), in the factor of active disposition towards sexting was 4.31 points (SD=5.44). No statistically significant relationship was found between self-esteem and sexting behaviors in the global dimension or its factors ($p>.05$) among university students. **Conclusions:** In this study, no statistically significant relationship was found between self-esteem and sexting. However, these results are not conclusive, highlighting the need for future research analyzing these variables in secondary school students. Additionally, the high proportion of low self-esteem observed underscores the importance of exploring associated risk factors to develop specific psychological interventions that promote well-being.

Keywords: Self-esteem; sexting; college students.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la tecnología móvil ha transformado la manera en que nos comunicamos, permitiéndonos estar conectados globalmente a través de dispositivos cada vez más avanzados. Estos teléfonos modernos cuentan con diversas funciones y características que benefician a la sociedad. Asimismo, sobresalen por su accesibilidad y capacidad de interacción, facilitando la comunicación mediante llamadas y mensajes (Velasguí & Barona, 2019). La tecnología tiene muchos beneficios y elementos positivos, como las redes sociales, que son las más destacadas; no obstante, puede tener una parte negativa si no se utiliza de una forma apropiada y responsable. Una prueba de ello es el incremento de la actividad de enviar mensajes y contenido sexualmente explícito entre jóvenes, ya que no miden las repercusiones de sus actos, lo cual les causa diversas dificultades tanto sociales como emocionales (Arteaga, 2018).

La preocupación recae en que, al realizar esta actividad, los jóvenes también se exponen a ser víctimas de extorsión sexual o sextorsión, grooming o abuso sexual a través de la red. Estos agresores utilizan las redes sociales para hacerse pasar por un menor, y ganándose la confianza del joven hasta llegar al envío de imágenes de contenido sexual una vez que estas están en su poder, el agresor puede difundirlas, venderlas y continuar extorsionando al joven (Sánchez-Monge, 2022).

El sexting es un fenómeno en auge, más frecuente en las etapas de la adolescencia y la adultez temprana. Implica el envío de mensajes y/o contenido digital que combina diferentes tipos de medios, como imágenes, videos, audios y otros elementos visuales y auditivos relacionados con el sexo, a través de teléfonos inteligentes y plataformas digitales. Se ha planteado que no existe un consenso claro sobre su concepto; sin embargo, es evidente que la práctica del intercambio de mensajes y contenido sexualmente explícito a través de dispositivos electrónico constituye como un riesgo de acoso cibernético o extorsión sexual, cuyo objetivo

principal es obtener más material sexual explícito de la persona. Por esa razón, el fenómeno del sexting se convierte en un factor fundamental al diseñar programas de educación sexual para jóvenes (Lorente & Correo, 2021).

En los últimos años se han realizado investigaciones en las que se han reportado prácticas de sexting en porcentajes alarmantes. En un estudio realizado en España, se informó que el 39.2% de los participantes habían enviado, recibido e intercambiado contenido sexual (Monsalve & García, 2021). Respecto a la literatura en Latinoamérica, en Colombia se reportó que a menos el 15% habían enviado o reenviado contenido sexual, y el 24.8% lo había recibido en forma de fotos o videos. Además, el 29.4% de los jóvenes mostró conductas de sexting (Morillo et al., 2022). En el contexto mexicano, la literatura identificada es escasa. Sin embargo, Rodríguez-Otero y Cerros-Rodríguez (2021) encontraron una prevalencia de sexting activo del 53.6% y de sexting pasivo del 79.5%.

Es conveniente investigar la relación entre sexting y la autoestima, dado que existen pocos estudios al respecto. Se ha planteado que la autoestima es un factor protector o preventivo de una sexualidad sana (Cataño et al., 2008). Según González et al. (2018), la autoestima es la valoración que una persona hace de sí misma, influenciada por pensamientos, emociones y prácticas aprendidas a lo largo de su vida. Este aspecto se forma mediante el intercambio de opiniones de ideas y opiniones en su entorno familiar y social.

Una autoestima positiva facilita afrontar los retos diarios con eficacia, mientras que una autoestima baja puede asociarse con sentimientos de malestar, sufrimiento y decisiones poco acertadas. Considerando esto, el sexting también se asocia con malestar psicológico, ya que quienes lo practican podrían estar buscando una mayor validación o aceptación social. Algunos estudios han encontrado que los adolescentes con baja autoestima y altos niveles de neuroticismo tienden a involucrarse más en el sexting, mientras que aquellos con alta autoestima y mayor autocontrol son menos propensos a participar en dicha práctica. Esto puede explicarse, en parte, por la influencia de la presión social o el deseo de aceptación en quienes presentan una autoestima baja (Muñoz & Salas-Blas, 2024; Chacón-López et al., 2019).

Las investigaciones sobre autoestima reportan porcentajes inquietantes. En Perú, se informó que el 40.5% de los estudiantes presentaban niveles medios y bajos de autoestima (Chávez & Peralta, 2019); mientras que en Bolivia los resultados mostraron que el 58.8% de la muestra estudiada tenía autoestima en niveles medio y bajo (Durán & Crispín, 2020). En

México, solo el 15% presentó dificultades en la autoestima (Sesento & Lucio, 2019). En España no encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la autoestima y el sexting; sin embargo, estos resultados no han sido concluyentes, por lo que se ha recomendado continuar realizando investigaciones en otras universidades para contrastar y consensuar estos resultados (Chacón-López et al., 2019).

A través de la revisión de la literatura, es evidente que el sexting es un problema que se ha incrementado en los últimos años y que puede estar presente en cualquier etapa de la vida. En el caso de los universitarios, se ha reportado una prevalencia que varía entre el 30 y 80% de la población en diferentes países (Monsalve & García, 2021; Morillo et al., 2022; Rodríguez-Otero & Cerros-Rodríguez, 2021).

Para prevenir o atender la problemática del sexting, es necesario identificar los factores que se relacionan con su práctica. En este sentido, la presente investigación se propone la autoestima como un posible factor protector, cuya atención podría contribuir a la prevención o reducción del sexting. Por ello se plantea como objetivo de investigación: determinar la relación entre la autoestima y el sexting en estudiantes universitarios.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El diseño de estudio fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal.

Población, muestra y muestreo

La población del estudio estuvo conformada de 126 estudiantes inscritos en un programa educativo de una institución de educación superior pública. La muestra se calculó en base a poblaciones finitas, con un nivel de significancia del .05%, potencia del 90% y un coeficiente de correlación de 0.09%, considerando una tasa de no respuesta del 10% y un efecto de diseño de 1.5, o que resulto en una muestra de 79 participantes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia (Aguilar-Barojas, 2005).

Instrumentos

Para la caracterización de la muestra, se aplicó una cédula de datos personales que incluye edad, género y tipo de dispositivo que utiliza para el acceso a redes sociales. Para medir el sexting, se utilizó la escala de Conductas sobre Sexting, una escala likert con valores de 0 (nunca) a 4 (frecuentemente), que evalúa conductas relacionadas con el sexting desarrollada por

Chacón et al. (2016). Esta escala está compuesta por tres categorías: participación real en sexting, disposición activa hacia el sexting y expresión emocional en sexting.

Respecto a la participación real en sexting, el instrumento incluye cuestiones relativas a sexting activo (envío y respuesta de contenido) y al sexting pasivo (recepción de material). Para obtener los resultados de cada uno de los factores, se calcularán percentiles que posteriormente se transformarán en puntajes estandarizados. Los niveles se definirán de la siguiente forma para la participación real el nivel alto será de 12 a más, nivel regular de 2 a 11 y poco o nulo de 1 punto respectivamente, para la disposición activa el nivel alto será de 14 y más, nivel regular de 1 a 13 y poco o nula de 0 y la expresión emocional para el nivel alto 8 o más, regular 2 a 7 y poco o nula 1 donde el puntaje total de la escala se obtiene hasta 7 puntos para el nivel nulo o poca, de 8 a 28 nivel regular y 29 o más nivel alto. El alfa de Cronbach de dicha escala fue de 0.92. Asimismo, la fiabilidad del presente estudio se sitúa en el 0,86 (Rodríguez-Otero y Cerros-Rodríguez, 2021).

Para la variable autoestima, se utilizó la Escala de Autoestima de Rosemberg, validado por Cárdenas et al., (2015) con un alfa de Cronbach de 0.7. El instrumento está conformado por 10 ítems, presentando 4 opciones como respuesta, que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo). Para obtener los resultados, se realizó una sumatoria de los puntajes de los 10 ítems, siendo la puntuación máxima posible de 40 y la mínima de 10 puntos. Los niveles de autoestima se catalogan de a siguiente manera; alta, de 31 a 40 puntos; media de 21 a 30 puntos; y baja de 31 a 40 puntos.

El procedimiento de recolección de datos inicio con la evaluación y aprobación del proyecto por parte del director de tesis y asesores, quienes autorizaron gestionar los permisos necesarios. Posteriormente, mediante un oficio expedido por la Secretaría Académica de la UAMM-UAT, se solicitó a la Dirección el acceso a la población de estudio. Con los permisos obtenidos, se coordinó con la responsable de carrera la programación de fechas para la aplicación de los instrumentos. En cada sesión, se explicó el estudio, se aclararon dudas y se entregó el consentimiento informado. Tras verificar la firma de este documento, se aplicaron los instrumentos y, al finalizar, se revisó que estuvieran completamente respondidos, agradeciendo la participación de los estudiantes.

Consideraciones éticas y análisis de datos

De acuerdo con lo indicado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987 y actualizada en 2014), este estudio se apegó a los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de la salud. Según el Título Primero, Capítulo Único, Artículo 3, el cual indica que la investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos, así como la prevención y control de los problemas de salud.

Se garantizó la dignidad y el bienestar de los participantes. La investigación se ajustó a lo estipulado en el Título Segundo, referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13 y 14, fracciones V, VI y VII. En cumplimiento con estos lineamientos, se contó con la aprobación de las autoridades correspondientes para realizar el trabajo de campo. Asimismo, a cada participante se le brindó un trato amable, responsable y profesional en todo momento. De acuerdo con el capítulo 14 se obtuvo con un consentimiento informado firmado por cada estudiante. Conforme al Artículo 16, se garantizó la protección a la privacidad de los participantes, para lo cual se contó con un espacio designado para las personas estudiadas. Se ofreció al participante la comodidad y completa libertad de contestar, cuidando en todo momento la confidencialidad y el anonimato.

Para que el sujeto de estudio se sintiera cómodo, todas las pruebas se realizaron en un lugar seguro, tranquilo, buena iluminación y con el mayor grado de privacidad posible. Según la Fracción VI, se garantiza al participante la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de información. De acuerdo con la Fracción VII, se informará al participante sobre la libertad de retractarse de participar sin que esto afecte su condición dentro del grupo. En la Fracción VIII, se establece la protección la confidencialidad y el anonimato del sujeto, al no identificarlo por su nombre.

Los datos fueron procesados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 22. Para describir las características de la muestra y cumplir los objetivos descriptivos, se emplearon técnicas de estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, valores mínimos y máximos, media y desviación estándar.

Para responder al objetivo general, inicialmente se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors; en función de los resultados, se optó utilizar la prueba de

correlación de Spearman. Las correlaciones se consideraron significativas cuando el valor de p fue menor a .05 ($p < .05$).

RESULTADOS

Respecto a las características de la muestra, los resultados mostraron que el rango de edad predominante fue de 17 a 35 años, la edad promedio fue de 21.32 años ($DE=3.28$). El 59.5% se identificó con el género femenino y el 40.5% género masculino. El 97.5% refirió ingresar a las redes sociales a través del celular. La red social reportada con mayor frecuencia fue Facebook (96.2%), seguida de WhatsApp (87.3%), Twitter (20.3%), Snapchat (10.1%), Tinder (2.5%) y Grinder (1.3%).

En lo que respecta a la autoestima, el 25.3% presento un nivel alto, el 39.2% nivel medio y el 35.4% un nivel bajo. La puntuación promedio de la escala de autoestima fue de 26.01 ($DE=6.15$). En cuanto a la Escala de Conductas sobre Sexting la puntuación promedio global fue de 11.06 ($DE=16.66$). En el factor de participación real en sexting el promedio fue de 4.88 puntos ($DE=9.43$), en el factor de disposición activa hacia el sexting de 4.31 puntos ($DE=5.44$) y en el factor de expresión emocional en sexting fue de 1.68 puntos ($DE=2.71$) (véase Tabla 1).

Tabla 1.

Descriptivos de la autoestima y sexting en estudiantes de Licenciatura

Variable	Min	Max	Media	DE
Autoestima	10	40	26.01	6.15
Escala de conductas sobre Sexting	0	83	11.06	16.66
Participación real en sexting	0	51	4.88	9.43
Disposición activa hacia el sexting	0	27	4.31	5.44
Expresión emocional en sexting	0	10	1.68	2.71

En el análisis correlacional con la prueba de Spearman, se encontró que la autoestima no se relacionó con las conductas sobre sexting ($p > .59$). Asimismo, se efectuó un análisis correlacional entre la autoestima y los factores de las conductas sobre sexting y se encontró que no están relacionadas ($p > .05$) (véase Tabla 2).

Tabla 2.

Correlación de Spearman entre la autoestima y conductas sobre sexting

Variables	Autoestima	
	r_s	p
Escala de conductas sobre sexting	.061	.59
Participación real en sexting	.179	.114
Disposición activa hacia el sexting	.012	.91
Expresión emocional en sexting	.130	.255

DISCUSIÓN

En la presente investigación se comprobó empíricamente que la autoestima no está relacionada con las conductas sobre sexting, de acuerdo con la escala global y sus factores. Estos resultados son consistentes con lo reportado por otros autores, quienes, en un estudio realizado con universitarios de Granada, España, tampoco encontraron una relación estadísticamente significativa entre dichas variables. No obstante, recomendaron continuar con esta la línea de investigación en estudiantes universitarios de otros contextos (Chacón-López et al., 2019).

Una posible explicación para estos resultados es que esta actividad podría encontrarse en una etapa inicial de aparición, lo que dificultaría la observación directa de dichas conductas. Además, es posible que los jóvenes, por temor o vergüenza, no admitan el uso del sexting. Esto contrasta con otros estudios, donde las prevalencias de participación en estas prácticas son medianamente altas. Por lo tanto, estos hallazgos pueden servir como un punto de partida para estudiar más a fondo este fenómeno, considerando que, a futuro, podría convertirse en una actividad de alto riesgo, especialmente en adolescentes que no dimensionan las posibles consecuencias a futuro.

El análisis descriptivo de las variables permitió identificar que un poco más de un tercio de los estudiantes del programa de licenciatura que participaron en la investigación mostraron un nivel bajo de autoestima. Este hallazgo resulta preocupante, ya que supera los porcentajes reportados en otras investigaciones, como las realizadas en estudiantes del programa de

enfermería (Chávez & Peralta; 2019), medicina (Durán & Crispín, 2020) y educación física (Lozano & Gutiérrez; 2022), donde se identificaron menores niveles de autoestima baja.

Esto podrían sentar un precedente importante, ya que una autoestima baja podría predisponer a los jóvenes a involucrarse en conductas de riesgo, como el sexting. En este contexto, es posible que algunos estudiantes, al tener una percepción negativa de si mismos, busquen validar su autoestima a través de estas conductas, lo cual podría derivar en situaciones que comprometan su salud mental y emocional.

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación respecto a la autoestima de los estudiantes, es importante continuar realizando investigaciones en esta población para identificar las variables relacionadas y predictivas, lo que permitirá el diseño de intervenciones a fortalecer la autoestima en este grupo que ha mostrado signos de vulnerabilidad.

En cuanto a las conductas sobre sexting, tanto en la escala global como en los factores de participación real, disposición activa y expresión emocional, se obtuvieron puntuaciones bajas, lo que indica una baja participación, disposición y expresión emocional en estas prácticas. Sin embargo, esto no debe interpretarse como una ausencia total del fenómeno. Por el contrario, los resultados sugieren que, aunque sea a menor proporción, algunos jóvenes si están participando en estas actividades, lo cual, a mediano o largo plazo, podría afectar su salud mental, especialmente si no son conscientes de debido los riesgos futuros que implica este tipo de conductas.

Desde la perspectiva del área de la psicología, estas conductas representan una importante oportunidad de intervención, ya que permiten diseñar estrategias enfocadas en la protección de la privacidad a los jóvenes que podrían verse involucrados en situaciones de riesgo. Es fundamental considerar que las personas mal intencionadas podrían aprovecharse de ellos o ellas para obtener beneficios propios, a costa de su bienestar. Por ello, se hace necesario implementar programas psicoeducativos que informen sobre el sexting y sus consecuencias, tanto a corto como a largo plazo.

CONCLUSIONES

Esta investigación permitió determinar que, en la población de estudiantes del programa de Licenciatura, la autoestima y las conductas de sexting no mostraron relación estadísticamente significativa. No obstante, estos resultados no deben considerarse concluyentes. Sería relevante

replicar este tipo de estudios en poblaciones más jóvenes como adolescentes de nivel secundaria, etapa en la que se encuentran en la búsqueda de identidad con sus pares o grupos de amistad, lo cual puede conducirlos a involucrarse en situaciones de alto riesgo.

Asimismo, la alta proporción de estudiantes con autoestima baja resalta la necesidad de profundizar en esta línea de investigación, analizando la autoestima y sus factores de riesgo en estudiantes de nivel superior. Esto permitirá diseñar intervenciones psicológicas focalizadas, que atiendan factores específicos y que contribuyan al fortalecimiento del bienestar emocional en esta población.

REFERENCIAS

- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 333-338.
<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=34055>
- Arteaga, S. (2018, 28 de febrero). El sexting, en aumento entre los adolescents: 3 de cada 10 lo practica. *ComputerHoy*. <https://computerhoy.com/noticias/internet/sextingaumento-adolescentes-3-cada-10-practica-76701>
- Cárdenas, D. J., Villagrán, K. L., Cárdenas, S. J., & Guzmán, B. Q. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 5(1), 18-22.
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/55207>
- Cataño, D., Restrepo, S. A., Portilla, N. D., & Ramírez, H. D. (2008). Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. *Investigación Andina*, 10(16), 57-66. <https://doi.org/10.33132/01248146.208>
- Chacón, H., Romero, J., Aragón, Y., & Caurcel, M. (2016). Construcción y validación de la escala de conductas sobre sexting (ECS). *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27(2), 99-115. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.27.num.2.2016.17116>
- Chacón-López, H., Caurcel-Cara, M. J., & Romero-Barriga, J. F. (2019). Sexting en universitarios: relación con edad, sexo y autoestima. *Suma Psicológica*, 26(1), 1-8.
<http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2019.v26.n1.1>

- Chávez, J. R., & Peralta, R. Y. (2019). Estrés académico y autoestima en estudiantes de enfermería, Arequipa-Perú. *Revista de ciencias sociales*, 25(1), 384-399.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7113737>
- Durán Calle, J. J., & Crispin Nina, D. (2020). Influencia de la autoestima en el rendimiento académico de estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Mayor de San Andrés. *Revista médica la paz*, 26(2), 9-15.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10083140>
- González, S. I., Pérez, S. O. R., & Piñeda, A. J. (2018, noviembre). La familia en la potenciación de la autoestima en los hijos e hijas. *Caribeña de Ciencias Sociales*.
<https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/11/familia-autoestima-hijos.html>
- Lorente, L. M., & Correo, E. G. T. (2021). Prevalencia del sexting en adultos jóvenes universitarios: motivación y percepción del riesgo. *Psychology, Society & Education*, 1(2), 99-114. <https://repositorio.ual.es/handle/10835/10429>
- Lozano, G. R., & Gutiérrez, H. O. (2022). Autoestima profesional y actividad física en estudiantes de la educación física de la UNSCH. *Llimpi*, 2(2), 25–31.
<https://doi.org/10.54943/lree.v2i2.237>
- Monsalve, L., & García, E. (2021). Prevalencia del sexting en adultos jóvenes universitarios: motivación y percepción del riesgo. *Psychology, Society & Education*, 1(2), 99-114.
<https://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/3482>
- Morillo, S., Hernández, I. N. R., & López, G. C. H. (2022). Evaluación empírica del sexting y las actividades rutinarias de los adolescentes en Colombia. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 17(2), 285-304. <https://doi.org/10.14198/OBETS2022.17.2.07>
- Muñoz, G., & Salas-Blas, E. (2024). Búsqueda de sensaciones, autoestima y sexting en universitarios de Lima Metropolitana. *Rev. Digit. Invest. Docencia Univ.* 18(2).
<http://dx.doi.org/10.19083/ridu.2024.1956>
- Rodríguez-Otero, L. M., & Cerros-Rodríguez, E. (2021). El sexting como vía de materialización de la violencia: prácticas y consecuencias en alumnado universitario de Nuevo León y Jalisco. *Revista Criminalidad*, 63(3), 203-214. <https://doi.org/10.47741/17943108.305>
- Sánchez-Monge, M. (2022, septiembre 15). *Los riesgos del sexting que deben conocer los adolescentes*. *Cuídate plus*.

<https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/pareja/2022/09/15/riesgos-sexting-deben-conocer-adolescentes-180033.html>

Secretaría de la Salud (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación.

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Sesento, L., & Lucio, R (2019). Estudio sobre autoestima de estudiantes de nivel superior Study on self-esteem of upper level students. *Revista de Gestión Universitaria*. 3(9). 15-20.

DOI: 10.35429/JUM.2019.9.3.15.20

Velasteguí, L. E., & Barona, L. G. (2019). El avance en la tecnología móvil y su impacto en la sociedad. *Explorador Digital*,2(4). 5-19.

<https://doi.org/10.33262/exploradordigital.v2i4.337>

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Factores relacionados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial asistentes a una institución prestadora de servicios de salud especializada del norte de Colombia

Factors related to therapeutic adherence in patients with arterial hypertension attending a specialized health service provider institution in northern Colombia

Yolima Judith Llorente Pérez¹ - ORCID: 0000-0002-7077-6010

Jorge Luis Herrera Herrera^{2*} - ORCID: 0000-0001-9738-6891

María Claudia Hernández López³ - ORCID: 000-0003-9698-6542

RESUMEN

Introducción: La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional que depende de la interacción de cinco factores o dimensiones, los cuales permiten que, tanto la conducta de un paciente como su adherencia a los regímenes terapéuticos, puedan verse influenciados por creencias subjetivas sobre las enfermedades crónicas. **Objetivo:** Identificar los factores relacionados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial asistentes a una Institución Prestadora de Servicios de Salud especializada. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, de tipo descriptivo con intención analítica. La muestra estuvo conformada por 331 personas que asistieron a la Institución Prestadora de Servicios de Salud, ubicada en la ciudad de Montería, Colombia. Como variable de resultado se obtuvo el nivel de adherencia terapéutica y los factores relacionados. Para medir la adherencia se aplicó la “Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos” y, para los factores potencialmente relacionados con este constructo, se consideraron la edad, sexo, estado civil, grado de escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico; información que fue recolectada a través de una cédula de datos. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y análisis bivariado. **Resultados:** Para la adherencia terapéutica, se obtuvo una mediana de 74 (RIC: 70-77). Con respecto a los factores que pueden estar relacionados con la adherencia terapéutica, se encontró que el sexo presentó diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$), las mujeres obtuvieron medianas (Mediana 75 /RIC 70 – 79) de puntajes superiores a los de los hombres. Para la ocupación se observó que las medianas de puntaje de la adherencia terapéutica fueron más altas en las amas de casa (Mediana 76 / RIC 70.5 – 79). **Conclusión:** Las mujeres tienen mejor adherencia terapéutica que los hombres. Además, el tipo de ocupación y la escolaridad tuvieron relación estadística, resultados que fueron analizados por las diferentes subcategorías de la escala.

Palabras clave: Adherencia al Tratamiento; Hipertensión; Enfermedad Crónica

ABSTRACT

Introduction: Therapeutic adherence is a multidimensional phenomenon that depends on the interaction of five factors or dimensions, which allow both a patient's behavior and adherence to therapeutic regimens to be influenced by subjective beliefs about chronic diseases. **Objective:** To identify factors related to therapeutic adherence in patients with arterial hypertension attending a specialized Health Care Provider Institution. **Methodology:** A quantitative, observational, descriptive and analytical study was carried out. The sample consisted of 331 people who attended the Health Services Provider Institution, located in the city of Monteria, Colombia. The outcome variable was the level of therapeutic adherence and related factors. To measure adherence, the “Scale of therapeutic adherence for patients with chronic diseases, based on explicit behaviors” was applied and, for the factors potentially related to this construct, age, sex, marital status, level of schooling, occupation, and socioeconomic level were considered;

1 Profesor titular. Universidad de Córdoba. Programa de Enfermería, Montería, Colombia. 2* Profesor titular. Universidad de Córdoba. Programa de Enfermería, Montería, Colombia y Autor de correspondencia, email: jluisherrera@correo.unicordoba.edu.co. 3 Jefe de área de investigación. Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Montería, Colombia.



information was collected through a data questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and bivariate analysis. **Results:** For therapeutic adherence, a median of 74 (RIC: 70-77) was obtained. With respect to the factors that may be related to therapeutic adherence, it was found that sex presented statistically significant differences ($p=0.001$), with women obtaining median scores (Median 75 /RIC 70 - 79) higher than those of men. For occupation, it was observed that the median therapeutic adherence scores were higher in housewives (Median 76 / RIC 70.5 - 79). **Conclusion:** Women exhibit better adherence than men. In addition, both occupation type and educational level showed statistical relationships—results that were analyzed across the different subcategories of the scale.

Keywords: Treatment Adherence; Hypertension; Chronic Disease.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2003) define la adherencia terapéutica como un fenómeno multidimensional que depende de la interacción de cinco dimensiones, los cuales permiten que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponda con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Entre las dimensiones definidas por la OMS ([OMS], 2003), se tienen las relacionadas con la enfermedad (complejidad de los síntomas, comorbilidades, depresión), las relacionadas con el tratamiento (polifarmacia, efectos secundarios de la medicación, complejidad del tratamiento), las relacionadas con el paciente (falta de comprensión de la enfermedad, dependencia), los aspectos socioeconómicos (acceso limitado al sistema de salud, costos de las terapias, inexistencia de red de apoyo), y las relacionadas con el sistema de salud o el equipo de salud (ausencia de estrategias de alfabetización en salud, fragmentación de la atención sanitaria, pocas habilidades comunicativas).

El reconocimiento de las dimensiones citadas cambió el panorama previo, en el que se creía que la adherencia terapéutica dependía únicamente de la persona. Estudios evidencian factores que pueden influir en la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Entre los factores encontrados se tienen la edad, el sexo, la escolaridad, la ocupación, entre otros (Parra et al., 2019; Ramos-Morales, 2015).

La adherencia terapéutica también puede verse influenciada por creencias subjetivas sobre las enfermedades crónicas (González-Valdés, 2004; Shahin et al., 2019); situación que pone de manifiesto la necesidad de que el equipo de salud tenga en cuenta la percepción, el conocimiento y la comprensión que los pacientes tienen sobre su enfermedad (Carratalá-Munuera et al., 2022; Jaramillo-Echeverri et al., 2004).

La literatura consultada muestra cómo las cifras asociadas a la adherencia terapéutica vislumbran un panorama preocupante en materia de salud pública. Se estima que, en los países de ingresos altos, la tasa de adherencia a los tratamientos a largo plazo es del 40 % al 50 %, mientras que para los tratamientos a corto plazo es del 70 % al 80 % (González-Valdés, 2004).

Además, en lo que respecta a las medidas dietéticas y de salud, la tasa de cumplimiento es solo del 20 % al 30 % (Lin et al., 2008; Márquez-Contreras et al., 2008). En los países de ingresos bajos y medianos, se supone que la magnitud y el impacto de la mala adherencia son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las desigualdades en el acceso a la atención médica (Ortega-Cerda et al., 2018).

Continuando con el análisis de este fenómeno, al revisar su comportamiento en personas con hipertensión arterial, se evidencia que estas no escapan a la problemática aquí descrita. En este sentido, diversos autores han señalado que las tasas de adherencia terapéutica en personas con este diagnóstico no alcanzan el 50 % (Conte et al., 2020; Hernández Quintero et al., 2021; Lozada-Zapata et al., 2023). En cuanto a los factores asociados, estudios indican que hay pacientes que se adhieren parcialmente al tratamiento y que perciben la necesidad de apoyo instrumental e informacional, identificándose dificultades en la adhesión al tratamiento antihipertensivo (Pomares-Avalos et al., 2020). Se destacan otros factores asociados como la edad, el grado de escolaridad, el sexo, el tiempo de padecimiento y/o aspectos económicos relacionados con la adherencia terapéutica (Abegaz et al., 2017; Gavrilova et al., 2019). Esta ha sido ampliamente analizada en términos económicos; sin embargo, su importancia y sus repercusiones sobre las situaciones de salud han sido subvaloradas (Dalal et al., 2021; Martín Alfonso, 2006).

Por otra parte, la OMS reporta que, a nivel mundial, 1280 millones de adultos entre 30 y 79 años presentan hipertensión arterial, siendo la mayoría originarios de países con ingresos bajos y medianos. Asimismo, indica que menos de la mitad de los adultos hipertensos reciben diagnóstico y tratamiento, y que solo uno de cada cinco tiene la enfermedad bajo control (OMS, 2023). Este panorama resulta desalentador si se considera que dicha patología incrementa considerablemente el riesgo de desarrollar enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica, lo cual se traduce en tasas más altas de mortalidad. El diagnóstico y tratamiento oportuno pueden reducir los riesgos asociados y mejorar

el pronóstico a corto y largo plazo de las personas que padecen esta enfermedad (Shalaeva & Messerli, 2023).

Ante lo descrito, se desarrolló la presente investigación, cuyo objetivo es identificar los factores relacionados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial asistentes a una Institución Prestadora de Servicios de Salud especializada. Se espera que los hallazgos puedan ser utilizados en el diseño de intervenciones enfocadas en el mejoramiento de la adherencia terapéutica en esta población, teniendo en cuenta que la evidencia señala una asociación entre la falta de cumplimiento y la obtención de resultados desfavorables en salud.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional de tipo descriptivo con intención analítica, que permitió determinar la adherencia terapéutica y los factores relacionados en pacientes con hipertensión arterial que asistían a una IPS especializada

Población, muestra y muestreo

Para el desarrollo de la investigación, se incluyeron personas de 18 años o más, diagnosticadas con hipertensión arterial y asistentes activos al programa (Hipertensión arterial) y se excluyeron a los pacientes hospitalizados o con atención domiciliaria. La muestra se calculó mediante el programa estadístico STATA, con un 95 % de confiabilidad, y estuvo conformada por 331 adultos. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Instrumentos

Para la medición de la adherencia terapéutica se utilizó la “Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos”, la cual cuenta con un índice de fiabilidad Alfa de Cronbach de 0.91. La escala contiene 21 ítems, cada uno se presenta con puntuaciones de 0 a 100, en la que el paciente indica, en términos porcentuales, la efectividad de su comportamiento. Esta herramienta arroja un puntaje general de adherencia terapéutica, obtenido mediante la suma de los puntajes máximos de cada subescala. Tiene 3 subescalas: control de ingesta de medicamentos y alimentos (evalúa el grado en que el paciente sigue las instrucciones para la ingesta de medicamentos y alimentos); seguimiento médico conductual (mide la presencia de conductas efectivas de cuidado de la salud); y

autoeficacia (evalúa la medida en que el paciente cree que sus acciones benefician su salud). A mayor proximidad al valor de 100, mayor es la adherencia del paciente.

Como factores potencialmente relacionados con la variable dependiente (adherencia terapéutica y las subcategorías de la escala), se consideraron la edad, sexo, grado de escolaridad y ocupación. La información fue recolectada a través de una cédula de datos diseñada por los investigadores.

Consideraciones éticas

La investigación fue avalada por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Sinú, según el acta número CEI-02 de febrero de 2022, sede Montería; y se clasificó como de riesgo mínimo para los participantes, conforme a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (1993). Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada uno de los participantes del estudio.

En lo que respecta al análisis de los datos, en primer lugar, estos fueron ingresados en una base de datos construida en Microsoft Excel y posteriormente analizados en Jamovi 2.2.2. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas; para las variables cuantitativas se determinó su distribución mediante la prueba de Shapiro-Wilk (normal o no normal). En el caso de las variables con distribución normal se utilizó la media con su desviación estándar; en caso contrario, se emplearon la mediana y los rangos intercuartílicos. Para el análisis de relación entre variables se aplicaron las pruebas de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y la correlación de Spearman

RESULTADOS

En el estudio participaron un total de 331 adultos que cumplían con los criterios de elegibilidad, con una edad promedio de 67 años (DE= 11.07 años). El 54.08 % (f= 179) de los pacientes eran hombres y el 45.92% (f= 152) mujeres. En cuanto a la adherencia terapéutica, se obtuvo una mediana de 74 (RIC: 70-77). En las subescalas, la mediana en la de medicamentos fue de 68 (RIC: 61-75), en la médico-conductual fue de 61 (RIC: 50-68) y en autoeficacia, de 54 (RIC: 46-61) (Tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas y adherencia terapéutica

Variable	n=331	%
Edad - años (Med-DE)	67 ± 11,07	
Escolaridad		
Bachillerato completo	38	11.48
Bachillerato incompleto	20	6.04
Primaria completa	93	28.10
Primaria incompleta	168	50.76
Técnico	2	0.60
Profesional	7	2.11
Tecnólogo	3	0.91
Ocupación		
Ama de casa	119	35.95
Dependiente	16	4.83
Independiente	76	22.96
No trabaja	120	36.25
Adherencia Terapéutica (Me-RIC)	74	70-77
Medicamentos (Me-RIC)	68	61-75
Medico conductual (Me-RIC)	61	50-68
Autoeficacia (Me-RIC)	54	46-61

Nota: Med: media; Me: mediana; RIC: rango intercuartílico; DE: desviación estándar

Con respecto a los factores que pueden estar relacionados con la adherencia terapéutica, se encontró que el sexo presentó diferencias estadísticamente significativas, siendo las mujeres quienes obtuvieron medianas de puntajes superiores a los hombres. Por otro lado, en la variable ocupación se observó que las medianas de puntaje de la adherencia terapéutica fueron más altas en las amas de casa (Tabla 2).

Tabla 2

Factores relacionados a la adherencia terapéutica

Variables	Categorías	Mediana	RIC	Valor p*
Adherencia terapéutica				
Sexo	Hombre	74	69-76	0.001*
	Mujer	75	70-79	
Ocupación	Ama de casa	76	70.5-79	0.001**
Subescala: Medicamentos				
Sexo	Hombre	68	61-71	0.001*
	Mujer	71	64-76	
Ocupación	Ama de casa	71	64-77	0.001**
Edad (Rho)		-0.13		0.013***
Subescala: Médico conductual				
Sexo	Hombre	57	46-66	0.004*
	Mujer	61	50-68	
Ocupación	Ama de casa	61	54-71	0.011**
Escolaridad	Técnico	68	55.5-76.5	0.001**
Subescala: Autoeficacia				
Sexo	Hombre	54	43-61	0.004*
	Mujer	57	46-61	
Ocupación	Ama de casa	54	46-61	0.03**

Nota: *U de Mann Whitney; ** Kruskal-Wallis, ***Spearman's Rank-Order Correlation

De acuerdo con las subescalas, en la de medicamentos las mujeres mantuvieron la tendencia de presentar medianas más altas (71) en comparación con los hombres (68), y las amas de casa obtuvieron mayores puntajes en esta categoría en relación con otras ocupaciones. En esta misma subescala, se identificó una correlación negativa: a mayor edad, menor puntuación de adherencia (Tabla 2).

En la subescala médico-conductual, las mujeres y las amas de casa obtuvieron una mediana de puntaje de 61. Un hallazgo significativo para esta misma subescala fue la escolaridad, ya que las personas con estudios técnicos presentaron medianas de puntuación superiores (68). En cuanto a la subescala de autoeficacia, las mujeres continuaron obteniendo los puntajes más altos, al igual que las amas de casa.

DISCUSIÓN

Algunos de los factores que afectan la adherencia son socioeconómicos, relacionados con el sistema de salud, el tratamiento, la patología o las características propias del paciente (Dalal et al., 2021). No existe una intervención universal y permanente que sea eficaz para mejorar la adherencia, por lo que se recomienda individualizar las estrategias para cada paciente (Holguín et al., 2006; Pagès-Puigdemont et al., 2018). En nuestro estudio se evidenció que las mujeres presentaron medianas de adherencia superiores a las de los hombres, tanto en la adherencia total como en cada una de las subcategorías (medicamentos, médico-conductual y autoeficacia). Estos resultados difieren de lo reportado por otros autores, quienes han documentado una mayor adherencia en hombres (Consolazio et al., 2022), así como una mayor incidencia de incumplimiento terapéutico en mujeres (Foley et al., 2021).

Sin embargo, otras investigaciones que analizaron la posible influencia de variables sociodemográficas, como el género, en el comportamiento del constructo de adherencia terapéutica en personas con enfermedades crónicas no transmisibles, concluyeron que no existe suficiente evidencia para afirmar una asociación entre esta variable y dicho constructo (Venditti et al., 2023). En la misma línea, un metaanálisis que evaluó la adherencia a la medicación para reducir la presión arterial mediante métodos de autoinforme no encontró relación entre el sexo y la adherencia, una vez ajustados los factores de confusión (Biffi et al., 2020).

Una de las características sociodemográficas identificadas en la literatura como relacionada con la adherencia es la edad (Benavides et al., 2013); algunos reportes indican que las personas mayores tienden a adoptar mejores conductas de salud orientadas al logro de la adherencia terapéutica (Religioni et al., 2025). En esta misma línea, se ha señalado que los pacientes más jóvenes pueden presentar una mayor prevalencia de incumplimiento de las indicaciones prescritas por el equipo de salud (Religioni et al., 2025). Sin embargo, en el presente estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa con la adherencia total, hallazgo que difiere de lo anteriormente reportado.

En cuanto al nivel educativo, este es un aspecto que va más allá de lo académico, ya que algunos estudios han mostrado una relación entre la educación y el estrato socioeconómico (García-Reza et al., 2012), además de incluir factores como las brechas en salud. Se ha descrito que las personas con un bajo nivel de formación presentan menores niveles de adherencia,

especialmente en el caso de enfermedades crónicas como la hipertensión (Sabio et al., 2018; Vargas-Negrín, 2014).

En el presente estudio, los pacientes que presentaron mejores medianas de puntaje en la escala de adherencia fueron aquellos con algún grado de formación tecnológica, especialmente en la dimensión médico-conductual. Este hallazgo guarda similitud con lo reportado en una revisión sistemática que evaluó la efectividad de intervenciones educativas para mejorar la adherencia a la medicación en adultos mayores con enfermedad coronaria, concluyendo que el desenlace principal de los estudios fue la mejora en la adherencia (Xu et al., 2025). Esta situación podría explicarse por la capacidad de los participantes para leer, escribir y utilizar tecnologías de la información, lo cual facilita la apropiación de los conceptos entregados.

De otra parte, es preciso anotar que la adherencia terapéutica es un problema de salud pública que conlleva consecuencias negativas y puede resultar en el abandono del tratamiento, estancias hospitalarias más prolongadas, complicaciones y un aumento en los costos de atención en salud (Holgún et al., 2006). En países desarrollados, se estima que al menos la mitad de los pacientes con tratamientos crónicos no son adherentes (Cisneros, 2006). En el presente estudio, se encontró

Algunos reportes han señalado que, dentro de los componentes de la adherencia, la autoeficacia es un aspecto clave, ya que se ha asociado con un mayor estímulo para que el paciente mantenga comportamientos adherentes (Quiñones et al., 2018). Las estrategias no deben centrarse únicamente en el consumo de fármacos, sino también en promover la educación y otras intervenciones combinadas (Ibrahim et al., 2011). Finalmente, es necesario que en el futuro se diseñen y realicen estudios que permitan determinar relaciones de causalidad y que evalúen a largo plazo la asociación entre la adherencia, las complicaciones crónicas y la mortalidad.

CONCLUSIONES

Los hallazgos han resaltado información relevante sobre el fenómeno de la adherencia terapéutica, el cual es complejo y está influenciado por diversos factores. Se encontró que las mujeres presentan una mejor adherencia que los hombres. Además, variables como el tipo de ocupación y el nivel de escolaridad mostraron una relación estadísticamente significativa, resultados que fueron analizados a través de las diferentes subcategorías de la escala utilizada.

Finalmente, los resultados aquí presentados y su contraste con la literatura evidencian un panorama ambiguo que confirma que la adherencia es un constructo multifactorial, posiblemente influenciado por el contexto en el que se encuentra la persona. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de continuar desarrollando abordajes investigativos que no solo profundicen en el entendimiento de este fenómeno, sino que también impulsen intervenciones complejas, lideradas por el personal de enfermería, orientadas al mejoramiento de la adherencia en personas con enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión.

REFERENCIAS

- Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S., & Elnour, A. A. (2017). Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96(4). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641>
- Alfonso, L. M., & Abalo, J. A. G. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89–99. <https://doi.org/10.25009/PYS.V14I1.869>
- Benavides, V. A., Rosero, L. J., Rendón, S. M., Valenzuela, A. M., Pérez, E. A., & Mafla, A. C. (2013). Determinantes de adherencia al tratamiento antihipertensivo de adultos ≥ 35 años de edad. *Universidad y Salud*, 15(2), 136–149. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2358>
- Biffi, A., Rea, F., Iannaccone, T., Filippelli, A., Mancina, G., & Corrao, G. (2020). Sex differences in the adherence of antihypertensive drugs: a systematic review with meta-analyses. *BMJ open*, 10(7). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2019-036418>
- Carratalá-Munuera, C., Cortés-Castell, E., Márquez-Contreras, E., Castellano, J. M., Perez-Paramo, M., López-Pineda, A., & Gil-Guillen, V. F. (2022). Barriers and Solutions to Improve Therapeutic Adherence from the Perspective of Primary Care and Hospital-Based Physicians. *Patient preference and adherence*, 16, 697–707. <https://doi.org/10.2147/PPA.S319084>
- Cisneros, N. S. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 14(3), 98–101.
- Consolazio, D., Gattoni, M. E., & Russo, A. G. (2022). Exploring gender differences in medication consumption and mortality in a cohort of hypertensive patients in Northern

- Italy. BMC Public Health, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12889-022-13052-9/FIGURES/4>
- Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B., Toro, J., Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B., & Toro, J. (2020). La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de la OFIL*, 30(4), 313–323. <https://doi.org/10.4321/S1699-714X2020000400011>
- Dalal, J. J., Kerkar, P., Guha, S., Dasbiswas, A., Sawhney, J. P. S., Natarajan, S., Maddury, S. R., Kumar, A. S., Chandra, N., Suryaprakash, G., Thomas, J. M., Juvale, N. I., Sathe, S., Khan, A., Bansal, S., Kumar, V., & Reddi, R. (2021). Therapeutic adherence in hypertension: Current evidence and expert opinion from India. *Indian heart journal*, 73(6), 667–673. <https://doi.org/10.1016/J.IHJ.2021.09.003>
- Foley, L., Larkin, J., Lombard-Vance, R., Murphy, A. W., Hynes, L., Galvin, E., & Molloy, G. J. (2021). Prevalence and predictors of medication non-adherence among people living with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 11(9). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-044987>
- Forero Villalobos, J., Hurtado Castillo, Y., Barrios Araya, S., Forero Villalobos, J., Hurtado Castillo, Y., & Barrios Araya, S. (2017). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 20(2), 149–157. <https://doi.org/10.4321/S2254-288420170000200008>
- García-Reza, C., Landeros López, M., Gollner Zeitoune, R. C., Solano-Solano, G., Ávila, L. A., Morales, M., & Pilar, D. (2012). Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial - contribución de enfermería. *Revista Cuidarte*, 3(1), 280–286. <https://doi.org/10.15649/CUIDARTE.V3I1.22>
- Gavrilova, A., Bandere, D., Rutkovska, I., Šmits, D., Mauriņa, B., Poplavska, E., & Urtāne, I. (2019). Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(11). <https://doi.org/10.3390/MEDICINA55110715>
- González Valdés, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso Salud-Enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2). <https://www.studocu.com/es/document/universidad-pontificia-de-salamanca/hecho->

religioso-y-fe-cristiana/teresa-l-gonzalez-valdes-las-creencias-religiosas-y-su-relacion-con-el-proceso-salud-enfermedad/14911424

- Hernández Quintero, L., Crespo Fernández, D. A., Trujillo Cruz, L., Hernández Quintero, L. M., & Azcuy Pérez, M. (2021). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Finlay: revista de enfermedades no transmisibles*, ISSN 2221-2434, Vol. 11, No. 3, 2021, págs. 279-286, 11(3), 279–286.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9884574&info=resumen&idioma=ENG>
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535–548.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Ibrahim, A. R., Eliasson, L., Apperley, J. F., Milojkovic, D., Bua, M., Szydlo, R., Mahon, F. X., Kozlowski, K., Paliompeis, C., Foroni, L., Khorashad, J. S., Bazeos, A., Molimard, M., Reid, A., Rezvani, K., Gerrard, G., Goldman, J., & Marin, D. (2011). Poor adherence is the main reason for loss of CCyR and imatinib failure for chronic myeloid leukemia patients on long-term therapy. *Blood*, 117(14), 3733–3736.
<https://doi.org/10.1182/BLOOD-2010-10-309807>
- Jaramillo Echeverri, L. G., Pinilla Zuluaga, C. A., Duque Hoyos, M. I., & González Duque, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, ISSN 1132-1296, Año 13, No. 46, 2004, págs. 29-33, 13(46), 29–33.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1013337>
- Lin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M. Sen, & Li, S. C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient’s perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1), 269. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S1458>
- Lozada Zapata, A., Piscocoya, J., Shiraishi Zapata, C., & Mendieta Albañil, W. (2023). Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. *Revista de Salud Pública*, 22(6), 618–625. <https://doi.org/10.15446/RSAP.V22N6.88007>

- Márquez Contreras, E., Gil Guillén, V., Casado Martínez, J. J., Martel Claros, N., De La Figuera Von Wichmann, M., Martín De Pablos, J. L., Atienza Martín, F., Gros García, T., & Espinosa García, J. (2008). Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Atencion Primaria*, 38(6), 325. <https://doi.org/10.1157/13093369>
- Martín Alfonso, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3), 0–0.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993, octubre 4). Resolución 8430 de 1993 de Colombia.
https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_8430_de_1993.aspx#/
- Organización Mundial de la Salud. (2023, marzo 16). Hipertensión.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., Ortega Legaspi, J. M., Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226–232.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Pagès-Puigdemont, N., Valverde-Merino, M. I., Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(4), 251–258. <https://doi.org/10.30827/ARS.V59I4.7357>
- Parra, D. I., Romero Guevara, S. L., Rojas, L. Z., Parra, D. I., Romero Guevara, S. L., & Rojas, L. Z. (2019). Influential Factors in Adherence to the Therapeutic Regime in Hypertension and Diabetes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(3), 2216–0280.
<https://doi.org/10.17533/UDEA.IEE.V37N3E02>
- Pomares Avalos, A. J., Benítez Rodríguez, M., Vázquez Núñez, M. A., & Santiesteban Alejo, R. E. (2020). Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Quiñones, Á., Ugarte, C., Chávez, C., & Mañalich, J. (2018). Variables psicológicas asociadas a adherencia, cronicidad y complicaciones en pacientes con diabetes mellitus Tipo 2. *Revista Médica de Chile*, 146(10).
<https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/6824>
- Ramos Morales, L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev. cuba. angirol. cir. vasc.*, 175–189.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006
- Religion, U., Barrios-Rodríguez, R., Requena, P., Borowska, M., & Ostrowski, J. (2025). Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 61(1).
<https://doi.org/10.3390/MEDICINA61010153>
- Sabio, R., Juan, C., & Valdés, V. (2018). Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3), 1233.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Shahin, W., Kennedy, G. A., & Stupans, I. (2019). The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: a systematic review. *Patient preference and adherence*, 13, 1019–1035. <https://doi.org/10.2147/PPA.S212046>
- Shalaeva, E. V., & Messerli, F. H. (2023). What is resistant arterial hypertension? *Blood pressure*, 32(1). <https://doi.org/10.1080/08037051.2023.2185457>
- Vargas Negrín, F. (2014). Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 6(1), 5–7. <https://doi.org/10.4321/S1889-836X2014000100002>
- Venditti, V., Bleve, E., Morano, S., & Filardi, T. (2023). Gender-Related Factors in Medication Adherence for Metabolic and Cardiovascular Health. *Metabolites*, 13(10).
<https://doi.org/10.3390/METABO13101087>
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies : evidence for action. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- Xu, M., Lo, S. H. S., Miu, E. Y. N., & Choi, K. C. (2025). Educational programmes for improving medication adherence among older adults with coronary artery disease: A

systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 161.
<https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2024.104924>

Zulkosky, K. (2009). Self-Efficacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 44(2), 93–102.
<https://doi.org/10.1111/J.1744-6198.2009.00132.X>

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Estrategias de afrontamiento de los cuidadores informales de adultos mayores

Coping strategies of informal caregivers of older adults

Claudia Verónica Lara Vázquez¹ - ORCID: 0000-0003-0226-6219

Luis Carlos Cortez González^{2*} - ORCID: 0000-0002-1655-0272

Diana Berenice Cortes Montelongo³ - ORCID: 0000-0003-4254-2468

José Luis Nuncio Domínguez⁴ - ORCID: 0000-0001-8317-9357

RESUMEN

Introducción: La disposición del Cuidador Informal (CI) de Personas Adultas Mayores (PAM) se vuelve una actividad más cotidiana debido al aumento del número de enfermedades crónicas que llegan a ocasionar un nivel de dependencia, lo que limita las actividades de la vida diaria de la PAM. Las estrategias de afrontamiento son reconocidas como recursos psicológicos que la persona realiza para hacer frente a situaciones en este caso el estrés. **Objetivo:** Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores informales. **Metodología:** El diseño fue descriptivo, tipo de muestreo no probabilístico y la muestra se estimó por la fórmula de muestras finitas y el tamaño de la muestra es de 278 participantes con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. **Resultados:** se observa que se utiliza en un 26% (f=53) la estrategia focalizada en la solución del problema, seguida de la evitación con un 20.6 (f=42) y la que menos predomina en los CI es la Auto focalización negativa con un 94.1% (f=192). **Conclusiones:** los cuidadores informales hacen uso de las estrategias de afrontamiento que tienen a la mano para poder brindar un cuidado de calidad y disminuir en ellos mismos el estrés provocado por el hecho de cuidar

Palabras clave: cuidadores informales, estrategias de afrontamiento, adultos mayores

ABSTRACT

Introduction: The provision of the Informal Caregiver (IC) of Older Adults (PAM) becomes a more daily activity due to the increase in the number of chronic diseases that cause a level of dependency, which limits the daily activities of the PAM. Coping strategies are recognized as psychological resources that the person uses to deal with situations, in this case stress. **Objective:** Identify the coping strategies used by informal caregivers. **Methodology:** The design was descriptive, non-probability sampling type and the sample was estimated by the finite sample formula and the sample size is 278 participants with a confidence level of 95% and a margin of error of 5%. **Results:** it is observed that the strategy focused on solving the problem is used in 26% (f = 53), followed by avoidance with 20.6 (f = 42) and the one that least predominates in ICs is Negative Self-Focusing with 94.1% (f=192). **Conclusions:** informal caregivers make use of the coping strategies they have at hand to be able to provide quality care and reduce the stress caused by caring for themselves.

Keywords: informal caregivers, coping strategies, older adults



INTRODUCCIÓN

La disposición del Cuidador Informal (CI) de Personas Adultas Mayores (PAM) se vuelve una actividad más cotidiana debido al aumento del número de enfermedades crónicas que llegan a ocasionar un nivel de dependencia, lo que limita las actividades de la vida diaria de la PAM. Existe una demanda en la necesidad del cuidado, a nivel mundial en 2015 alrededor de 2100 millones de personas requirieron de cuidados, de los cuales 200 millones fueron PAM que habían alcanzado o superado la esperanza de vida saludable.

Para el año 2030, se prevé que el número de beneficiarios de cuidados ascienda a 2300 millones de los cuales 100 millones serán PAM. (Organización Internacional del trabajo [OTI]). En México 41% de las PAM dependientes requieren la asistencia de un CI (Gutiérrez, 2019) este incremento de personas dedicadas al cuidado hace un problema en diversos aspectos principalmente el cuidador va a tomar todo su tiempo, esfuerzo y dedicación en cuidar a la PAM (Newman, 1997).

Sor Callista Roy describe los mecanismos innatos de afrontamiento como procesos automáticos, aunque los seres humanos no piensan en ellos, existen diferentes enfoques para un CI los cambios sufridos en el rol se tomaran como al igual que observamos que las variables corresponden a estímulos que van de menor a mayor enfoque por parte del CI, en un inicio describimos los factores que analizaremos en cuanto a los factores sociales, de acuerdo a Roy existen diferentes situaciones donde la persona puede afrontar de manera adecuada su rol dependiendo del CI informal puede tomar diferentes estrategias que hacen frente a su entorno y situaciones. La carga del cuidado puede aumentar cuando el cuidador no percibe algún problema al ejecutar el rol de cuidador y se ve más afectado por la necesidad de adherirse a la rutina de cuidado.

Los demás papeles destacados en sus roles como son el rol en su sociedad, trae consecuencias en su adaptación con los demás grupos de su comunidad; en el entorno familiar desempeñando por ejemplo el rol de hija(o) o esposa(a) se afecta cuando se limitan los tiempos para desempeñarlos o cuando por cultura o tradición impone desempeñar otros roles por ejemplo el ser hija antepone que ella realizara la labor del cuidado; rol en su empleo se afecta cuando existe disminución de los objetivos ocupacionales conduce a una disminución de las finanzas, lo que puede resultar en fondos insuficientes para los gastos de subsistencia y medicamentos (Newman, 1997).

Por todo lo anterior el propósito del presente estudio fue identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores informales de personas adultas mayores. El objetivo del estudio fue identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores informales de personas adultas mayores.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Para la realización de este estudio se propuso un diseño descriptivo.

Población, muestra y muestreo

La población se conformó por cuidadores informales de adultos mayores con enfermedad crónica de la ciudad de Saltillo, Coahuila. La muestra se estimó por la fórmula de muestras finitas y el tamaño de la muestra es de 278 participantes con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. El muestreo fue no probabilístico intencional de acuerdo con sus atributos, costo-efectividad, velocidad y facilidad de disponibilidad de la muestra.

Criterios de inclusión

Los criterios de elegibilidad fueron los siguientes, cuidadores informales de personas adultas mayores diagnosticadas con enfermedad crónica como lo son diabetes e hipertensión, los cuidadores deben de estar en un rango de edad de 18 a 59 años, dedicados al cuidado no por más de 5 años y con una atención semanal mínima de 56 horas, sin remuneración económica. Que tengan la voluntad de participar en el estudio.

Para los criterios de exclusión descartando a los cuidadores informales con problemas cognitivos y/o más de dos enfermedades crónicas. un grado de dependencia según la escala Barthel de la persona que recibe el cuidado. Los criterios de eliminación son que los participantes que no contestan todas las preguntas o abandonen la aplicación de instrumentos.

Instrumentos

Cedula de datos sociodemográficos

En la cedula de datos sociodemográficos se recauda información en cuatro apartados: 1) datos generales de la persona con enfermedad crónica que incluye el edad, estado civil, años de escolaridad, diagnostico, años con el primer diagnóstico y si tiene más de una enfermedad crónica; 2) datos generales del cuidador informal incluyendo edad, años de escolaridad, ocupación, estado civil y parentesco con la persona que cuida seguida de preguntas que brindan

información acerca de si ha tenido que dejar de trabajar, convivencia con el PAM y/o persona menor de 5 años, tiempo de cuidado, ayuda para realizar sus labores cotidianas y el cuidado, que parentesco tiene la persona en caso de que reciba ayuda y por cuanto tiempo es que realiza dicha labor; 3) aspectos de salud identificando como percibe el cuidador su estado de salud (si padece alguna enfermedad crónica, atención médica, medicación) (apéndice A); 4) aspectos económicos en este apartado se realizan preguntas con respuestas de si y no donde se cuestiona si cuenta con apoyo por parte de una institución o por parte de su vida social, si cuenta con ingresos fijos para solventar el cuidado y si se ha visto en dificultades económicas.

Escala de Barthel (nivel de dependencia)

Dependencia funcional de las PAM en condición de cronicidad. Se utilizará la Escalas de Barthel: Evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD). Es la más utilizada internacionalmente y es uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional de las personas. Evalúa 10 tipos de actividades y clasifica cinco grupos de dependencia. Su utilización es fácil, rápida y es la más ágil para utilizarla estadísticamente. Ponderación: Total: 100 independencia, >60 dependiente leve, 55 a 40 dependiente moderado, 35 a 20 dependiente severo, <20 dependiente total. Se aplicará el instrumento a los cuidadores informales encuestados conforme aprecien a la PAM realizando sus ABVD.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

El Cuestionario de afrontamiento del Estrés CAE desarrollado por Sandín y Chorot (2003) se desarrolla a partir de la escala de estrategias de coping (EEC – Revisada) con el fin de realizar una depuración y revisión del instrumento. El cuestionario tiene 7 dimensiones básicas y utiliza una escala tipo Likert graduada entre 0 (nunca), 1 (Pocas veces), 2 (a veces), 3 (frecuentemente) y 4 (Casi siempre); el cuestionario consta de 42 ítems que nos permiten identificar el predominio o no predominio de cada dimensión considerando las puntuaciones obtenidas en las medias de la validación española realizada por los autores. Las dimensiones básicas del instrumento son: a. Búsqueda de apoyo Social (BAS) b. Expresión Emocional Abierta (EEA) c. Religión (RLG) d. Focalizado en la solución del problema (FSP) e. Evitación (EVT) f. Auto focalización negativa (AFN) g. Reevaluación Positiva (REP) estas son las estrategias que puede utilizar el cuidador de acuerdo con este cuestionario que se aplicara al CI de manera asistida para facilitar la comprensión de este.

Para la calificación de los resultados se divide en a. Búsqueda de apoyo social (BAS): Ítems: 6, 13, 20, 27,34 y 41 Calificación: 0 - 12,87 no predomina; 12, 87 - 24 predomina. b. Expresión emocional Abierta (EEA): Ítems: 4, 11, 18, 25, 32 y 39. Calificación: 0- 6,14 no predomina; 6,14 – 24 predomina. c. Religión (RLG): Ítems: 7, 14, 21, 28, 35 y 42. Calificación: 0 – 5,76 no predomina; 5,76 – 24 predomina. d. Focalizado en la solución del problema (FSP): Ítems: 1, 8, 15, 22, 29 y 36. Calificación: 0 – 13,58 no predomina; 13,58 – 24 predomina. e. Evitación (EVT): Ítems: 5, 12, 19, 26, 33 y 40. Calificación: 0 – 9,16 no predomina; 9,16 – 24 predomina. f. Auto focalización negativa (AFN): Ítems: 2, 9, 16, 23, 30 y 37. Calificación: 0 – 6,22 no predomina; 6,22 – 24 predomina. g. Reevaluación positiva (REP): Ítems: 3, 10, 17, 24, 31 y 38. Calificación: 0 – 13,90 no predomina; 13,90 – 24 predomina. Cada dimensión de la prueba arroja un puntaje entre 0 y 24 puntos. Si el puntaje oscila entre 0 y 12.87, significa que la dimensión del afrontamiento estudiada no es predominante. Asimismo, si el puntaje oscila entre 18.87 y 24 puntos, significa que la dimensión de afrontamiento es predominante.

Consideraciones éticas

Después de la aprobación de los Comités de Bioética y de Investigación de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” se inició el proceso en diferentes hospitales de la ciudad de Saltillo Coahuila, se identificaron los probables sujetos de estudio, se hizo una invitación directa a los participantes que estaban en espera fuera de la institución, sean familiares o los propios PAM que desempeñan el rol de CI, si el probable sujeto de estudio se mostraba interesado se le realizó una valoración para analizar si cumplía con los criterios de inclusión y exclusión se le invitó a participar en el estudio, respetando su privacidad y autonomía, procurando participante se sintiera cómodo para iniciar con la aplicación de instrumentos.

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud de 1987 con su última reforma publicada DOF 02-04-2014. (Secretaría de Salud, 1987) de acuerdo con Título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos en el Capítulo I, también se consideraron los aspectos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los datos obtenidos se procesaron y analizaron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19 para Windows. Las características socio-demográficas del CI y de la PAM se analizaron a través de estadística descriptiva como

frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad con estimación puntual por intervalo de confianza de 95%

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 204 CI de PAM que asistieron a diferentes instancias hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención ubicados en la ciudad de Saltillo, Coahuila.

Las características sociodemográficas de los cuidadores informales. La edad promedio fue de 51.97 (DE=14.57), oscilando entre los 19 a los 93 años, predominó el sexo femenino con el 76%, un 60.3 % cuentan con una escolaridad media superior, 48% de los CI cuentan con un empleo y 64.2% cuentan con pareja (Tabla 1).

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los Cuidadores informales

Variable	f	%
Sexo		
Mujer	155	76.0
Hombre	49	24.0
Escolaridad		
Analfabeta	2	1.0
Primaria	46	22.5
Secundaria	33	16.2
Preparatoria	52	25.5
Profesional	71	34.8
Ocupación		
Ama de casa	85	41.7
Empleado	98	48.0
Pensionado	14	6.9
Comerciante	6	2.9
Desempleado	1	.5

Tipo de trabajo

No trabaja	89	43.6
Eventual	26	12.7
Fijo	89	43.6

Estado civil

Con pareja	131	64.2
Viudo	11	5.4
Divorciado	23	11.3
Soltero	39	19.1

Nota: Cédula de datos sociodemográficos

n=204

En cuanto a las características sociodemográficas de los adultos mayores receptores de cuidado, cuentan con una media de edad de 76.67 años (DE=11.99), 64.7% (f=132) son mujeres de las cuales 46.1% (f=94) se dedican a las labores del hogar, cuentan con un promedio de 7.96 años (DE= 4.41) de escolaridad. el 62.3% (f=127) de los PAM padece una enfermedad crónica, tienen en promedio 6.57 años (DE=7.91) con el diagnóstico inicial de la enfermedad, el 33.8% (f=69) tienen un nivel de dependencia leve y la mitad de los PAM están con su pareja (Tabla 2).

Tabla 2

Datos Sociodemográficos de las PAM

Variable		f	%
Sexo	Mujer	132	64.7
	Hombre	72	35.3
Estado civil	Con pareja	102	50.0
	Viudo	78	38.2
	Divorciado	17	8.3
	Soltero	7	3.4
	Ama de casa	94	46.1
Ocupación	Empleado	26	12.7
	Pensionado	55	27.0
	Comerciante	5	2.5
	Desempleado	24	11.8
Numero de enfermedades crónicas	1	127	62.3
	2	60	29.4

	3	17	8.3
	Leve	69	33.8
Nivel de dependencia	Moderado	54	26.5
	Severo	47	23.0
Nota: cedula de datos sociodemográficos			n=204

La identificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los CI, en la tabla 3 se observa que se utiliza en un 26% (f=53) la estrategia focalizada en la solución del problema, seguida de la evitación con un 20.6 (f=42) y la que menos predomina en los CI es la Auto focalización negativa con un 94.1% (f=192).

Tabla 3

Estrategias de afrontamiento utilizadas por los CI.

Variable		f	%
Búsqueda de apoyo Social	No predomina	176	86.3
	Predomina	28	13.7
Expresión Emocional Abierta	No predomina	187	91.7
	Predomina	17	8.3
Religión	No predomina	176	86.3
	Predomina	28	13.7
Focalizado en la solución del problema	No predomina	150	73.5
	Predomina	54	26.5
Evitación	No predomina	162	79.4
	Predomina	42	20.6
Auto focalización negativa	No predomina	192	94.1
	Predomina	12	5.9
Reevaluación Positiva	No predomina	180	88.2
	Predomina	24	11.8

DISCUSIÓN

De acuerdo con lo expuesto en el primer objetivo que menciona describir los aspectos sociodemográficos del CI y de la PAM, en CI se encontró similitudes con diferentes estudios realizados, (Rodríguez, 2017 & Pérez et al., 2017) donde predomina el género femenino siendo las amas de casa las que desempeñan mayoritariamente el rol de cuidadoras, teniendo como parentesco hijas de las personas que reciben cuidados, dichas características se vinculan principalmente a los roles de género que son socialmente adquiridos, al igual que de la cultura e historia que da el reconocimiento de la mujer como cuidadora a nivel de la familia (Laguado-Jaimes, 2019).

En la edad se observan estudios donde los CI están entre el rango de los 44 y 65 años, (Vilches et al., 2021 & Rodríguez, 2017) coincidiendo con el promedio de edad de este estudio. Con relación al estado civil refieren ser casados a diferencia de lo encontrado por Gahona et al., 2020 donde los cuidadores que asumen la tarea del cuidado del adulto mayor dependiente son solteros.

Respecto al nivel de escolaridad, el grupo prevalente corresponde a aquellos con educación media, estos resultados concuerdan con los informados en la literatura, donde el mayor porcentaje de los cuidadores ha cursado estudios medios, Linares (2019) menciona que el nivel de escolaridad constituye un factor personal que potencia la habilidad de cuidado, en la medida que el cuidador tiene una mejor capacidad para entender y resolver la situación de cuidado se convierte en un factor protector contra el estrés.

De acuerdo con el tiempo dedicado al cuidado se encontró una media 32,13 meses de cuidado que difiere de lo informado por Zepeda-Álvarez, Muñoz-Mendoza (2019) el cual tiene una media de 5 años realizando esta actividad. Con respecto a las horas diarias dedicadas al cuidado, los resultados de este estudio evidencian que los CI se dedican en promedio 13 horas coincidiendo con Zepeda-Álvarez, Muñoz-Mendoza (2019) donde los cuidadores se dedican más de 12 horas al cuidado del AM, Lo anterior es compatible con lo expuesto por Montoro-Rodríguez (2013): “ la familia es el principal proveedor de asistencia al anciano dependiente y dentro de la familia las mujeres son las cuidadoras principales que asumen la responsabilidad de la asistencia de forma más intensa y prolongada.

Los resultados también sugieren a una mujer enfrentada a una doble jornada laboral, unas asalariadas y otras sin retribución económica alguna, lo que posiblemente puede contribuir, con

el paso del tiempo, al desgaste físico y psicológico de quien asume este cuidado. Lo anterior orienta a analizar la carencia de apoyo a los cuidadores familiares.

En cuanto al AM se encontró que la mayoría son mujeres con una media de edad de 72 años, lo cual coincide con el censo del 2022 realizado por INEGI, esto está relacionado con la mayor expectativa de vida que tiene la mujer y la mayor mortalidad que presentan los hombres. En su mayoría los adultos mayores padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa, lo que concuerda con datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y salud 2018, la cual reporta que las enfermedades crónico-degenerativas son las más comunes en el adulto mayor, prevaleciendo la diabetes e hipertensión.

CONCLUSIONES

Los cuidadores informales de las personas adultas mayores en su mayoría son mujeres y su escolaridad prevalece el nivel profesional, la mayoría de estos cuidadores se encuentran trabajando y cuentan con pareja. Respecto a las personas que reciben el cuidado, la totalidad de las personas mayores presentan al menos una enfermedad y presentan dependencia leve seguido por moderado para realizar las actividades básicas de la vida diaria, datos que muestran que los adultos mayores aún no requieren de mayor tiempo de cuidado ya que son independientes para realizar sin dificultades sus actividades de la vida diaria.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento por dimensiones de los cuidadores informales no predominaron las búsquedas de apoyo social, la expresión emocional abierta, la religión, focalizado en la solución de problemas, evitación y auto focalización negativa y reevaluación positiva. Esto puede deberse a que los cuidadores informales no presentan aún con estrés del cuidador debido a que las personas que reciben el cuidado no se encuentran en dependencia total, sin embargo, las búsquedas de apoyo social, la expresión emocional y la focalización en la solución del problema y la evitación presentan una tendencia en aumento.

La auto focalización negativa y la evitación son estrategias de afrontamiento que no predominan y estas variables muestran que los cuidadores informales se encuentran manejando correctamente estas estrategias de afrontamiento, esto contribuye a aumente la calidad del cuidado y el receptor del cuidado aumente su propio autocuidado y mejore su calidad de vida.

Es necesario que los cuidadores informales busquen estrategias para fortalecer las redes de apoyo social en esta etapa del cuidado ya que pueden generar condiciones que les permita

distribuir las cargas del cuidado y con estas estrategias puedan en el futuro evitar el desgaste tanto físico como psicológico del cuidador informal y mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Gahona-Rivera, N. A., Gómez-Vasquez, P. A., González-Galdámez, N. C., Martínez-Muerga, G. I., Minchel-Chamoret, C. A., & Pavez-Von Martens, G. G. (2020). Sobrecarga de cuidadores familiares informales de pacientes inscritos en programa de dependencia. <https://repositorio.uvm.cl/server/api/core/bitstreams/cb526f97-cfea-456d-8224-098feb3dacf/content>
- Gutiérrez, L., García, M. D., & Jiménez, J. (2014). Envejecimiento y dependencia. *Realidades y previsión para los próximos años. México: Academia Nacional de Medicina.*
- Gutiérrez, L. (2019). Presentación personal. Envejecimiento y dependencia: Retos y propuestas para una política pública basada en evidencia. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es>
- Laguado-Jaimes, E. (2019). Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. *Enfermería Nefrológica*, 22(4), 352-359. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842019000400352&script=sci_arttext&tlng=pt
- Linares Cánovas, L. P., Lemus Fajardo, N. M., Linares Cánovas, L. B., González Corrales, S. C., & Soto Álvarez, E. M. (2019). Comportamiento de la sobrecarga en cuidadores informales primarios de adultos mayores con accidente cerebrovascular. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(6), 884-898. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v23n6/1561-3194-rpr-23-06-884.pdf>
- Montoro Rodríguez, J. (2013). Factores determinantes de la calidad del cuidado asistencial institucional a personas mayores y/o con discapacidad. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/3959>
- Newman, D. M. L. (1997). Responses to Caregiving: A Reconceptualization Using the Roy Adaptation Model. *Holistic Nursing Practice*, 12(1), 80–88. <https://doi.org/10.1097/00004650-199710000-00012>
- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. (2012) Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2020). La economía del cuidado.
<https://www.ilo.org/global/topics/care-economy/lang--es/index.htm>
- Pérez-, M., Muñoz, M., Parra, L., & Del-Pino, R. (2017). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España [Coping and subjective burden in primary caregivers of dependent elderly relatives in Andalusia, Spain]. *Atención primaria*, 49(7), 381–388. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.012>
- Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., Barbosa-Álvarez, Á., Clavería, A., & Zarit, G. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301962>
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar/The Coping Strategies Questionnaire: Development and preliminary validation. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Secretaría de salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de Investigación para la salud. recuperado de: <https://www.gob.mx/cofemer/prensa/reglamento-de-la-ley-general-de-salud-en-materia-de-investigacion-para-la-salud>
- Vilches, C., Aracena, J., & Canales, C. (2021). Estrategias de prevención en cuidadores de pacientes con dependencia: Revisión exploratoria.
<https://repositorio.udd.cl/items/9351872d-50d1-44c6-93a0-fbd733308201>
- Zepeda-Álvarez, P., Muñoz-Mendoza, C. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 30(1), 2-5. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100002&lng=es&tlng=es.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.