



Salud y derechos humanos

Vías interconectadas
para el progreso global

Mercedes Gabriela Orozco Solís
Cecilia Colunga Rodríguez
coordinadoras



UNIVERSIDAD DE
GUADALAJARA

Red Universitaria e Institución Benemérita de Jalisco



Salud y derechos humanos

**Vías interconectadas
para el progreso global**



Rectora General

Karla Alejandrina Planter Pérez

Vicerrector Ejecutivo

Héctor Raúl Solís Gadea

Secretario General

César Antonio Barba Delgadillo

**Coordinadora General Académica
y de Innovación**

María del Socorro Pérez Alcalá



**Rector del Centro Universitario
de Ciencias de la Salud**

Eduardo Gómez Sánchez

Secretaria Académica

Beatriz Verónica Panduro Espinoza

Secretaria Administrativa

Lorena López Calderón

**Directora de la División de Disciplinas
Básicas para la Salud**

Norma Alicia Ruvalcaba Romero

Director de la División de Disciplinas Clínicas

Héctor Giancarlo Torres Nuño

**Directora de la División de Disciplinas
para el Desarrollo, Promoción
y Preservación de la Salud**

Gabriela Macedo Ojeda

Coordinador de Innovación Educativa y Calidad

Juan Francisco Flores Bravo

COMITÉ EDITORIAL CUCS

Presidente

Eduardo Gómez Sánchez

Secretaria

Edith Oregon Romero

Secretarios Técnicos

Alexis Missael Vizcaino Quirarte

Erika Paola Pereyra Vidrio

**Directora de la Colección
de Publicaciones Científicas**

Juliana Marisol Godínez Rubí

Directora de la Colección de Difusión

Georgina Vega Fregoso

**Directora de la Colección
de Libros de Texto**

Alma Marina Sánchez Sánchez

Director de la Colección de Divulgación

Francisco Javier Turrubiates Hernández

**Directora de Comisión de Análisis,
Impacto y Relevancia Científica,
Curricular, Social e Institucional**
Beatriz Verónica Panduro Espinoza

Profesor Dictaminador Invitado Externo

Iván Manuel Girón Pérez

Salud y derechos humanos

Vías interconectadas para el progreso global

Mercedes Gabriela Orozco Solis
Cecilia Colunga Rodríguez
coordinadoras



**UNIVERSIDAD DE
GUADALAJARA**

Red Universitaria e Institución Benemérita de Jalisco



La presente obra cuenta con el dictamen
No. CUCS/CE/0008/25 del Comité Editorial del
Centro Universitario de Ciencias de la Salud

D.R. © 2025, Universidad de Guadalajara,
Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
Sierra Mojada 950 Colonia Independencia Oriente.
C.P. 44340, Guadalajara, Jalisco, México

Primera edición, 2025

ISBN 978-607-581-841-2

Coordinadoras

- › Mercedes Gabriela Orozco Solís
- › Cecilia Colunga Rodríguez

Autores

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| › Mayra Agüero Carrasco | › Karina Jannet Flores Ríos | › María de los Ángeles Onofre |
| › Laura Guadalupe Aguilar | › Valeria Alejandra Gil Castillo | › Santiago |
| › Salazar | › Pedro González Angulo | › Mercedes Gabriela Orozco Solís |
| › Mario Ángel González | › Leticia Carolina Gómez | › Manuel Ortega Muñoz |
| › Héctor Rubén Bravo Andrade | › Sánchez | › María Úrsula Palos Toscano |
| › Jasmin Urania Camacho | › Virginia Eloísa Gómez Zamora | › Guillermo Eduardo Paredes |
| › Martínez | › Zaret Jazmín Hernández Soto | › Castro |
| › Edith Castellanos Contreras | › Sara Huerta González | › Jesús Emilio Ramírez Yáñez |
| › Cecilia Colunga Rodríguez | › Miguel Ángel López Ocampo | › Job Israel Romir González |
| › Bertha Alicia Colunga | › Gabriel Isaac López Vela | › Javier Salazar Mendoza |
| › Rodríguez | › Erika Yadira Macías Mozqueda | › José Luis Ulloa Mayo |
| › Mónica Isabel Contreras | › Diego Madrigal Ortega | › Julio César Vázquez Colunga |
| › Estrada | › Reyna Jazmín Martínez | › Geovanny Wong Torres |
| › María Esperanza Conzatti | › Arriaga | › Fany Lizeth Zárate Espejo |
| › Hernández | › Sindy Meléndez Chávez | › María Guadalupe Valerio |
| › Claudia Beatriz Enríquez | › Sherlyn Guadalupe | › Gómez |
| › Hernández | › Montejano Cortés | › María de Jesús Contreras |
| › Belén Elizabeth Flores Jacobo | › Sergio Osvaldo Meza Chavolla | › Miranda |

Noviembre de 2025

Versión digital hecha en México / *Digital version made in Mexico*



Este trabajo está autorizado bajo la licencia Creative Commons Atribución-NoComercialSinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND) lo que significa que el texto puede ser compartido y redistribuido, siempre que el crédito sea otorgado al autor, pero no puede ser mezclado, transformado, construir sobre él ni utilizado con propósitos comerciales. Para más detalles consúltese <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Índice

Introducción	7
CAPÍTULO 1	
Más allá de la medicina: la salud como un derecho, no un privilegio	11
CAPÍTULO 2	
Enfermedades infecciosas y cambio climático: implicaciones para la salud pública	24
CAPÍTULO 3	
Prevención del cáncer de mama desde la salud pública: programas de detección temprana y su impacto en poblaciones en situación de marginación	41
CAPÍTULO 4	
La salud mental en enfermería: prioridad para el sistema sanitario	54
CAPÍTULO 5	
Revisión narrativa sobre intervenciones clínicas psicológicas para familiares de personas desaparecidas	65
CAPÍTULO 6	
Aprendizaje socioemocional en el marco de una educación reparadora y sostenible	78

CAPÍTULO 7

Educación socioemocional y autorregulación de las emociones en estudiantes de educación primaria	99
--	----

CAPÍTULO 8

Redes sociales y baja autoestima en universitarios de la zona conurbada de Veracruz	113
---	-----

CAPÍTULO 9

Relación de los motivos para consumir alcohol en estudiantes de Enfermería	130
--	-----

CAPÍTULO 10

Actitud, consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nuevo ingreso	146
--	-----

CAPÍTULO 11

Percepción sobre la toma de decisiones y control de impulsos como factores para el consumo de alcohol en estudiantes de secundaria	165
--	-----

Semblanzas	179
------------	-----

Introducción

La salud, entendida en su sentido más amplio, no se limita a la ausencia de enfermedad. Constituye una condición fundamental para el ejercicio pleno de los derechos, el desarrollo de las capacidades humanas y la vida digna. En las últimas décadas, múltiples voces académicas y sociales han sostenido que la salud y los derechos humanos están profundamente interrelacionados, cuya articulación resulta esencial para alcanzar sociedades más justas, equitativas y sostenibles (Farmer, 2005; Frenk y Gómez-Dantés, 2011).

Este libro reúne una serie de investigaciones que visibilizan problemáticas actuales de salud física, mental y socioemocional en distintas poblaciones, con énfasis en jóvenes, estudiantes y comunidades en situación de marginación. Desde una mirada crítica, los capítulos compilados abordan cuestionamientos actuales sobre los retos en salud pública, educación y adicciones que requieren una respuesta multidisciplinaria y un compromiso ético-político con la equidad y la justicia social. A continuación se presenta una breve descripción del contenido de este libro.

En el primer capítulo, “Más allá de la medicina: salud como derecho, no como privilegio”, los autores presentan una reflexión teórica sobre el concepto de salud, desde la perspectiva de los derechos humanos. Abordan críticamente el rol de los determinantes sociales que limitan al acceso a la salud. Concluyen con propuestas de diferentes sistemas universales y equitativos, que requieren considerarse para atender los desafíos sobre la implementación efectiva del derecho a la salud.

En el segundo, “Enfermedades infecciosas y cambio climático: implicaciones para la salud pública”, los autores describen los diferentes retos que implica el cambio climático en la salud, sobre todo en cómo las modificaciones ambientales

alteran la manera en que se propagan las enfermedades infecciosas. Además, reflexionan sobre la necesidad de un enfoque en salud pública para promover estrategias orientadas a la atención del cambio climático en estas áreas.

El tercer capítulo, “Prevención del cáncer de mama desde la salud pública: programas de detección temprana y su impacto en poblaciones en situación de marginación”, aborda esta tarea respecto a la salud pública, con énfasis en el acceso desigual a los programas de detección temprana. Desde una perspectiva de justicia sanitaria, se cuestionan las barreras estructurales, geográficas y sociales que enfrentan las mujeres de comunidades marginadas para acceder a servicios oportunos, gratuitos y culturalmente adecuados. En este sentido, se enfatiza que la equidad en salud no puede lograrse sin una acción afirmativa orientada a transformar las desigualdades estructurales.

Después, en “La salud mental en enfermería: prioridad para el sistema sanitario”, los autores presentan los resultados de una revisión bibliométrica, en la que se evidencia la necesidad de reconocer el sufrimiento psíquico y emocional del personal de salud, tradicionalmente invisibilizado bajo la lógica de la vocación, el sacrificio y la abnegación. En el contexto postpandemia resulta urgente garantizar condiciones laborales dignas, acceso a servicios de apoyo emocional y programas institucionales de prevención del desgaste (burnout) o desgaste por compasión, en concordancia con el derecho a la salud de quienes cuidan de otros.

Por su parte, en “Revisión narrativa sobre intervenciones clínicas psicológicas para familiares de personas desaparecidas”, las autoras reflexionan sobre el impacto social y psicológico de las desapariciones para los familiares que resultan víctimas indirectas. Los resultados de la revisión narrativa permiten conocer las intervenciones clínicas psicológicas para esta población con las que se cuenta en la actualidad, así como los principales componentes que abordan. Las conclusiones plantean la necesidad de generar mayores acciones de corte clínico-psicológico para esta población, dado que los esfuerzos se han enfocado en acciones de carácter psicosocial.

El libro también cuenta con capítulos que abordan el rol de la educación al generar espacios de bienestar social. El sexto, “Aprendizaje socioemocional en el marco de una educación reparadora y sostenible”, presenta los resultados de una revisión narrativa sobre la forma en que el aprendizaje socioemocional suele promoverse en el ámbito educativo. Al reconocer las heridas sociales,

culturales y emocionales que atraviesan a estudiantes y docentes, este enfoque aboga por prácticas pedagógicas que integren el cuidado, la empatía y la resiliencia como dimensiones centrales del proceso formativo (UNESCO, 2021). La educación, entonces, se constituye no sólo como un derecho, sino como una vía para el bienestar integral y la construcción de una ciudadanía activa y crítica.

El séptimo capítulo, “Educación socioemocional y la autorregulación de las emociones en estudiantes de educación primaria”, presenta los resultados de una investigación cuyo objetivo fue identificar las características de la educación socioemocional y la autorregulación de las emociones en estudiantes de primaria en un municipio de Durango. Los resultados rescatan la relevancia de comprender la inteligencia emocional en conjunto con las acciones que los docentes y la propia familia tiene en la promoción de estas competencias.

Los últimos capítulos abordan la problemática de las adicciones desde el enfoque de la prevención en adolescentes y jóvenes. En el octavo, “Redes sociales y baja autoestima en universitarios de la zona conurbada de Veracruz”, los autores analizan el impacto de las redes sociales en la autoestima de los universitarios de esta región, una problemática creciente que involucra factores tecnológicos, culturales y psicosociales. La constante exposición a estándares irreales de éxito, belleza y bienestar, genera tensiones emocionales y deterioro de la autopercepción, especialmente en entornos donde el capital social y simbólico está en disputa.

El noveno capítulo, “Relación de los motivos para consumir alcohol en estudiantes de enfermería”, presenta los resultados de una investigación cuantitativa que buscaba determinar la relación entre los motivos y el consumo de alcohol en estudiantes de enfermería de Veracruz y Orizaba. Destaca que la motivación de carácter social presenta una de las mayores relaciones con el consumo de alcohol; mientras más sea aceptado por el círculo de amigos y familia, el estudiante tendrá una tendencia a consumir.

El décimo capítulo, “Actitud, consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nuevo ingreso”, aborda una investigación cuantitativa con estudiantes de licenciatura de Veracruz, con el objetivo de determinar la actitud y consumo de drogas legales en esta población. Los autores reportan que la mayor parte de los participantes perciben el alcohol y el tabaco de manera positiva: un porcentaje significativo concibe estas drogas como de riesgo bajo y moderado para la salud.

El capítulo final, “Percepción sobre la toma de decisiones y control de impulsos como factores protectores para el consumo de alcohol en estudiantes de secundaria”, presentan los resultados de una investigación cualitativa, en la que los participantes perciben que las funciones ejecutivas pueden tener un rol protector frente al consumo de alcohol, particularmente como habilidades que permitirían tomar decisiones más efectivas. Entre las conclusiones se rescata la necesidad de generar estrategias de prevención del consumo de alcohol que consideren el nivel evolutivo de los adolescentes, sobre todo con respecto a las funciones ejecutivas.

Este libro reafirma que la salud no puede comprenderse ni atenderse sin el contexto social, político y económico. La salud pública crítica, como corriente teórica y práctica, postula precisamente la necesidad de interrogar las causas estructurales de la enfermedad y el sufrimiento, así como reconocer la influencia de factores como la pobreza, la discriminación, la exclusión y la violencia institucional (Breilh, 2013; Almeida Filho, 2011).

Desde esta perspectiva, *Salud y derechos humanos. Vías interconectadas para el progreso global* es una invitación a repensar la salud, más allá de los servicios, las estadísticas y los modelos biomédicos, para situarla en el centro de un proyecto colectivo de vida digna, bienestar común y justicia social. El propósito de las propuestas reunidas no sólo es describir realidades, sino incidir en ellas, aportar a su transformación y contribuir a la construcción de un mundo más humano, equitativo y saludable para todos y todas.

CAPÍTULO 1

Más allá de la medicina: la salud como un derecho, no un privilegio

Sherlyn Guadalupe Montejano Cortés

Guillermo Eduardo Paredes Castro

Diego Madrigal Ortega

Virginia Eloísa Gómez Zamora

Julio César Vázquez Colunga

Mario Ángel González

La salud, entendida no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social, es una aspiración fundamental de la condición humana. Sin embargo, la realidad global revela un panorama marcado por profundas inequidades, donde el acceso a la salud y sus determinantes se distribuyen de manera desigual y trazan una división entre los que disfrutan de una vida plena y saludable y los relegados por barreras económicas, sociales y geográficas. Este capítulo se adentra en la concepción de la salud que trasciende la mera intervención médica; la explora como un derecho humano inalienable, inherente a la dignidad de cada individuo, y no como una mercancía sujeta a las leyes del mercado o a la fortuna del nacimiento.

Esta noción implica un cambio paradigmático en cómo los Estados conciben y abordan el bienestar de sus ciudadanos. Deja de ser una concesión o un bien transable para convertirse en una obligación estatal y una responsabilidad colectiva. Se exige la creación de sistemas y políticas que garanticen su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad para todas y todos, sin discriminación alguna. Este enfoque reconoce que la salud se liga en una compleja red de determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales, que van más allá del ámbito puramente clínico.

A continuación, exploraremos la evolución conceptual y legal del derecho a la salud, a través del análisis de los marcos normativos internacionales y su traducción en las legislaciones nacionales. Desentrañaremos cómo las

desigualdades sociales se manifiestan en la salud, lo que evidencia la persistente brecha entre la proclamación del derecho y su cumplimiento efectivo. Asimismo, examinaremos los diversos obstáculos para el acceso a la salud y la necesidad de estrategias innovadoras y políticas públicas intersectoriales para superarlas. Finalmente, reflexionaremos sobre el papel crucial de la participación ciudadana y la rendición de cuentas en la construcción de sociedades en las que la salud sea un derecho ejercido plenamente y no un privilegio. El camino hacia la salud para todos exige ir más allá de la medicina: abrazar una visión integral y equitativa que reconozca la salud como un pilar esencial de la justicia social y el desarrollo humano sostenible.

Evolución del concepto de salud: de la ausencia de enfermedad al bienestar integral y el derecho humano

La comprensión de la salud ha experimentado una transformación significativa a lo largo de la historia: pasó de una concepción que se limitaba a la mera ausencia de una enfermedad, a una visión holística que abarca el bienestar físico, mental y social. Anteriormente, la salud se definía en términos negativos, como la falta de dolencia o una afección corporal. Aunque esta perspectiva es fundamental en la práctica médica temprana para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, ignora importantes dimensiones de la experiencia humana y su relación con el entorno.

A partir del tratamiento de la salud pública como disciplina, a finales del siglo XIX y principios del XX, comenzó a ampliarse esta visión. Se consideró la influencia de factores sociales, económicos y ambientales en la aparición y propagación de enfermedades (UAEH, 2025). De ahí que los esfuerzos se centraran en mejorar el saneamiento, la higiene y el control de enfermedades infecciosas, lo cual ya reconocía implícitamente que la salud no sólo era una cuestión individual, sino también colectiva, determinada por las condiciones de vida.

Un hito en la evolución del concepto fue su definición por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta propuesta implicó un cambio paradigmático al introducir las dimensiones mental y social como componentes esenciales, lo que reconoce la naturaleza multidimensional y positiva de la salud, como un recurso para la vida y no un objetivo en sí mismo.

Posteriormente, la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (OMS, 1986) profundizó en esta perspectiva. Enfatiza en que la salud se crea y se vive en la cotidianidad e influyen factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, psicológicos y biológicos. La carta destaca la importancia de empoderar a las personas y las comunidades para que intervengan en su propia salud, además de abogar por la creación de entornos que la favorezcan.

En paralelo, la salud comenzó a consolidarse como un derecho humano fundamental. La *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948) estableció en el artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. Este reconocimiento sentó las bases para incluir este derecho en numerosos tratados internacionales y constituciones nacionales, pues obliga a los Estados a garantizar el acceso a la atención médica y abordar los determinantes sociales que influyen en la salud pública.

En este contexto, la comprensión actual de la salud trasciende la dicotomía salud-enfermedad. Abarca un espectro continuo de bienestar relacionado con la dignidad humana y la justicia social. Reconocer la salud como un derecho implica tanto la provisión de servicios médicos, como el desarrollo de las condiciones necesarias para que la población consiga su potencial de salud, sin excluir a nadie por razones de cualquier índole. Este crecimiento es esencial para construir sociedades más justas, equitativas y sostenibles, en las que la salud sea verdaderamente un derecho y no un privilegio.

La relación de la salud con otros derechos fundamentales

Su consolidación como un derecho fundamental no ocurrió de forma aislada, sino que depende de la misma evolución de los derechos humanos en su conjunto. La *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948) reconoce la interdependencia de los derechos. El artículo 25 vincula textualmente la salud con otros derechos, como la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, lo que establece que el disfrute pleno de la salud depende del cumplimiento de estos derechos básicos.

Posteriormente, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966) en el artículo 12 reconoce a la salud como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Más allá de la mera asistencia médica, este tratado obliga a los Estados miembros a adoptar medidas para prevenir, tratar y erradicar las enfermedades, a través de la creación de condiciones que aseguren la salud pública y la provisión de servicios médicos en caso de enfermedad.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano encargado de la interpretación del PIDESC, enfatiza que el derecho a la salud es inclusivo y abarca tanto la atención oportuna y apropiada, como el tratamiento de determinantes básicos: acceso a agua potable y saneamiento adecuado, suministro de alimentos sanos y nutritivos, vivienda, condiciones laborales saludables y un medio ambiente sano (OMS, 1986).

Esta perspectiva subraya la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos. El disfrute pleno de la salud depende de otros derechos (OMS, 1948), como:

- ♦ **A la alimentación.** Una nutrición adecuada es fundamental, especialmente en las etapas tempranas de la vida. La inseguridad alimentaria y la malnutrición socavan el derecho a la salud.
- ♦ **Al agua y al saneamiento.** El acceso a agua potable y a instalaciones sanitarias adecuadas es esencial para prevenir enfermedades infecciosas y garantizar la salud pública.

- ♦ **A la vivienda.** Una casa digna y segura, sin hacinamiento y con condiciones ambientales saludables, es crucial para prevenir enfermedades respiratorias, infecciosas y mentales.
- ♦ **A la educación.** La instrucción y la alfabetización permiten a las personas tomar decisiones informadas sobre su salud y acceder a los servicios de manera más efectiva.
- ♦ **Al trabajo.** Condiciones laborales seguras y saludables son esenciales para prevenir enfermedades ocupacionales y promover el bienestar físico y mental de los trabajadores.
- ♦ **A un medio ambiente sano.** La exposición a la contaminación del aire, del agua y del suelo tiene graves consecuencias. Un medio ambiente degradado vulnera este derecho.
- ♦ **A la no discriminación.** La exclusión por raza, género, orientación sexual, discapacidad u otras condiciones genera barreras para acceder a la salud y perpetua inequidades.

El derecho a la salud no está aislado. Su pleno cumplimiento requiere un enfoque integral que aborde la provisión de servicios médicos y de los determinantes que influyen en las personas y las comunidades.

Determinantes sociales para alcanzar el derecho a la salud

El reconocimiento de la salud como un derecho inalienable implica complejas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen: los determinantes sociales de la salud (DSS) (OMS, 2016a). Estos factores incluyen la distribución del ingreso, la educación, el empleo, la vivienda, el acceso a alimentos y agua potable, el saneamiento, la seguridad y la cohesión social. Estos influyen profundamente en la salud individual y colectiva, lo que a menudo eclipsa la contribución directa de la atención médica (Solar y Irwin, 2010). Por lo tanto, el cumplimiento efectivo de este derecho no se limita a la provisión de servicios clínicos, sino que exige un abordaje integral que confronte las inequidades subyacentes.

Las disparidades en la exposición a factores de riesgo y en el acceso a oportunidades saludables, moldeadas por estructuras sociales y económicas injustas, se traducen directamente en desigualdades: los grupos desfavorecidos soportan una carga desproporcionada de enfermedad y mortalidad (Marmot et al., 2008). Comprender y actuar sobre la intrincada relación entre los DSS y el derecho a la salud es fundamental para construir sociedades equitativas.

La justicia social en la consecución del derecho a la salud

Aspirar a que la salud sea un derecho y no un privilegio depende fundamentalmente del principio de justicia social. Este concepto abarca la equidad en la distribución de recursos y oportunidades en una sociedad. Reconoce que las desigualdades sociales son a menudo la raíz de disparidades en la salud (Marmot et al., 2008). Por lo tanto, la justicia social pretende corregir estas inequidades por medio de condiciones en las que toda la población, independientemente de su posición socioeconómica, origen étnico, género u otras características, alcance su potencial de salud.

En este sentido, el derecho a la salud se convierte en una lucha por la justicia social. Se deben exigir políticas y acciones que aborden los determinantes sociales y promuevan el acceso equitativo a recursos y oportunidades que influyen en el bienestar (Braveman y Gruskin, 2003). A través de la construcción de sociedades más justas e inclusivas, la salud dejará de ser un bien escaso distribuido por la fortuna y se convertirá en un derecho accesible.

Barreras económicas: sistemas de financiamiento y privatización de la atención

La consagración de la salud como un derecho se enfrenta a barreras que impiden su acceso equitativo a servicios y bienes. Por lo general, los sistemas de financiamiento se basan en modelos de mercado, en los que la capacidad

económica determina el acceso, lo que inherentemente genera exclusión (Solar y Irwin, 2010). En ellos, las personas con menos recursos enfrentan dificultades para costear consultas médicas, tratamientos, medicamentos y otros servicios esenciales, lo cual contraviene la noción fundamental de la salud como un derecho universal (OMS, 2021).

La creciente privatización de la atención médica exagera aún más estas barreras económicas. La lógica del mercado, orientada a obtener beneficios, prioriza la rentabilidad sobre las necesidades públicas. Esto se manifiesta en la reducción de la oferta de servicios “no rentables”, la imposición de copagos y deducibles y la priorización de especialistas sobre la atención primaria, fundamental en la prevención y la promoción de la salud a nivel comunitario (Braveman y Gruskin, 2003).

La privatización fragmenta los sistemas de salud. Crea circuitos diferenciados, en los que la calidad y la oportunidad de atención se relacionan con la capacidad económica del individuo. Esto consolida a la salud como un privilegio para quienes pueden pagarla, y se niega a los más vulnerables (Pollock et al., 2004). En consecuencia, debemos analizar críticamente el impacto de los modelos de financiamiento y la privatización en el acceso a la salud para diseñar sistemas que garanticen este derecho humano sin distinción económica.

Barreras geográficas y de infraestructura en servicios de salud: poblaciones rurales y marginadas

Este derecho se enfrenta a obstáculos tangibles y significativos, en forma de barreras geográficas y de infraestructura, que impactan a las poblaciones rurales y marginadas. La falta de una infraestructura adecuada (carreteras inexistentes o en mal estado, transporte público ausente o deficiente y la carencia de servicio eléctricos y de comunicaciones) dificulta enormemente el acceso físico a centros de atención médica (OMS, 2016b). La lejanía de estos centros —a menudo concentrados en áreas urbanas— impone costos económicos y de tiempo para quienes viven en comunidades remotas, lo que dificulta buscar atención preventiva, curativa o de emergencia (OMS, 2016b).

Aunado a esto, la escasez de profesionales en estas áreas crea un círculo vicioso de inaccesibilidad. El personal médico a menudo es reacio a establecerse en zonas rurales y marginadas, debido a la falta de oportunidades profesionales, la infraestructura limitada y condiciones de vida desafiantes (Peters et al., 2008). La ausencia de personal calificado reduce la disponibilidad de servicios esenciales, lo que obliga a los residentes a recorrer largas distancias o a renunciar a esa atención.

Derribar estas barreras requiere inversiones significativas en infraestructura de transporte y comunicaciones, incentivos para atraer y retener profesionales en áreas desatendidas y el desarrollo de modelos de atención innovadores, como la telemedicina y las unidades móviles de salud, que puedan acercar los servicios a quienes más los necesitan.

Participación ciudadana y organizaciones civiles en la defensa y promoción de la salud

El cumplimiento efectivo del derecho a la salud trasciende el ámbito gubernamental. Requiere de la participación ciudadana y de organizaciones de la sociedad civil (OSC) para defenderlo y promoverlo (Cornwall, 2008). Cuando las comunidades se involucran directamente en la identificación de sus necesidades sanitarias, así como en la planificación y el monitoreo de los servicios, se fortalece la rendición de cuentas y se asegura que las políticas públicas respondan de manera efectiva a las realidades locales (Cornwall, 2008). La participación ciudadana empodera para reclamar derechos y abogar por una atención de calidad, accesible y apropiada.

Las OSC son cruciales como intermediarias entre la ciudadanía y el Estado. Actúan como voces de las poblaciones vulnerables y marginadas, visibilizando sus necesidades y demandas ante las autoridades. A través de la investigación, la incidencia política, la educación y la movilización social, contribuyen a concientizar sobre el derecho a la salud, a exigir su cumplimiento y a monitorear las acciones gubernamentales (OMS, 2016a). Su capacidad para articular las preocupaciones colectivas, proponer alternativas y presionar a los tomadores de decisiones las convierte en actores esenciales para impulsar cambios en las políticas públicas. Estas acciones favorecen a que la salud se trate como un

derecho fundamental y no una mercancía. En definitiva, una sociedad civil activa y una ciudadanía participativa son motores indispensables en la construcción de sistemas de salud justos, equitativos y centrados en las personas.

Sistemas de salud universales y equitativos: modelos y desafíos

El desarrollo del derecho a la salud exige la construcción de sistemas universales y equitativos, que se fundamenten en el principio de que toda persona, independientemente de su condición socioeconómica o ubicación geográfica, debe tener acceso a servicios integrales y de calidad. A lo largo del mundo se han desarrollado diversos sistemas de salud universales, con sus propias fortalezas y desafíos.

Destacan los sistemas basados en impuestos. Su financiamiento proviene principalmente de los ingresos generales del Estado, por ende la atención es un derecho ciudadano (Braveman y Gruskin, 2003). Tienen potencial para lograr una cobertura universal y reducir las desigualdades en su acceso; sin embargo, pueden presentar carencias en términos de eficiencia, listas de espera y la necesidad de una gestión pública robusta.

Otro modelo relevante es el de seguros sociales obligatorios. Su financiamiento depende de contribuciones de empleadores y empleados, de modo que su cobertura se vincula al empleo (Donabedian, 1988). Ofrecen un financiamiento más estable y una mayor participación social, pero excluye a empleados no formales e implica inequidades según el nivel de ingresos.

Finalmente, los mixtos combinan los sistemas antes mencionados, con la intención de aprovechar sus fortalezas y mitigar sus debilidades.

A pesar de la diversidad de modelos, la implementación universal y equitativa del derecho a la salud enfrenta desafíos comunes:

- ♦ **Financiamiento sostenible y equitativo.** Asegurar recursos suficientes y distribuirlos de manera justa para cubrir las necesidades de toda la población es un reto constante (Donabedian, 1988).
- ♦ **Eliminación de barreras.** Superar los muros económicos, geográficos, culturales y educativos (Peters et al., 2008).

- ♦ **Garantía de calidad y pertinencia.** Asegurar servicios accesibles, de calidad, seguros, efectivos y culturalmente apropiados para las diversas necesidades de la población (Brinkerhoff y Bossert, 2008).
- ♦ **Fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS).** Una APS sólida y bien financiada es esencial para prevenir, promover y coordinar la atención, en aras de la equidad y la eficiencia del sistema (Brinkerhoff y Bossert, 2008).
- ♦ **Gobernanza y rendición de cuentas.** Establecer mecanismos gubernamentales transparentes y participativos para asegurar la respuesta a las necesidades (Marmot et al., 2008).
- ♦ **Abordaje de los determinantes sociales.** Reconocer y actuar sobre los factores que influyen en la salud para lograr una equidad real (Marmot et al., 2008).

Para superar estos desafíos se requiere un compromiso político firme, la colaboración intersectorial, la participación ciudadana y la adopción de enfoques innovadores que prioricen la equidad y la justicia social.

La atención primaria como estrategia para conseguir el derecho a la salud

Una APS fortalecida es una estrategia fundamental e insustituible para conseguir este derecho (OPS, 2007). Al constituirse como la puerta del sistema de salud y del centro de una atención integral y continua, la APS aborda las necesidades públicas desde una perspectiva que previene las enfermedades, además de ofrecer tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos cuando son necesarios. Su carácter accesible, geográfica y económicamente, la convierte en el punto de contacto más equitativo del sistema, sobre todo para poblaciones vulnerables y marginadas, que a menudo enfrentan dificultades para acceder a niveles más especializados de atención (OPS, 2007).

Una APS sólida se enfoca en las necesidades individuales y comunitarias, según su contexto vital y sus determinantes sociales (Nutbeam, 2000).

Una APS fortalecida es esencial para garantizar la equidad en el acceso, la no discriminación, la participación comunitaria y la rendición de cuentas de los sistemas de salud (Hunt, 2006). Al acercar los servicios a la comunidad, ofrecer atención apropiada y propiciar el cuidado personal de la salud, la APS se convierte en un vehículo poderoso para conseguir el derecho a la salud en una realidad tangible para todas y todos.

Tejiendo el derecho a la salud: un futuro equitativo de bienestar

La evolución del concepto de salud revela una progresión trascendental: desde una visión reduccionista centrada en la ausencia de enfermedad, hacia una comprensión holística que se erige como un derecho humano inalienable. La relación del derecho a la salud con otros subraya su carácter interdependiente: su realización plena implica el avance de los demás. No obstante, su promesa está amenazada por la influencia de los determinantes sociales que moldean las oportunidades y los resultados de manera desigual, así como la persistente falta de justicia social que perpetúa las inequidades subyacentes.

Exacerbadas por sistemas de financiamiento basados en el mercado y la creciente privatización de la atención, las barreras económicas erigen muros de exclusión que contradicen la esencia de la salud como un derecho universal. Por su parte, las geográficas y de infraestructura, particularmente en poblaciones rurales y marginadas, limitan el acceso físico a los servicios y niegan la atención oportuna. Superar estos obstáculos exige un compromiso firme con la participación ciudadana y el empoderamiento de las organizaciones civiles, cuya voz y acción son cruciales para exigir la garantía del derecho e influir en la formulación de políticas públicas sensibles a las necesidades reales.

El camino hacia sistemas de salud universales y equitativos, aunque diverso en sus modelos, comparte el objetivo de asegurar el acceso sin discriminación y sin dificultades económicas. Una APS fortalecida se erige como la estrategia medular para alcanzar este ideal: una atención integral, continua y cercana a la comunidad.

En última instancia, la salud como un derecho, no como un privilegio, requiere un cambio profundo en su concepción sociopolítica: ir más allá de la medicina. Se debe reconocer que la salud se construye cotidianamente y que su garantía exige un compromiso colectivo para dismantelar las barreras que perpetúan las inequidades. A través de un enfoque integral, basado en la justicia social y el respeto irrestricto de los derechos humanos, podremos construir sociedades en las que la salud sea su patrimonio y un pilar fundamental del bienestar común.

Referencias

- Braveman, P. y Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), pp. 254-258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Brinkerhoff, D. y Bossert, T. (2008). *Health governance: concepts, experience, and programming options*. Abt associates.
- Cornwall, A. (2008). Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43(3), pp. 269-283. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsn010>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), pp.1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. y Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), pp. 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2016/01/2-LECTURA-PROMOCION-DE-LA-SALUD.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2016a). *Framework on integrated people-centred health services (IPCHS)*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2016b). *Leaving no-one behind: Investing in health and well-being for all*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259617/WHO-FWC-SDH-16.1-eng.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. <https://www.paho.org/es/documentos/renovacion-atencion-primaria-salud-americas-documento-posicion-organizacion-o>
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R. y Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), pp. 161-171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Pollock, A., Price, D. y Shaoul, J. (2004). Publicly funded and publicly provided health care outperforms privately funded and privately provided care: A critical review of the evidence. *International Journal of Health Services*, 34(1), pp. 1-34. <https://doi.org/10.2190/3PMC-oKCN-1AD1-PEHP>
- Solar, O. e Irwin, A. (2010). *Un marco conceptual sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44434/9789243563980_spa.pdf

Enfermedades infecciosas y cambio climático: implicaciones para la salud pública

Diego Madrigal Ortega
Sherlyn Guadalupe Montejano Cortés
Bertha Alicia Colunga Rodríguez
Karina Jannet Flores Ríos
Valeria Alejandra Gil Castillo
Cecilia Colunga Rodríguez

A medida que los patrones climáticos del planeta se vuelven cada vez más erráticos, la humanidad enfrenta una creciente gama de desafíos en salud pública, incluido el panorama incierto de las enfermedades infecciosas. Actualmente, se le reconoce al cambio climático como una gran amenaza para la salud mundial, cuyos efectos han transformado los ecosistemas, los sistemas alimentarios, los recursos hídricos y la dinámica de la vida microbiana (Anikeeva et al., 2024; Caminade et al., 2019). La interacción entre los cambios ambientales y los microorganismos (bacterias, virus, parásitos y hongos) sustenta el surgimiento y resurgimiento de enfermedades infecciosas a nivel mundial. Dado este contexto, es fundamental comprender su conexión para la práctica actual de la salud pública.

Los microorganismos son básicos en los procesos de las enfermedades infecciosas. Además, son extraordinariamente sensibles a las condiciones ambientales: la temperatura, la humedad, la lluvia y los fenómenos meteorológicos extremos influyen en el comportamiento biológico de los patógenos, sus vectores (como mosquitos y garrapatas), los reservorios y los entornos donde se produce la transmisión (Wu et al., 2016). Por ejemplo, el aumento en la temperatura y la alteración de las precipitaciones pueden ampliar los hábitats y las épocas de reproducción de los vectores. Esto facilita la propagación de enfermedades como la malaria, el dengue y el virus del Nilo Occidental, en

regiones previamente no afectadas o de mayor latitud. Asimismo, las alteraciones en la disponibilidad y la calidad del agua (por sequías o inundaciones) pueden aumentar el riesgo de brotes de enfermedades que se transmiten por el consumo de agua y otros alimentos, como el cólera o la salmonelosis (Baker et al., 2022).

El cambio climático no sólo afecta la distribución y la frecuencia de las enfermedades conocidas, sino que también contribuye a la aparición de nuevos patógenos. Los ecosistemas alterados mezclan la fauna silvestre con el ganado y los seres humanos, lo que aumenta el riesgo de contagios zoonóticos que pueden desencadenar epidemias o, incluso, pandemias. Además, los factores de estrés provocados por el clima, como la desnutrición, el desplazamiento y el debilitamiento de las infraestructuras, vulneran a la población y reducen la resiliencia de los sistemas de salud pública (Baker et al., 2022; Edelson et al., 2023).

Dadas estas realidades, la integración de la climatología, la microbiología y las estrategias de salud pública resulta esencial para el futuro. Los sistemas de vigilancia robustos, las herramientas de alerta temprana que incorporan datos climáticos y microbianos, así como el enfoque Una Salud —que reconoce la interconexión de la salud humana, animal y ambiental— son fundamentales para minimizar los riesgos que plantean las enfermedades infecciosas en un mundo cambiante (Anikeeva et al., 2024).

Este capítulo explora el rol de los microorganismos en la mediación del impacto ambiental en la salud. Se analiza la evidencia que vincula las variables climáticas con la supervivencia, transmisión y distribución de patógenos. Examina los mecanismos que subyacen en brotes recientes y los cambios en las enfermedades. Analiza las prioridades políticas y de adaptación para proteger la salud pública. A medida que el entorno se transforma, también deben hacerlo los marcos de salud pública, en aras de comprender la compleja y dinámica relación entre microorganismos y sistemas climáticos.

Cambio climático y transformación de los ecosistemas microbianos: temperatura, humedad y ecología

El aumento de la temperatura global y la alteración de los patrones de humedad han remodelado profundamente los ecosistemas microbianos, tanto en entornos naturales como contruidos. Los microorganismos son bastante sensibles a las variables climáticas; incluso modestos cambios de temperatura o humedad influyen sustancialmente en su supervivencia, reproducción, distribución y patogenicidad (Wu et al., 2016).

Las temperaturas altas aceleran las tasas de replicación de muchas bacterias y virus, reducen el periodo de incubación extrínseco de los patógenos en vectores (como los mosquitos) y aumentan la virulencia o la adaptabilidad de algunos microorganismos. Por ejemplo, la reproducción de bacterias del género *Salmonella* —un agente importante de enfermedades transmitidas por alimentos— incrementa en el rango de temperatura de 7°C a 37°C; es decir, puede aumentar sus brotes en periodos cálidos (Interagency Working Group on Climate Change and Health, 2010). De manera similar, las condiciones más calientes pueden acortar el periodo de incubación del parásito de la malaria, lo que amplía la ventana de transmisión y permite su propagación en regiones inadecuadas. Por el contrario, si las condiciones exceden su rango óptimo, las altas temperaturas desplazan o eliminan a ciertas poblaciones microbianas, pues alteran su dinámica competitiva (Wu et al., 2016).

Las variaciones de humedad también afectan la ecología microbiana. Una mayor humedad puede favorecer o dificultar la propagación de diversos patógenos que yacen en el agua o el suelo, según su tolerancia. Por ejemplo, la viabilidad y la transmisión de los virus de la influenza depende de la humedad absoluta y de la temperatura; el aire seco y frío favorece la transmisión aérea durante el invierno. En contraste, la propagación de enfermedades transmitidas por vectores como la malaria y el dengue depende a menudo de una combinación de alta temperatura y humedad elevada, lo cual favorece la supervivencia del vector y acelera el desarrollo del patógeno (Wu et al., 2016).

Alteración de comunidades microbianas en entornos naturales

Los cambios de temperatura y humedad afectan no sólo a especies microbianas individuales, también a comunidades. Algunos estudios revelan que el calentamiento global ha alterado la abundancia y la diversidad de comunidades microbianas terrestres, acuáticas y atmosféricas, con efectos en cascada sobre la salud de los ecosistemas y la dinámica de las enfermedades. Por ejemplo, los periodos calurosos prolongados favorecen la proliferación de bacterias en el agua, como se ha observado con especies del género *Vibrio* en el mar Báltico y en el mar del Norte; esto se relaciona con el aumento en el riesgo de infecciones humanas (Frank et al., 2006).

En los ecosistemas terrestres, los cambios en los patrones pluviales pueden concentrar microorganismos fecales y otros patógenos en fuentes de agua men-
guantes. Las lluvias repentinas pueden arrastrar microbios acumulados hacia sistemas hídricos más amplios, lo que genera brotes de cólera, shigelosis y leptospirosis (Dietrich et al., 2023).

Deshielo del permafrost y microorganismos antiguos

El deshielo del permafrost en regiones polares y subpolares ha emergido como una preocupación significativa. Debido al aumento de la temperatura global, algunos microorganismos antiguos y patógenos inactivos que han estado atrapados durante miles de años en las capas de suelo congelado pueden liberarse en los ecosistemas circundantes. Se han documentado algunos casos, como brotes de ántrax en Siberia, atribuidos a la reactivación de esporas de *Bacillus anthracis* en cadáveres de animales enterrados en el permafrost.

El alcance de sus riesgos aún no se comprende por completo. No obstante, la liberación de bacterias, virus e, incluso, genes de resistencia a antibióticos

antiguos representa amenazas potenciales para la salud humana, la agricultura y la fauna silvestre. Cabe mencionar que la actividad humana se ha expandido hacia zonas del Ártico que anteriormente eran inaccesibles (Ma et al., 2021).

Eventos climáticos extremos y dinámica de los patógenos

Inundaciones, olas de calor, sequías, tormentas y otros eventos extremos ocurren con mayor frecuencia e intensidad debido al cambio climático, con profundas implicaciones ecológicas. Por ejemplo, las inundaciones contaminan depósitos acuáticos con aguas residuales, lo que provoca picos de enfermedades como el cólera, la shigelosis e infecciones por *E. coli*. Como ya vimos, las olas de calor favorecen la proliferación de algunos patógenos en suministros de agua y alimentos, como el *Vibrio* y la *Salmonella*, que resulta en mayores tasas de enfermedades gastrointestinales (Dietrich et al., 2023). Las sequías concentran patógenos en cuerpos de agua limitados, que crean cultivos de hongos, como los causantes de la coccidioidomicosis (fiebre del valle), cuyas esporas se esparcen en el aire durante periodos secos y ventosos (Gorris et al., 2018). Por último, las tormentas de viento y polvo pueden transportar bacterias, virus y esporas fúngicas a largas distancias.

Asimismo, estos eventos afectan las infraestructuras sanitarias: reducen el acceso al agua potable, aumentan el hacinamiento y la migración, factores que contribuyen a la rápida propagación de enfermedades infecciosas en las regiones afectadas (Edelson et al., 2023).

En resumen, el cambio climático transforma los ecosistemas microbianos, pues se ha alterado la ecología y la evolución de los microorganismos, lo que reconfigura las comunidades y desplaza la carga de enfermedades. La liberación de microbios antiguos del permafrost en descongelación y los efectos disruptivos de los fenómenos meteorológicos extremos añaden complejidad e imprevisibilidad, lo que subraya la necesidad de una investigación sólida, vigilancia y adaptación de la salud pública para proteger a las comunidades ante las amenazas microbianas en rápida evolución.

Enfermedades infecciosas emergentes que se asocian al cambio climático

Enfermedades transmitidas por vectores

El cambio climático ha alterado la ecología, la actividad estacional y la distribución geográfica de vectores como mosquitos y garrapatas. Con el aumento de la temperatura global y los cambios en los patrones de lluvia y humedad, muchas especies ampliaron sus periodos de actividad e invaden nuevos hábitats, incluso en latitudes y altitudes que antes eran inadecuadas por el frío o la aridez. Por ejemplo, el mosquito *Aedes albopictus*, un vector importante del dengue y el chikunguña, expandió su criadero hacia el norte de Europa y de América, aprovechando los inviernos suaves y las lluvias recurrentes (Caminade et al., 2019). Los mosquitos del género *Anopheles*, responsables de la transmisión de la malaria, se detectan en mayores altitudes en África, Nepal y América del Sur (Anikeeva et al., 2024).

Estos cambios han permitido el desarrollo de enfermedades transmitidas por vectores en nuevas regiones: malaria, dengue, chikunguña, virus del Nilo Occidental, encefalitis japonesa y la enfermedad de Lyme. Por ejemplo, el dengue ha sido documentado en Europa meridional (Francia, Croacia, Madeira), Estados Unidos y China en los últimos años. Por su parte, las enfermedades transmitidas por garrapatas, como la de Lyme y la encefalitis, aumentaron en el norte y este de Europa, Canadá y en Rusia (Caminade et al., 2019).

Enfermedades zoonóticas

Las alteraciones ecológicas, como la deforestación, la fragmentación de hábitats, la modificación de los procesos migratorios de fauna silvestre y en la dinámica poblacional animal, han aumentado el contacto entre la vida silvestre, el ganado y los seres humanos, lo cual ha intensificado el riesgo de transmisión de patógenos zoonóticos. El desplazamiento de reservorios animales debido a la pérdida de hábitats o a cambios en los recursos alimentarios acerca nuevos patógenos a las poblaciones humanas que pueden desbordarse. Eventos climáticos extremos, como inundaciones o sequías, pueden

concentrar animales y humanos alrededor de fuentes de agua limitadas o forzar migraciones, lo que eleva el riesgo de transmisión de enfermedades (Rupasinghe et al., 2022).

Los factores que intensifican el riesgo de zoonosis incluyen los cambios de temperatura y de precipitación. Estos afectan la supervivencia y distribución tanto de patógenos como de sus vectores; la disrupción de ecosistemas que aproxima especies hospedadoras diversas. Las enfermedades zoonóticas con incidencia creciente o expansión geográfica vinculada al clima incluyen infecciones por hantavirus, fiebre del Valle del Rift, ántrax y gripe aviar (Caminade et al., 2019).

Enfermedades transmitidas por medio del agua

El colapso de la infraestructura hídrica tras inundaciones favorece desproporcionadamente la proliferación y transmisión de patógenos por medio del agua. Las aguas cálidas, estancadas o contaminadas son ideales para el crecimiento de *Vibrio spp.* (causantes de vibriosis y cólera), *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella* y protozoos como *Cryptosporidium* y *Giardia* (Dietrich et al., 2023).

Este riesgo se debe principalmente a la contaminación de fuentes de agua potable y recreativa con aguas residuales. Las comunidades sin acceso a agua potable y saneamiento adecuado son las más vulnerables. Los brotes de cólera, shigelosis, salmonelosis y otras enfermedades diarreicas son comunes cuando las inundaciones coinciden con el colapso de la infraestructura o condiciones de hacinamiento.

Por otro lado, las sequías concentran patógenos en fuentes de agua menguantes, lo que incrementa la exposición en poblaciones que dependen de suministros compartidos o no tratados. Así, la carga de enfermedades transmitidas por medio del agua se intensifica, especialmente para comunidades de bajos ingresos y desplazadas (Baker et al., 2022).

Infecciones fúngicas

El calentamiento global provoca la aparición y propagación de patógenos fúngicos clínicamente significativos. Algunas especies, como la *Coccidioides* (causante de la fiebre del valle), la *Cryptococcus gattii* y la *Candida auris*, expandieron su

rango geográfico y ecológico. Se han visto brotes de coccidioidomicosis en América del Norte (Gorris et al., 2018), y de *C. auris* —una levadura multirresistente— en varios continentes, probablemente favorecida por los factores que hemos mencionado anteriormente (Casadevall et al., 2019).

La microbiota fúngica se adapta a diferentes condiciones mediante la selección evolutiva; por ejemplo, la resistencia al calor y a la desecación o la salinidad, características cada vez más favorecidas conforme los entornos se calientan o se distorsionan. Estos cambios socavan las fronteras tradicionales de las enfermedades y originan brotes en regiones que se consideraban de bajo riesgo (Anikeeva et al., 2024).

Los acelerados cambios ambientales están reestructurando profundamente la epidemiología global de las enfermedades infecciosas. La temperatura, la humedad y los fenómenos meteorológicos extremos no sólo alteran la ecología de patógenos, vectores y huéspedes, también vulneran a las sociedades humanas, en particular aquellas con recursos y capacidad de adaptación limitados. Reconocer y abordar estas amenazas infecciosas dinámicas debe ser una piedra angular de la estrategia moderna de salud pública.

Impacto en la resistencia antimicrobiana

La creciente amenaza por la resistencia antimicrobiana (RAM) se relaciona bastante con los efectos del cambio climático. Las alteraciones ambientales han acelerado su desarrollo y la diseminación de resistencia, lo que complica los esfuerzos para combatir enfermedades infecciosas (Edelson et al., 2023).

Temperatura, replicación bacteriana y resistencia

Como vimos, el aumento de temperatura incrementa las tasas de replicación bacteriana. Las condiciones cálidas a menudo aceleran los procesos metabólicos de las bacterias, lo que conduce a un crecimiento y reproducción más veloz. Esta proliferación ofrece un entorno propicio para el desarrollo y la propagación de genes de resistencia; las bacterias pueden adquirir mutaciones o mecanismos de transferencia horizontal de genes con mayor facilidad bajo condiciones

de estrés. Algunos estudios han demostrado una correlación directa entre la temperatura local y la resistencia a los antibióticos; una diferencia de 10 °C se asocia con aumentos significativos de resistencia en bacterias comunes como *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Staphylococcus aureus* (MacFadden et al., 2018).

Ambientes contaminados y propagación de genes de resistencia

Los ambientes terrestres, acuáticos y atmosféricos contaminados juegan un papel crítico en la diseminación de genes de resistencia. Las fuentes contaminadas con desechos sirven como reservorios de bacterias y genes de resistencia que facilitan su propagación. Además, los eventos climáticos extremos pueden provocar la contaminación de los suministros de agua con patógenos y residuos antibióticos, que facilitan la expansión de cepas resistentes. Por ejemplo, las inundaciones pueden sobrecargar los sistemas de aguas residuales, liberando bacterias en el ambiente. De forma similar, el escurrimiento agrícola que contiene antibióticos contamina cuerpos de agua cercanos, lo cual promueve la supervivencia y propagación de bacterias resistentes en ecosistemas acuáticos. Incluso, la contaminación del suelo por el uso de estiércol de animales tratados con antibióticos contribuye a la persistencia y diseminación de genes de resistencia en el ambiente (Burnham, 2021).

A medida que el cambio climático altere las condiciones ambientales, es probable que las dinámicas de la RAM evolucionen, lo que requerirá una vigilancia más estricta y enfoques integrados para mitigar su impacto en la salud pública.

Estrategias de vigilancia y control desde la salud pública

Para combatir eficazmente los riesgos crecientes de enfermedades infecciosas, los sistemas sanitarios deben adoptar estrategias innovadoras de vigilancia y control. Entre ellas, integrar datos climáticos y ambientales con el monitoreo tradicional de enfermedades, fomentar la colaboración intersectorial y fortalecer las respuestas basadas en la comunidad.

Sistemas de vigilancia eficaces para predecir brotes relacionados con el clima

Los sistemas tradicionales, que dependen de datos históricos, a menudo no logran capturar adecuadamente la compleja dinámica de las enfermedades infecciosas sensibles al clima. Los sistemas eficaces integran múltiples fuentes de datos para mejorar la capacidad de preparación y respuesta ante estos brotes.

- ♦ **Vigilancia integrada de enfermedades y vectores.** Estos sistemas integran datos fundamentales: de enfermedades (laboratorios, proveedores de salud), entomológicos (densidad y distribución de vectores) y meteorológicos (temperatura, precipitaciones, humedad). Por ejemplo, la integración del Sistema de Alerta y Respuesta Temprana (SART) de México ha mejorado notablemente la vigilancia del dengue, el cual ofrece predicciones más precisas y una implementación más temprana de medidas de mitigación (Cardenas et al., 2022).
- ♦ **Teledetección y SIG.** Las tecnologías de teledetección satelital y los sistemas de información geográfica (SIG) identifican patrones climáticos espaciales y temporales. Estos se aplican para predecir epidemias y dirigir esfuerzos preventivos hacia ubicaciones y poblaciones en riesgo.
- ♦ **IA y aprendizaje automático.** Los avances recientes en inteligencia artificial (IA) y aprendizaje automático se incorporan a los sistemas de vigilancia de enfermedades infecciosas y vectores, así como a los sistemas de alerta temprana, para unificar datos de diversas fuentes y generar evaluaciones de riesgo oportunas (Yeh et al., 2023).

Integración de la microbiología ambiental en los sistemas de salud pública

La microbiología ambiental desempeña un papel crucial en la comprensión de cómo los patógenos interactúan en su entorno y se propagan a las poblaciones humanas. Integrar esta disciplina en los sistemas de salud pública puede mejorar los esfuerzos de vigilancia e informar intervenciones específicas.

- ♦ **Monitoreo ambiental.** El monitoreo sistemático de muestras de agua, suelo y aire en busca de patógenos, genes de resistencia antimicrobiana

y otros indicadores proporciona señales de advertencia temprana sobre amenazas potenciales.

- ♦ **Vigilancia de aguas residuales.** La detección de patógenos en aguas residuales puede prevenir la transmisión comunitaria antes de su detección clínica (McLellan y Eren, 2014).
- ♦ **Estudios ecológicos.** La investigación de los impactos del cambio climático en la estructura y función de las comunidades microbianas en ambientes naturales puede predecir la aparición de nuevos patógenos y comprender la dinámica de las enfermedades a nivel ecosistémico.

Al integrar la microbiología ambiental en los sistemas de salud pública y aplicar enfoques de Una Salud, las comunidades pueden mejorar su capacidad para predecir, prevenir y responder a brotes de enfermedades infecciosas relacionadas con el cambio climático, protegiendo la salud pública en un mundo cambiante.

Fortalecimiento de los sistemas de salud frente al cambio climático y las enfermedades infecciosas

Construir sistemas de salud capaces de adaptarse y mitigar los impactos debe ser una prioridad global. Se requiere un enfoque multidimensional que incluya una mayor preparación, una educación reforzada y la integración de tecnologías sostenibles.

Medidas para la adaptación de los sistemas de salud

Los sistemas sanitarios deben adoptar medidas integrales para enfrentar de manera efectiva el creciente y cambiante riesgo de enfermedades infecciosas exacerbadas por el cambio climático. Las estrategias clave incluyen:

- ♦ **Mejorar los sistemas de vigilancia y alerta temprana.** Los sistemas sólidos e integrados son fundamentales. Estos deben combinar la notificación tradicional de enfermedades con vigilancia entomológica (vectores) y da-

tos meteorológicos para predecir brotes y comprender la distribución geográfica del riesgo. Desarrollar y perfeccionar sistemas de alerta temprana que avisen sobre condiciones propicias para brotes, lo que permite asignar recursos proactivamente e implementar intervenciones específicas. Los sensores remotos por satélite, SIG e IA mejoran significativamente la capacidad predictiva de estos sistemas (Yeh et al., 2023).

- ♦ **Fortalecer al personal sanitario.** Los profesionales de la salud deben obtener el conocimiento y las habilidades necesarias para identificar, tratar y manejar enfermedades infecciosas sensibles al clima, especialmente en regiones donde emergen. Los planes de estudio y los programas de educación continua deben incorporar componentes basados en evidencia sobre estos impactos, incluida una formación en recolección de datos y vigilancia, con el objetivo de mejorar la precisión de la información.
- ♦ **Colaboración intersectorial y enfoque Una Salud (One Health).** Se requiere una fuerte colaboración entre sectores como salud, agricultura, meteorología, medio ambiente y sanidad animal. Adoptar el enfoque Una Salud, que reconoce la interconexión entre salud humana, animal y ambiental, es clave para desarrollar estrategias eficaces de vigilancia, prevención y control. La información compartida de manera oportuna y transparente entre agencias y regiones es crítica en esta colaboración (Zinsstag et al., 2018).
- ♦ **Asignación de recursos y desarrollo de infraestructura.** Se necesitan inversiones dirigidas para apoyar a los sistemas de salud, en particular en países de ingresos bajos y medianos, así como comunidades rurales, que suelen estar desproporcionadamente afectadas y con recursos limitados. Además, fortalecer capacidades de laboratorio, mejorar la infraestructura sanitaria (acceso a saneamiento y agua potable) y garantizar suministros y personal suficientes para responder a brotes (Wu et al., 2016).
- ♦ **Infraestructura sanitaria resiliente al clima.** Las propias instalaciones deben resistir eventos climáticos extremos. Implica garantizar el suministro fiable de electricidad y agua, la integridad estructural y planes de contingencia para mantener los servicios durante y después de desastres climáticos.

El papel de la educación comunitaria y profesional

La educación es imprescindible en los esfuerzos de prevención y adaptación. En cuanto a la participación comunitaria, se debe concientizar sobre el cambio climático, las condiciones ambientales y el riesgo de enfermedades infecciosas. Las comunidades informadas previenen mejor; por ejemplo, con acciones como el uso de mosquiteros, prácticas de higiene en agua y alimentos, eliminación de criaderos de vectores y el reconocimiento de síntomas tempranos de enfermedades sensibles al clima. Involucrar a las comunidades locales en las intervenciones de vigilancia y control, especialmente en zonas socioeconómicamente desfavorecidas, puede mejorar la efectividad de los programas de salud pública.

Por el otro lado, los proveedores de servicios de salud, los profesionales y los responsables de salud ambiental necesitan una formación especializada sobre los impactos del cambio climático. Esta instrucción puede mejorar la precisión diagnóstica, el asesoramiento a pacientes y la participación en la vigilancia e investigación, lo que fortalece la respuesta del sistema (Zinsstag et al., 2018).

Tecnologías verdes o sostenibles en la prevención de enfermedades infecciosas

La integración de este tipo de tecnologías ofrece vías innovadoras para reducir el riesgo de enfermedades infecciosas, a su vez que contribuye a mitigar el cambio climático.

- ♦ **Gestión sostenible del agua y el saneamiento.** Implementar tecnologías para captar el agua fluvial, su purificación y el tratamiento seguro de aguas residuales, especialmente en comunidades vulnerables y zonas afectadas por la escasez de agua o inundaciones. La mejora en la infraestructura de saneamiento evita la contaminación de fuentes de agua con patógenos fecales (Titcomb et al., 2024).
- ♦ **Control ecológico de vectores.** Estrategias como bioplaguicidas, mejoras en el diseño de viviendas y el manejo del hábitat (agua estancada) ofrecen alternativas sostenibles a los pesticidas químicos, minimizando el daño

ambiental y la resistencia a insecticidas. La introducción de *Wolbachia* en mosquitos *Aedes* para prevenir la transmisión del dengue es un ejemplo de un método biológico de control novedoso (Lu et al., 2020).

- ♦ **Agricultura y uso del suelo sostenible.** Promover prácticas agrícolas que reduzcan la deforestación, minimicen el contacto humano-fauna silvestre, y disminuyan la dependencia de antimicrobianos en la ganadería puede reducir el riesgo de enfermedades zoonóticas y la propagación de la resistencia antimicrobiana. La reforestación y el aumento de áreas verdes en entornos urbanos también aporta beneficios para la salud, aunque se requiere planificación cuidadosa para evitar la creación inadvertida de hábitats para vectores.
- ♦ **Infraestructura verde y planificación urbana.** Diseñar ciudades verdes, mejores sistemas de drenaje y una gestión sostenible de residuos puede reducir el efecto de la isla de calor urbano, gestionar aguas pluviales y disminuir los criaderos de vectores (Titcomb et al., 2024).

Al adoptar estas estrategias multifacéticas, los sistemas de salud pueden combatir la creciente amenaza de enfermedades infecciosas en un clima cambiante, que a su vez protege la salud pública y promueve el desarrollo sostenible.

Conclusión

La compleja relación entre cambio climático y enfermedades infecciosas representa uno de los desafíos de salud pública más formidables del siglo XXI. De nuestra exploración surgen varias lecciones clave. En primer lugar, el cambio climático no es una amenaza lejana o abstracta, sino un motor activo y acelerado de la aparición, reaparición y redistribución de enfermedades infecciosas en todo el mundo. Segundo, los microorganismos son profundamente sensibles a las alteraciones en la temperatura, la humedad y los eventos climáticos extremos, lo que provoca cambios en la virulencia patógena, la ecología de los vectores y la susceptibilidad de los receptores. Tercero, los impactos multifacéticos incluyen enfermedades transmitidas por vectores, zoonóticas, transmitidas por el agua y fúngicas, e incluso exacerbando la resistencia a los

antimicrobianos. Por último, estos efectos no se distribuyen de manera uniforme, sino que afectan de forma desproporcionada a poblaciones vulnerables y a sistemas de salud con capacidad de adaptación limitada.

El abordaje eficaz de esta relación requiere un enfoque transdisciplinario. Ninguna disciplina por sí sola posee todo el conocimiento ni las herramientas necesarias para enfrentar este desafío. El progreso global depende de fomentar colaboraciones sólidas entre climatólogos, ecólogos, microbiólogos, epidemiólogos, profesionales de la salud pública, veterinarios, científicos sociales, ingenieros y responsables de políticas públicas. Un marco de trabajo basado en el enfoque Una Salud es crucial para comprender la aparición de enfermedades zoonóticas y coordinar los esfuerzos de vigilancia y respuesta entre sectores. Al romper los silos disciplinares y promover asociaciones sinérgicas, un enfoque transdisciplinario puede conducir a una comprensión más integral de los riesgos, al desarrollo de soluciones más innovadoras y sostenibles, y a la creación de estrategias más eficaces, equitativas y resilientes para proteger la salud global en una era de cambios ambientales sin precedentes.

Referencias

- Anikeeva, O., Hansen, A., Varghese, B., Borg, M., Zhang, Y., Xiang, J. y Bi, P. (2024). The impact of increasing temperatures due to climate change on infectious diseases. *BMJ*, 387, eo79343. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-079343>
- Baker, R. E., Mahmud, A. S., Miller, I. F., Rajeev, M., Rasambainarivo, F., Rice, B. L., Takahashi, S., Tatem, A. J., Wagner, C. E., Wang, L. F., Wesolowski, A., y Metcalf, C. J. E. (2022). Infectious disease in an era of global change. *Nature Reviews Microbiology*, 20(4), pp. 193-205. <https://doi.org/10.1038/s41579-021-00639-z>
- Burnham, J. P. (2021). Climate change and antibiotic resistance: A deadly combination. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, 8, 2049936121991374. <https://doi.org/10.1177/2049936121991374>
- Caminade, C., McIntyre, K. M., y Jones, A. E. (2019). Impact of recent and future climate change on vector-borne diseases. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1436(1), pp. 157-173. <https://doi.org/10.1111/nyas.13950>

- Cardenas, R., Hussain-Alkhateeb, L., Benitez-Valladares, D., Sánchez-Tejeda, G. y Kroeger, A. (2022). The Early Warning and Response System (EWARS-TDR) for dengue outbreaks: Can it also be applied to chikungunya and Zika outbreak warning? *BMC Infectious Diseases*, 22(1), p. 235. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07197-6>
- Casadevall, A., Kontoyiannis, D. P., y Robert, V. (2019). On the Emergence of *Candida auris*: Climate Change, Azoles, Swamps, and Birds. *mBio*, 10(4), 10.1128/mbio.01397-19. <https://doi.org/10.1128/mbio.01397-19>
- Dietrich, J., Hammerl, J. A., John, A., Kappenstein, O., Loeffler, C., Nöckler, K., Rosner, B., Spielmeier, A., Szabo, I. y Richter, M. H. (2023). Impact of climate change on foodborne infections and intoxications. *Journal of Health Monitoring*, 8(Suppl 3), pp. 78-92. <https://doi.org/10.25646/11403>
- Edelson, P. J., Harold, R., Ackelsberg, J., Duchin, J. S., Lawrence, S. J., Manabe, Y. C., Zahn, M. y LaRocque, R. C. (2023). Climate Change and the Epidemiology of Infectious Diseases in the United States. *Clinical Infectious Diseases*, 76(5), pp. 950-956. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac697>
- Frank, C., Littman, M., Alpers, K. y Hallauer, J. (2006). *Vibrio vulnificus* wound infections after contact with the Baltic Sea, Germany. *Euro Surveillance: Bulletin European Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin*, 11(8), Eo60817.1. <https://doi.org/10.2807/esw.11.33.03024-en>
- Gorris, M. E., Cat, L. A., Zender, C. S., Treseder, K. K. y Randerson, J. T. (2018). Coccioidomycosis Dynamics in Relation to Climate in the Southwestern United States. *GeoHealth*, 2(1), pp. 6-24. <https://doi.org/10.1002/2017GH000095>
- Interagency Working Group on Climate Change and Health (U.S.). (2010). *A Human health perspective on climate change; a report outlining the research needs on the human health effects of climate change*. Environmental Health Perspectives and the National Institute of Environmental Health Sciences.
- Lu, P., Sun, Q., Fu, P., Li, K., Liang, X. y Xi, Z. (2020). Wolbachia Inhibits Binding of Dengue and Zika Viruses to Mosquito Cells. *Frontiers in Microbiology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.01750>
- Ma, Y., Destouni, G., Kalantari, Z., Omazic, A., Evengård, B., Berggren, C. y Thierfelder, T. (2021). Linking climate and infectious disease trends in the Northern/Arctic Region. *Scientific Reports*, 11(1), 20678. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-00167-z>

- MacFadden, D. R., McGough, S. F., Fisman, D., Santillana, M. y Brownstein, J. S. (2018). Antibiotic resistance increases with local temperature. *Nature Climate Change*, 8(6), 510–514. <https://doi.org/10.1038/s41558-018-0161-6>
- McLellan, S. L. y Eren, A. M. (2014). Discovering new indicators of fecal pollution. *Trends in Microbiology*, 22(12), pp. 697-706. <https://doi.org/10.1016/j.tim.2014.08.002>
- Rupasinghe, R., Chomel, B. B. y Martínez-López, B. (2022). Climate change and zoonoses: A review of the current status, knowledge gaps, and future trends. *Acta Tropica*, 226. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2021.106225>
- Titcomb, G., Uelmen, J., Janko, M. y Nunn, C. (2024). Infectious disease responses to human climate change adaptations. *Global Change Biology*, 30(8). <https://doi.org/10.1111/gcb.17433>
- Wu, X., Lu, Y., Zhou, S., Chen, L. y Xu, B. (2016). Impact of climate change on human infectious diseases: Empirical evidence and human adaptation. *Environment International*, 86, 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2015.09.007>
- Yeh, K. B., Parekh, F. K., Mombo, I., Leimer, J., Hewson, R., Olinger, G., Fair, J. M., Sun, Y. y Hay, J. (2023). Climate change and infectious disease: A prologue on multidisciplinary cooperation and predictive analytics. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1018293>
- Zinsstag, J., Crump, L., Schelling, E., Hattendorf, J., Maidane, Y. O., Ali, K. O., Muhammed, A., Umer, A. A., Aliyi, F., Nooh, F., Abdikadir, M. I., Ali, S. M., Hartinger, S., Mäusezahl, D., de White, M. B. G., Cordon-Rosales, C., Castillo, D. A., McCracken, J., Abakar, F. y Cissé, G. (2018). Climate change and One Health. *FEMS Microbiology Letters*, 365(11), fnyo85. <https://doi.org/10.1093/femsle/fnyo85>

Prevención del cáncer de mama desde la salud pública: programas de detección temprana y su impacto en poblaciones en situación de marginación

Belén Elizabeth Flores Jacobo
Reyna Jazmín Martínez Arriaga
Sergio Osvaldo Meza Chavolla

El cáncer de mama es una enfermedad que se caracteriza por la formación de células malignas en los tejidos mamarios (Instituto Nacional del Cáncer, 2013). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el segundo tipo de cáncer más común a nivel global y el primero en países de ingresos económicos medio-bajos y bajos (2024b). Según este mismo reporte, a pesar de su prevalencia en países de ingresos altos, la mortalidad es mucho menor en comparación con otros. Esto se debe a una serie de determinantes, como la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios y su organización, la falta de concientización y educación a poblaciones vulnerables, entre otros.

La creación, implementación y evaluación de programas de detección temprana, así como el acceso oportuno al tratamiento, son fundamentales para reducir su mortalidad, especialmente en poblaciones vulnerables en las que los servicios son reducidos.

Frente a este panorama, el objetivo de este capítulo es abordar la prevención en poblaciones marginadas. Para ello se analizan algunos programas y organismos nacionales e internacionales para la detección temprana del cáncer.

Prevención del cáncer de mama

La prevención implica una serie de medidas que reduzcan la probabilidad de que la enfermedad se presente (NCI, 2025). Sin embargo, aun cuando ya esté, se pueden tomar acciones para que no se agrave. En este sentido, la prevención se clasifica en tres tipos: primaria, secundaria y terciaria. De acuerdo con los *Manuales Médicos Merck* (MSD, s. f.), la primaria pretende impedir la aparición de la enfermedad: la vacunación y en ocasiones la quimioprevención. En la secundaria se detecta la enfermedad para tratarla de forma temprana, lo que minimiza la aparición de síntomas graves. Por último, la terciaria trata una enfermedad diagnosticada para evitar complicaciones o daños más graves.

Respecto a la prevención primaria del cáncer de mama se han documentado algunos factores de riesgo que se asocian a su inicio: modificables y no modificables.

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO SEGÚN BRITT ET AL. (2020)

MODIFICABLES	NO MODIFICABLES
- Hijos. Mayor riesgo en mujeres que tienen hijos a una edad más avanzada (>35 años) y en quienes no tienen. - Amamantamiento. Por cada 12 meses de amamantamiento, se reduce el riesgo en aproximadamente el 4%. - Sobrepeso y obesidad. Mujeres en postmenopausia con un alto índice de masa corporal presentan más riesgo. - Inactividad física. Actividad de moderada a vigorosa reduce hasta el 20% de riesgo. - Alcohol. Un alto consumo (3 a 6 copas de vino por semana) incrementa el riesgo hasta un 15%. - Alimentación. Una dieta reducida en grasas y alto consumo de verduras, frutas y granos reduce el riesgo hasta un 5%.	- Genética. Las variantes genéticas se asocian a la probabilidad de obtenerlo, como los genes <i>BRCA1</i> y <i>BRCA2</i>. - Edad de menarca y menopausia

A pesar de que el riesgo se reduce si se atienden las recomendaciones, aún hay probabilidad de presentar la enfermedad. En ese sentido, existen una serie de medidas de prevención secundaria: la detección temprana del cáncer de mama.

La OMS organiza la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama con el objetivo de reducir su mortalidad cerca del 2.5% anual. Para ello, plantean tres pilares: promoción de la salud para una detección precoz, diagnóstico oportuno y gestión integral del cáncer de mama. Resalta la importancia de educar sobre salud pública a las mujeres: que reconozcan los síntomas de alerta para una detección oportuna (OMS, 2024a).

Emplear estas medidas en poblaciones marginadas conlleva varios retos, entre ellos evaluar las condiciones locales para adaptar los programas y que sean eficaces (Manson y Achel, 2023).

El derecho a la salud y la protección de los grupos vulnerables

Los derechos humanos son universales, por ende, los merecen todas las personas sin distinción alguna. El derecho a la salud se reconoce legalmente en tratados internacionales y en la Constitución de la OMS, la cual establece que toda persona debe gozar del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados son responsables de implementar políticas que garanticen el acceso equitativo a servicios de calidad y abordar factores estructurales como la pobreza, la discriminación y la exclusión. Este derecho se conecta con otros: educación, alimentación, vivienda y trabajo. La cobertura sanitaria universal, basada en la atención primaria, es clave para garantizar este derecho de forma justa y accesible (ONU, 2023).

La Ley General de Salud, en el artículo 77, respaldado en el marco normativo de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), estipula que todos los mexicanos, sin importar su condición social, tienen el derecho constitucional a ser incluidos en el Sistema de Protección Social en Salud. Este organismo representa el compromiso estatal para garantizar el acceso

universal, oportuno, de calidad y gratuito a una atención médica integral, incluidos servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios. Se basa en una estrategia que abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Se priorizan las intervenciones según criterios de seguridad, eficacia, costo-efectividad, ética profesional y aceptación social (CNDH, 2015).

Respecto al acceso a la salud y su normativa aplicable, uno de los principales desafíos es el aumento proyectado en la incidencia y mortalidad por cáncer de mama, impulsado por el envejecimiento de la población, los cambios en los patrones reproductivos, el incremento de factores de riesgo y las dificultades para acceder a servicios oportunos de detección, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado. Frente a este panorama, la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2011) se consolidó como un instrumento normativo esencial. Su función es guiar sistemática y continuamente la implementación del programa nacional contra el cáncer de mama, con el objetivo de desarrollar la infraestructura necesaria, tanto física como en capital humano especializado. Esta normativa busca conseguir en el mediano plazo una cobertura amplia de mujeres en situación de riesgo, asegurando además el acceso a tratamientos eficaces que garanticen su recuperación (Secretaría de Salud, 2011).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) subrayan que una proporción considerable de la población mundial aún no cuenta con servicios de salud esenciales. Para lograr una atención equitativa, es indispensable reducir las desigualdades existentes, con atención a diversos determinantes, como los factores ambientales y comerciales. Abordar estas brechas es clave para garantizar la salud para todas las personas, en concordancia con las metas de los ODS (ONU, 2023). En la tabla 2 se muestran las metas ODS 3 relacionadas con el acceso a la salud y la atención a enfermedades crónicas.

TABLA 2. METAS DEL ODS 3: SALUD Y BIENESTAR

METAS ODS 3	DESCRIPCIÓN
3.8	Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales y a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad.
3.b	Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo. Facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha, relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos.
3.c	Aumentar sustancialmente el financiamiento en salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en pequeños Estados insulares.
3.d	Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de la salud nacional y mundial.
Nota: adaptación de las metas ODS 3, de la ONU.	

Comunidades marginadas y acceso a la salud

La marginación es la imposibilidad de una persona para integrarse a los procesos de desarrollo en los que le gustaría participar y así mejorar su situación económica y social (Herrero, 2019). La marginación, dentro de un contexto específico, se entiende como una situación que afecta a ciertos grupos que no están plenamente integrados en la sociedad. Esta exclusión se define en contraste con aquellos que sí son integrados al grupo social dominante. La marginación se manifiesta en distintas áreas: social, económica, cultural, profesional, política, entre otras (Soto Villalba, 2021).

Según la CONAPO (2011), la marginación es un fenómeno complejo y estructural que surge del modelo económico vigente, el cual distribuye de forma desigual los beneficios del desarrollo y excluye a ciertos grupos del proceso productivo. Esta exclusión se manifiesta en la falta de oportunidades sociales y en la incapacidad, muchas veces impuesta, de acceder a ellas o generarlas. Además, implica la privación de bienes y servicios esenciales para el bienestar. Como resultado, las comunidades marginadas viven en condiciones de alta vulnerabilidad social que no pueden resolver por sí solas, ya que no dependen de decisiones individuales, sino de un sistema limitante. Estas desventajas se acumulan con el tiempo, lo cual genera escenarios cada vez más difíciles de superar. En la figura 1 se presentan las dimensiones de la marginación según la CONAPO (2011, p. 15).

FIGURA 1. DIMENSIONES DE LA MARGINACIÓN

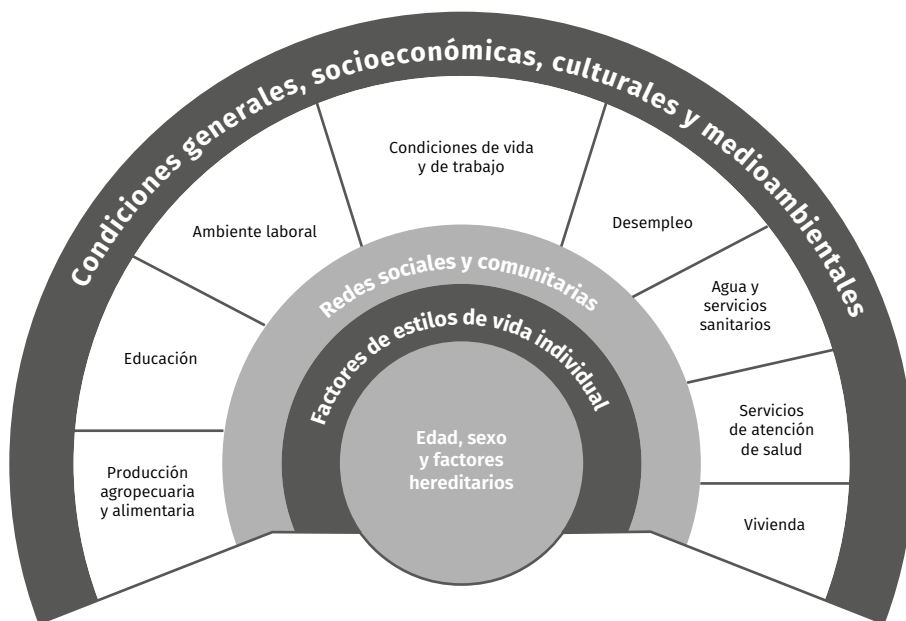


La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, de la OMS, subraya la importancia de la investigación para comprender las desigualdades e inequidades sanitarias. A través de la Declaración Política de Río (2011), los

países asumieron el compromiso de monitorear, analizar y abordar dichas inequidades. Estos acuerdos sentaron las bases para profundizar en el estudio de los factores sociales que inciden en enfermedades crónicas, como el cáncer (Brown et al., 2017).

Es una realidad que las mujeres con cáncer de mama enfrentan diversos determinantes sociales: estatus socioeconómico (medido por los ingresos y el nivel educativo), edad, religión, condiciones laborales, discriminación racial, grado de apoyo social, entre otros. La bibliografía revisada muestra que estos elementos influyen, en distinta medida, en la aparición de la enfermedad, en su detección en etapas más avanzadas y en una menor tasa de supervivencia (Rodríguez-González et al., 2023). En la figura 2 se muestran los determinantes sociales que impactan a la salud en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead (1993).

FIGURA 2. MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE DAHLGREN Y WHITEHEAD (1993)



Nota: tomado de *Etiquetado nutricional frontal y su impacto en la salud pública. Consideraciones bioéticas* (p. 32), Sierra (2021).

En los países en desarrollo, los bajos ingresos de gran parte de la población hacen que el acceso a servicios médicos dependa principalmente de políticas públicas e infraestructura estatal. La atención sanitaria enfrenta múltiples desafíos debido a la limitada disponibilidad de recursos, que deben distribuirse en diversas enfermedades. Las acciones en salud pública se guían por normativas nacionales, que dependen tanto de la educación como de la capacidad del sistema para atender la demanda. Por ejemplo, en el caso de la mastografía, evaluar su accesibilidad es compleja, ya que no existen indicadores específicos y se entrelazan factores como el contexto cultural, la infraestructura, la organización del sistema y la escasez de personal capacitado. Además, el acceso no sólo implica tener el equipo, sino asegurar estudios de calidad, diagnósticos oportunos y la posibilidad de realizar pruebas complementarias. Las deficiencias logísticas y tecnológicas dificultan la cobertura y retrasan la atención oportuna (Da Costa Vieira et al., 2017).

Del mismo modo, Castro (2017) refiere que el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama está marcado por desigualdades sociales y estructurales. Las mujeres con bajo nivel educativo, en situación de pobreza o que viven en comunidades rurales, enfrentan mayores dificultades para acceder a servicios de salud, diagnósticos y tratamiento. La limitada infraestructura, la escasez de personal capacitado y la débil comunicación institucional agravan el problema. Muchas recurren a acciones legales para recibir atención, y existe poca cobertura en prevención y promoción. Estas condiciones reflejan un sistema de salud fragmentado que perpetúa brechas y afecta especialmente a mujeres en situación de vulnerabilidad.

Detección temprana del cáncer de mama en poblaciones marginadas y su impacto

La detección temprana implica identificar oportunamente los síntomas, así como considerar estrategias de tamizaje en mujeres sin signos evidentes. Estas acciones facilitan la recolección de datos sobre la incidencia y la mortalidad de este cáncer en una población específica. Si la información sobre el tamaño

del tumor y el estadio clínico en el diagnóstico se registra adecuadamente en sistemas hospitalarios, regionales o nacionales, se convierte en una herramienta clave para evaluar la efectividad de los programas de detección. Asimismo, estas iniciativas deben adaptarse al contexto cultural de la población, considerar los recursos económicos disponibles y asegurar su viabilidad a largo plazo (OPS, 2017).

Para Sayed et al. (2023), en los países de ingresos bajos y medianos, muchas mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama en etapas avanzadas. Esto se debe principalmente a deficiencias en los sistemas de salud, escasa accesibilidad a centros especializados y ausencia de programas de detección temprana. Además, una vez diagnosticadas, muchas no completan su tratamiento, ya que los costos económicos suelen recaer directamente en ellas. A esto se suman fallos estructurales, como la falta de servicios adecuados o el desconocimiento del personal sobre los síntomas del cáncer. También influyen barreras socioculturales, como el estigma social o la preferencia por terapias alternativas, lo que retrasa aún más el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Según McWilliams et al. (2022), en los países en desarrollo las mastografías no se realizan por barreras estructurales del sistema sanitario, como el acceso limitado a servicios médicos, los altos costos y la dificultad para obtener estudios complementarios. La baja adherencia a los programas de tamizaje se relaciona con deficiencias del sistema público, el cual es difícil evaluar dada la ausencia de indicadores específicos. Además, el contexto cultural, la falta de personal capacitado y la organización ineficaz del diagnóstico dificultan una atención ágil y efectiva. Esta situación puede analizarse considerando la disponibilidad de mastografías, la cobertura poblacional y la calidad de los estudios, así como la posibilidad de realizar pruebas adicionales como biopsias.

Una apuesta es la evaluación económica de programas de salud pública enfocados en poblaciones marginadas, ya que permite identificar el uso eficaz y eficiente de los recursos disponibles. Un ejemplo destacado es el Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (NBCCEDP, por sus siglas en inglés), impulsado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos.

Este demuestra que el análisis económico, sistemático y transparente puede orientar decisiones basadas en evidencia, mejorar la eficiencia y promover la equidad en la asignación de recursos. Este tipo de evaluación resulta clave para garantizar que los servicios de prevención y promoción lleguen a quienes más lo necesitan. Además, las lecciones aprendidas pueden aplicarse a otras estrategias, como el Programa Nacional Integral para el Control del Cáncer, lo que fortalece su impacto en comunidades vulnerables y contribuye a cerrar brechas a la atención sanitaria (Khushalani et al., 2019).

Naab Manson y Gyingiri Achel (2023) mencionan que para lograr una implementación efectiva de programas para detectar tempranamente el cáncer de mama, se requiere una evaluación de las condiciones locales, incluidas la carga de la enfermedad, la infraestructura, los recursos y los impedimentos socioculturales.

De modo similar, la OPS (2017) establece algunas recomendaciones para detectar anticipadamente el cáncer de mama en países de medianos o bajos ingresos:

- ♦ Realizar campañas de concientización adaptadas a la comunidad local, que incluyan educación sobre los beneficios de los estudios de tamizaje.
- ♦ Hacer esfuerzos colaborativos con el sistema hospitalario, centros de salud y secretarías o ministerios de salud.
- ♦ Optimizar las consultas de atención primaria, incluida la capacitación en los proveedores de atención primaria sobre las medidas de detección precoz.
- ♦ Optimizar los servicios de remisión especializados, en especial en países como México, pues puede tardar mucho y se pierde tiempo en el proceso. Mejorar las redes de remisión, la comunicación entre proveedores y el acceso oportuno a la atención.
- ♦ Utilizar distintos métodos de detección oportuna. En países de ingresos bajos la exploración clínica de las mamas es un componente clave en las campañas de detección.

Resalta la importancia de adaptar los programas de detección temprana del cáncer de mama a las necesidades de poblaciones marginadas, ya que la salud es un derecho fundamental.

Conclusiones y recomendaciones

La detección temprana del cáncer de mama es una estrategia esencial en salud pública para reducir la mortalidad, especialmente en poblaciones marginadas, donde los determinantes (nivel socioeconómico, educación, acceso a servicios de salud y barreras culturales) limitan las oportunidades de diagnóstico y tratamiento oportunos. Los hallazgos evidencian que, a pesar de la existencia de programas de detección, su cobertura y efectividad siguen siendo desiguales. Esto se debe a múltiples factores, como la falta de infraestructura y de personal capacitado, indicadores claros de evaluación y condiciones estructurales que perpetúan la exclusión social.

Las experiencias revisadas, tanto locales como internacionales, muestran que los programas más exitosos se adaptan al contexto local, promueven la educación comunitaria y aseguran una atención integral que va más allá del tamizaje y la detección precoz.

Para mejorar la efectividad y equidad de estos programas, es indispensable fortalecer la colaboración entre sectores clave. El gobierno debe asumir su responsabilidad al garantizar el derecho a la salud mediante políticas públicas inclusivas y normativas actualizadas. Las organizaciones no gubernamentales pueden aportar conocimiento del contexto, redes comunitarias y recursos complementarios. Mientras, la participación de la comunidad permite construir estrategias culturalmente pertinentes y sostenibles. A través de la articulación intersectorial se garantizará que las mujeres en situación de vulnerabilidad tengan acceso real y oportuno a la detección y tratamiento del cáncer de mama, avanzando hacia una cobertura universal que no deje a nadie atrás.

Referencias

Britt, K. L., Cuzick, J. y Phillips, K.A. (2020). Key steps for effective breast cancer prevention. *Nature Reviews Cancer*, 20(8), pp. 417-436. <https://doi.org/10.1038/s41568-020-0266-x>

- Brown, C. R., Hambleton, I. R., Hercules, S. M., Alvarado, M., Unwin, N., Murphy, M. M., Harris, E. N., Wilks, R., MacLeish, M., Sullivan, L., Sobers-Grannum, N., Alvarado, M., Bennet, N., Bidulescu, A., Brown, C.R., Ferguson, T., Francis, D., Hambleton, I. R., Harris, E. N. y The U.S. Caribbean Alliance for Health Disparities Research Group (USCAHDR) (2017). Social determinants of breast cancer in the Caribbean: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0540-z>
- Castro, V. (2017). *Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016* [Tesis, Universidad del Norte]. <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/7879>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2015). *Marco Normativo Ley General de Salud*. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/LeyGS_2015novo4.pdf
- Consejo Nacional de Población (2011). *Concepto y dimensiones de la marginación*. <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1755/1/images/01Capitulo.pdf>
- Da Costa Vieira, R. A., Biller, G., Uemura, G., Ruiz, C. A. y Curado, M. P. (2017). Breast cancer screening in developing countries. *Clinics*, 72(4), pp. 244-253. [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(04\)09](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(04)09)
- Herrero, S. (2019). Comunidades aisladas y dispersas, comunidades en condición de marginación en Ecuador. *Estudios Sociedad e Agricultura*, 27(1), pp. 47-66. <https://doi.org/10.36920/esa-v27n1-3>
- Instituto Nacional del Cancer (3 de enero, 2013). *Prevención del cáncer de seno (mama)* (nciglobal,ncienterprise) [pdqCancerInfoSummary]. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/prevencion-seno-pdq>
- Khushalani, J. S., Trogon, J. G., Ekwueme, D. U. y Yabroff, K. R. (2019). Economics of public health programs for underserved populations: A review of economic analysis of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. *Cancer Causes y Control*, 30(12), pp. 1351-1363. <https://doi.org/10.1007/s10552-019-01235-6>
- Manson, E. N. y Achel, D. G. (2023). Fighting breast cancer in low-and-middle-income countries. What must we do to get every woman screened on regular basis? *Scientific African*, 21, eo1848. <https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2023.eo1848>

- McWilliams, L., Groves, S., Howell, S. J. y French, D. P. (2022). The Impact of Morbidity and Disability on Attendance at Organized Breast Cancer-Screening Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 31(7), 1275–1283. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-21-1386>
- MSD Manuals (s. f.). *Tres niveles de prevención*. Recuperado el 21 de mayo de 2025 de <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/multimedia/table/tres-niveles-de-prevención>
- Organización de las Naciones Unidas (2023). Salud y desarrollo sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud (2024a). Cáncer de mama. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Organización Mundial de la Salud (2024b). Cancer Today. <https://gco.iarc.who.int/today/>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Detección temprana: Concientización sobre la salud mamaria y exploración clínica de las mamas. https://www.paho.org/sites/default/files/2018-2/UICC_EarlyDetection_BreastAwareness_SPANISH_FA.pdf
- Rodríguez-González, N., Ramos-Monserrat, M. J. y De Arriba-Fernández, A. (2023). ¿Cómo influyen los determinantes sociales de la salud en el cáncer de mama? *Revista de Senología y Patología Mamaria - Journal of Senology and Breast Disease*, 36(3). <https://doi.org/10.1016/j.senol.2022.100467>
- Sayed, S., Ngugi, A. K., Nwosu, N., Mutebi, M. C., Ochieng, P., Mwenda, A. S. y Salam, R. A. (2023). Training health workers in clinical breast examination for early detection of breast cancer in low- and middle-income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD012515. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012515.pub2>
- Secretaría de Salud (2011). Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011#gsc.tab=0
- Sierra, L. M. (2021). Etiquetado nutricional frontal y su impacto en la salud pública. Consideraciones bioéticas. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(3), 26-34. <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n3.214>
- Soto Villalba, G. D. (2021). *Marginalidad, marginación y exclusión social*. <http://repository.unicatolica.edu.co/handle/20.500.12237/2165>

La salud mental en enfermería: prioridad para el sistema sanitario

Sendy Meléndez Chávez
Sara Huerta González
Mónica Isabel Contreras Estrada
Jesús Emilio Ramírez Yáñez

Existen fechas que no se podrán olvidar en la historia médica. Uno de ellas ocurrió en mayo de 2019, cuando la 72 Asamblea Mundial de la Salud designó el 2020 como el Año Internacional de los Profesionales de Enfermería y de Partería (OPS, 2019). Aquello sin saber que ese año todos los profesionales de la salud defenderían en una batalla contra un problema inesperado: la pandemia por covid-19. El gremio médico fue de los más afectados y el personal de enfermería el más expuesto cada día.

Ese mismo año se conmemoraron dos siglos del nacimiento de Florence Nightingale. Es curioso que sería un año en que el mundo entero se enfrentaría a una lucha por la supervivencia. Todos los sectores, en especial de salud, enfrentaron uno de los más grandes desafíos sanitarios de este siglo (OMS, 2020). Esta problemática llevó a cada individuo al distanciamiento social; con ello, a reflexionar sobre sus efectos en futuras generaciones y sobre todo en la importancia de la profesión de enfermería (Costa et al., 2020).

La pandemia generó grandes pérdidas e incalculables efectos para toda la población. En el área de la salud, uno de los más relevantes fue el impacto a la salud mental del personal, en particular, de enfermería y medicina. Este gremio atendía a pacientes contagiados, lo que los expuso a desarrollar trastornos psicológicos y hasta enfermedades mentales graves, considerando las pérdidas de personas cercanas. La lista de problemas que se presentaron es grande: la exposición a riesgos psicosociales como el síndrome de *burnout*, ansiedad, estrés

y hasta depresión, se vivieron durante el trabajo diario. Sus emociones se afectaron por cuidar a los pacientes con covid-19 (Lai et al., 2020).

Se cree que el síndrome de burnout y la salud mental se relacionan. Si los sentimientos, las actitudes y los pensamientos de una persona están alterados, no sólo repercuten en su salud física, sino que afectan holísticamente todas las esferas. La salud mental determina el manejo del estrés, las relaciones personales y la toma de decisiones, por lo que es importante en todas las etapas de vida del ser humano (Chavez et al., 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define “la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”. Según esta definición, los problemas de salud mental comprenden un fenómeno complejo determinado por factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, que incluyen padecimientos como depresión, ansiedad, epilepsia, demencia, esquizofrenia y trastornos del desarrollo en la infancia, algunos que se han agravado en los últimos tiempos (Sandoval, 2005).

Así pues, centrarse en los profesionales de enfermería se debe a su tipo de trabajo. Al ofrecer su servicio a la población con los problemas psicosociales que tratan, pueden dañar su salud física y mental. Se sabe que la enfermería responde a las necesidades de los usuarios. Por ejemplo, durante guerras cuidaban heridos en zonas de combate y hospitales militares; cuando las comunidades se enfrentaron a crisis sanitarias como epidemias y escasez de recursos sanitarios, los profesionales de enfermería crearon programas de vacunación en comunidades, además de la creación de promoción a la salud (Reynoso, 2019), lo que representa el cumplimiento al cuidado sanitario.

Ante este panorama, es importante mencionar que los trabajadores y las trabajadoras de la salud, dadas las características de su ardua y desgastante labor, constituyen un grupo de alta vulnerabilidad, que principalmente afecta al personal de enfermería (Aldrete et al., 2015).

Los profesionales de la salud desempeñan un trabajo cotidiano en organizaciones con características propias. Por ejemplo, la enfermería procura funcionar 24 horas diarias, 365 días del año, tanto en el tratamiento de la enfermedad como en el cuidado. Por ello, la Unión Europea concluyó que los riesgos psicosociales representan un gran problema para su salud mental.

Este gremio está en constante contacto con personas que tienen problemas o motivos de sufrimiento. Esto implica un trabajo agotador física y psíquicamente, el cual podría desencadenar un bajo desempeño en sus actividades, por lo que se hace hincapié en cuidar su salud mental (Ruíz et al., 2017).

Durante el primer año de pandemia, un estudio en China divulgó información preocupante sobre las ramificaciones psicológicas que tenía el covid-19 en la atención médica. La encuesta, realizada a más de 1200 enfermeras y médicos de Wuhan y China continental, reveló que más del 50% presentaba síntomas de depresión y más del 70% de angustia psicológica (Morganstein, 2020).

Dicho esto, es importante revisar el panorama de salud en México durante la pandemia, el cual mostró gran escasez de profesionales de enfermería: entre 20 y 29 trabajadores por cada 10 000 habitantes. Este desequilibrio representó un riesgo potencial para la salud física y mental. Como se mencionó, estuvieron en la primera línea de batalla contra el covid-19. Por ello es esencial que reciban el apoyo necesario y se reconozcan las carencias que el país padece en el rubro médico (Morales Navarro, 2020).

A pesar de haber terminado la pandemia, los problemas de salud mental en los trabajadores aún tienen efectos marcados y secuelas importantes; por ejemplo, el estrés y la ansiedad son reacciones normales. De ahí la necesidad de ofrecer apoyo psicológico, en particular para cuidadores de enfermos en este tipo de circunstancias. Buen número de enfermeras y enfermeros completan turnos laborales extenuantes, en lo que se exponen al sufrimiento humano (Consejo Internacional de Enfermeras, 2020).

Asimismo, durante la pandemia algunos trabajadores percibieron que su familia o la comunidad no querían acercarse debido al riesgo, al estigma o al temor de contagio. Sin embargo, los pacientes contaban con ellos, llevándolos a sentimientos encontrados por los trastornos de salud mental (OPS, 2020).

Durante este año, la Secretaría de Educación Pública (SEP) reconoció que uno de los retos a los que se enfrentaron los profesionales de enfermería fue el aumento en la atención asistencial, esto frente a la cruda realidad que se vivió. Cabe considerar que mientras se atendía a la población, muchos profesionales debían regresar a casa. Además del equipo insuficiente, los recursos limitados, el aumento de la demanda y la asistencia, la angustia de pacientes y el pánico de la sociedad que aumentó.

Las familias son cada vez más difíciles de manejar para el personal de enfermería, lo que provoca gran estrés en las zonas de atención directa. Ayudar a los necesitados puede ser gratificante, pero también difícil; se experimenta miedo, pena, frustración, culpa, insomnio o agotamiento (SEP, 2020).

El objetivo de este trabajo una revisión bibliográfica sobre el impacto en la salud mental en el personal de enfermería, provocada por la atención de pacientes durante y después a la pandemia por covid-19.

Metodología

Por su naturaleza, el diseño de este estudio es cuantitativo. Se empleó una técnica bibliométrica, que se utiliza para el estudio sistemático de la literatura científica durante y después de una búsqueda. Esta técnica permite buscar mediante la cuantificación de información bibliográfica susceptible de analizarse. Consiste en la aplicación de procedimientos cuantitativos y computarizados (Meza, 1996).

Para la búsqueda de estos registros se consideraron algunos descriptores: Medical Subject Headings (MeSH), Health Personnel, SARS-COV-2, Mental Health, Professional Burnout, Physiological Stress, Anxiety y Depression. Las bases de datos electrónicas consultadas fueron Pubmed, Scopus, Web of Science, CINAHL, en dos momentos: desde junio a noviembre de 2020, y de enero a abril de 2025. En el primer periodo se realizó una búsqueda sistemática de estudios que indagaran sobre la salud mental en profesionales sanitarios que asistían a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. En el segundo, algunos estudios sobre profesionales de la salud que atendían durante la pandemia y siguieran activos.

Para seleccionar los artículos se utilizaron los siguientes criterios:

- ♦ Originales publicados en revistas en inglés, español y portugués.
- ♦ Publicados en los últimos seis meses del 2020 y hasta el 2025.
- ♦ Originales, con enfoque cuantitativo, cualitativos, metaanálisis, comunicación breve y reporte de casos.

- ◇ Disponibles con texto completo y de libre acceso.
- ◇ Sometidos a revisión por pares.
- ◇ Que midieran alguno de estos valores o efectos: alteración de la salud mental; nivel de burnout, depresión, estrés y ansiedad; número de casos de profesionales con depresión, estrés o ansiedad; comparación de niveles al comparación entre país, profesión y servicio en la población de profesionales de enfermería.

Por el contrario, para excluir se usaron estos criterios:

- ◇ Estudios científicos con un idioma diferente al inglés, español o portugués.
- ◇ Estudios de bajo nivel científico-técnico tras aplicar la herramienta de evaluación de la calidad.
- ◇ Artículos sin respuesta a la pregunta de investigación y sin relación con el objetivo.
- ◇ Artículos con una población diferente a la mencionada (dentistas/odontólogos, farmacéuticos, médicos, paramédicos y trabajadores sociales).
- ◇ Artículos de revisiones sistemáticas, artículos de opinión, editoriales y cartas al director/editor.

Resultados

En la tabla 1 se presentan las características de los estudios encontrados durante la búsqueda.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS DURANTE LA BÚSQUEDA

PRIMER MOMENTO	SEGUNDO MOMENTO
Características Dato de búsqueda	Características Dato de búsqueda
Población Profesionales de enfermería	Población Profesionales de enfermería y de la salud

PRIMER MOMENTO	SEGUNDO MOMENTO
Resultados Nivel de burnout, presencia de alteración de la salud mental, estrés y ansiedad, número de casos de personas con depresión, comparación de niveles antes y durante la pandemia y comparación según turno/servicio.	Resultados Presencia de alteración de la salud mental, estrés, ansiedad, depresión, comparación de niveles durante y después de la pandemia.
Pregunta de investigación ¿Cómo se ve afectada la salud mental de los profesionales de enfermería al afrontar el estrés provocado al brindar asistencia a pacientes en periodo de covid-19?	Pregunta de investigación ¿Cómo se vio afectada la salud mental de los profesionales de enfermería y cuáles son los efectos postpandemia por covid-19?

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, en la figura 1 se incluyen los estudios más significativos correspondientes a la etapa post-pandemia.

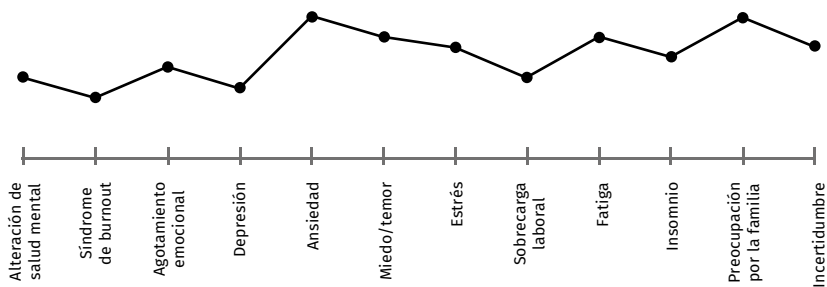
FIGURA 1. ESTUDIOS MÁS SIGNIFICATIVOS POSTPANDEMIA

Cualitativo		Cuantitativo	
Estudio cualitativo sobre las experiencias de las enfermeras en cuanto al estigma social. Estudio cualitativo 2021.	Ansiedad, depresión y estrés en personal de enfermería que trabaja en unidades de terapia intensiva con pacientes covid-19. Estudio cuantitativo 2021.	Trastornos mentales y calidad de vida relacionada con la salud en profesionales de Unidades de cuidados intensivos. Estudio cuantitativo 2022.	Síndrome de burnout en los profesiones de enfermería y su impacto en la satisfacción laboral. Estudio cuantitativo 2024.
		Salud mental en enfermería: un grito urgente de auxilio. Estudio cualitativo 2022.	La salud mental, la ética y los cuidados de enfermería. Estudio cualitativo 2022.
		Salud mental de enfermeras luego de la pandemia por el covid-19. Estudio cualitativo 2023.	Ansiedad, depresión y estrés postraumático en profesionales de enfermería durante la pandemia de covid-19, en la zona norte del Ecuador 2022 Estudio cuantitativo 2023.
Salud mental del personal de enfermería y sus repercusiones en el cuidado del paciente con covid-19. Estudio cuantitativo 2022.	Estrés laboral del personal de enfermería en una institución de tercer nivel de atención de la Ciudad de México.	Satisfacción, fatiga por compasión y factores asociados en las enfermeras de la atención primaria. Estudio cuantitativo 2021.	Enfermedad mental entre los profesionales de la salud durante la pandemia covid-19. Estudio cuantitativo
			Salud mental de médicos y enfermeras en situaciones de crisis sanitaria. Estudio cuantitativo 2022.

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, en la figura 2 se incluyen las categorías más frecuentes en los artículos incluidos en la revisión.

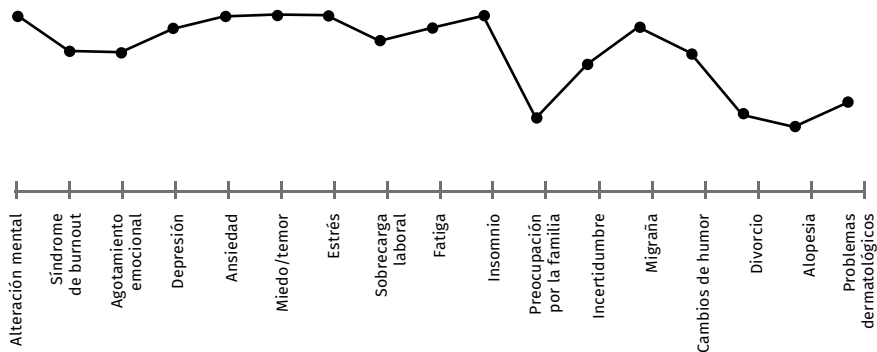
FIGURA 2. CATEGORÍAS MÁS FRECUENTES DURANTE LA PANDEMIA



Fuente: elaboración propia.

Finalmente, en la figura 3 se incluyen las categorías más reportadas relacionadas con problemas de salud mental en personal de enfermería.

FIGURA 3. CATEGORÍAS MÁS FRECUENTES POSTPANDEMIA



Fuente: elaboración propia.

Discusión

Los problemas que ya presentaban los trabajadores de salud, en especial el personal de enfermería, se acrecentaron considerablemente durante la pandemia. Los resultados del estudio destacan la ansiedad, la depresión y el estrés en el personal que trabajó en unidades de terapia intensiva con pacientes contagiados en Argentina. En el primer año de la pandemia, se registraron niveles elevados de ansiedad (72%), depresión (13.5%), desánimo y cansancio (80%), agotamiento mental (76%) y preocupación (75%). A pesar de ello, hubo algunos indicadores favorables: que no se sentían obligados al hacer las tareas y sentir que disfrutaban sus actividades (Torrecilla et al., 2021).

Además, no sólo las estadísticas mostraron datos importantes. En un estudio cualitativo sobre experiencias de enfermeras en cuanto al estigma social del covid-19 en Hail (Arabia Saudita), sobresalió el etiquetado de las enfermeras como enfermeras covid, frustración, miedo a lo desconocido, incertidumbre, la necesidad de apoyo de las enfermeras y el amor por la profesión, con un subtema de valía de las enfermeras (Pasayan et al., 2022).

La salud mental del personal de enfermería y sus repercusiones en el cuidado del paciente también se evidenciaron en Ecuador. En este trabajo se identificó que el personal participante presentó estrés, miedo, ansiedad, depresión y falta de concentración al cumplir sus tareas, con un nivel medio de afectación en su salud mental (Quiroz-Figueroa et al., 2022).

En el segundo año de la pandemia en nuestro país, los resultados variaron. Un estudio sobre el estrés laboral del personal de enfermería en una institución de tercer nivel en Ciudad de México, mostró que el 46.1% no tenía estrés, 18% señaló niveles de estrés medio y con alto sólo un 10.4% (Cortez-González et al., 2022).

Un estudio realizado en Perú sobre la salud mental de médicos y enfermeras en situaciones de crisis sanitaria, mostró que el 36.05% presentaba depresión, a predominio del nivel moderado; 55.81% presentaba ansiedad, a predominio del nivel leve; y 53.49% estrés, a predominio del nivel leve (Ayuque-Loayza et al., 2022).

Otro estudio relacionado demostró que el personal médico en su mayoría no usaba medicamentos psicotrópicos o terapia en los últimos 12 meses. Sin

embargo, se encontró que 31% tenían algún grado de depresión, 39% ansiedad y 38% estrés. Se identificó Burnout moderado y la mayoría se encontraba en la fase de despersonalización (Silva et al., 2024).

Los estudios sobre los efectos a la salud mental luego de la pandemia, reportan que los trastornos de mayor incidencia en las enfermeras que trabajaron con pacientes portadores de covid-19 fueron depresión, angustia, agotamiento, ansiedad y estrés, así como el trastorno de estrés postraumático (Lozano-Vargas, 2020).

Del mismo modo, la salud mental de la mano el síndrome de burnout en los profesionales ecuatorianos de enfermería y su impacto en la satisfacción laboral, también han sobresalido con un nivel alto de agotamiento emocional y presencia de despersonalización (Asanza et al., 2024).

Los datos durante la pandemia fueron significativos. Sin embargo, los efectos todavía no pueden medirse de forma certera. Toda vez que estos aún están presentes en el personal, los efectos a largo plazo en la familia, en la persona de forma física, emocional, espiritual, económica y en todos los roles que desempeñan los profesionales de enfermería.

No obstante, estar en la primera línea durante la atención transformó todo el sistema de salud mundial. Estos profesionales no han sido atendidos, evaluados y reconocidos como merecen, sobre todo para minimizar los efectos y mejorar la calidad de vida y atención. Aún continúan en el trabajo pisando las sombras que este fenómeno dejó. Se requiere ampliar la línea de investigación y que el sistema emprenda acciones para mejorar la atención de los trabajadores, así como prevenir problemas y efectos mayores en su salud física y mental.

Referencias

- Aldrete, M. G., Navarro, C., González, R., Contreras, M. I. y Pérez, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Ciencia & trabajo*, 17(52), 32–36. <https://doi.org/10.4067/So718-24492015000100007>
- Asanza, J. S. P., Córdova-Torres, J. M., y Preciado, A. M. S. (2024). Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería y su impacto en la satisfacción laboral. *Domínio de las Ciencias*, 10(3), 886–900. <https://doi.org/10.23857/dc.v10i3.3962>

- Ayunque-Loayza, A., Luna-Muñoz, C., Puicon, W. D. C., Vinelli-Arzubíaga, D. y Cruz-Vargas, J. A. D. la. (2022). Salud mental de médicos y enfermeras en situaciones de crisis sanitaria. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 51(3), e02201995–e02201995.
- Chavez, S. M., González, S. H., Velázquez, E. H., Acosta, B. J. L. y Bastián, M. del C. S. (2016). Síndrome de Burnout y Salud Mental en Enfermeras de un hospital. *Nure Investigación*. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/801>
- Consejo Internacional de Enfermeras (2020). Actualización del CIE sobre el COVID-19: La nueva orientación sobre salud mental y apoyo psicosocial contribuirá a aliviar los efectos del estrés en el personal sometido a gran presión. ICN. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/pr_05_icn%20update%20covid-19_final_v2_ES.pdf
- Cortez-González, L. C., Pantoja-Herrera, M., Cortes-Montelongo, D. B., Tello-García, M. A. y Nuncio-Domínguez, J. L. (2022). Estrés laboral del personal de enfermería en una institución de tercer nivel de atención de la ciudad de México. *Investigación y Pensamiento Crítico*, 10(2), pp. 4-22. <https://doi.org/10.37387/ipc.v10i2.288>
- Costa, R., Lino, M. M., Souza, A. I. J. de, Lorenzini, E., Fernandes, G. C. M., Brehmer, L. C. de F., Vargas, M. A. de O., Locks, M. O. H. y Gonçalves, N. (2020). Enseñanza de enfermería en tiempos de COVID-19: ¿Cómo reinventarla en este contexto? *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29, e20200202. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0002-0002>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. y Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), pp. 51-56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Morales Navarro, D. (2020). Acciones del personal de salud del área estomatológica en relación a la COVID-19. *Revista Cubana de Estomatología*, 57(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072020000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Organización Mundial de la Salud (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

- Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud (2019). 72 Asamblea Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/72-asamblea-mundial-salud>
- Organización Panamericana de la Salud (18 de marzo, 2020). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
- Pasay-an, E., Alshammari, F., Mostoles Jr., R., Gattud, V., Cajigal, J. y Buta, J. (2022). Estudio cualitativo sobre las experiencias de las enfermeras en cuanto a estigma social en el contexto de la COVID-19. *Enfermería Clínica*, 32(2), pp. 75-82. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.05.004>
- Quiroz-Figueroa, M. S., Segovia-Piguabe, M. M., Salvador-Cortez, K. R. y Tomalá-Orrala, K. L. (2022). Salud mental del personal de enfermería y sus repercusiones en el cuidado del paciente con Covid-19. *Dominio de las Ciencias*, 8(1), pp. 839-858. <https://doi.org/10.23857/dc.v8i1.2526>
- Ramírez, M. R. y Ontaneda, M. P. (2019). Relación entre Síndrome de Burnout y la salud en enfermeras. *Revista Cubana de Educación Superior*.
- Reynoso, A. V. (2019). *La salud mental en México*. Facultad de Psicología-Xalapa. https://www.uv.mx/psicologia/files/2019/06/salud_mental.pdf
- Ruíz, A. M., Tovar, J. A. y Andrade, V. (2017). Experiencias del personal de enfermería de salud mental ante estresores ocupacionales en una Institución prestadora de Servicios de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*, 19(2), pp. 171-185. <https://doi.org/10.22267/rus.171902.80>
- Sandoval, J. M. (2005). *La salud mental en México*. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Silva, M. C. P., Da Queiroz, V. C., Andrade, S. S. da C., Silva, C. C. S. y Pereira, V. C. L. da S. (2024). Enfermedad mental entre los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. *Enfermería Global*, 23(1), pp. 206-255. <https://doi.org/10.6018/eglobal.569741>
- Torrecilla, N. M., Victoria, M. J., y Minzi, M. C. R. (2021). Ansiedad, depresión y estrés en personal de enfermería que trabaja en unidades de terapia intensiva con pacientes con COVID-19, Mendoza, 2021. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, e41-e41.

Revisión narrativa sobre intervenciones clínicas psicológicas para familiares de personas desaparecidas

Laura Guadalupe Aguilar Salazar
Mercedes Gabriela Orozco Solís
María Guadalupe Valerio Gómez

En México, las desapariciones se han convertido en una constante cada vez más visible. De acuerdo con el Informe del Movimiento por Nuestros Desaparecidos en México (MNDM, 2023), en el marco del Examen Periódico Universal de México de 2024, hay más de 100 000 personas reportadas como desaparecidas o no localizadas.

En Jalisco, según el Registro Estatal de Personas Desaparecidas (2025), se contabilizaron 15 534 personas desaparecidas y no localizadas: 13 745 hombres y 1 789 mujeres. Guadalajara, Zapopan, Tlajomulco de Zúñiga, Tlaquepaque y Tonalá son los municipios con más registros en todo el estado. Ante estos datos, el Dr. David Coronado Arias, quien dirigió la investigación “Geolocalización de la desaparición de personas en Jalisco”, mencionó la existencia de una relación entre los municipios con mayor cantidad de desapariciones con los flujos o centros económicos. Rescata que las desapariciones se presentan en zonas con poder adquisitivo menor, por lo general desatendidas por el Estado. Como mencionaba el Dr. David Coronado Arias, en estas zonas, la población es económicamente activa baja, y la cercanía con el mercado informal se da de manera más intensa, puntualizando que “las personas que desaparecen no tienen impacto en el rango social y otras personas que tienen importancia en el rango social inmediatamente aparecen”.

La desaparición forzada es un fenómeno con repercusiones integrales: no sólo se afecta la integridad y derechos humanos de quien desaparece, sino que todo el entorno social recibe un impacto. En este sentido, los familiares suelen

ser los más afectados, siendo considerados también como víctimas. Este hecho deja importantes consecuencias emocionales que afectan significativamente la vida diaria (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2014). Por tanto, como mencionan Castro y Quenoran (2018), los familiares o aquellos con una relación inmediata con la persona desaparecida son víctimas indirectas. De este modo, representa un papel importante en el circuito de violencia, porque también se perjudica indirectamente.

Las víctimas secundarias o indirectas de las desapariciones se encuentran en una situación de vulnerabilidad debido a la violencia e ineficiencia de los organismos del Estado; así como a la presencia de consecuencias psicológicas y sociales que generan gran malestar y un deterioro en la calidad de vida. Como resultado, y siguiendo lo expuesto por el Comité Internacional de la Cruz Roja (2014), se presentan afecciones psicológicas y psicosociales a nivel individual, como incertidumbre angustiosa, sentirse atrapados entre la esperanza y la desesperación, culpa, autorreproche, rabia y pérdida de interés en ámbitos sociales o emocionales.

A su vez, estas afectaciones psicológicas difieren de otras sintomatologías, como el duelo patológico o prolongado. Este es un factor importante, debido a que la incertidumbre por la persona desaparecida no permite conciliar un duelo. Boss (2001) conceptualiza estas respuestas como consecuencia de la pérdida ambigua, resultado de la falta de información sobre la persona desaparecida o de la percepción conflictiva de la familia sobre qué miembros están presentes o ausentes en un entorno íntimo.

El fenómeno de las desapariciones tiene gran impacto a nivel psicológico y social. Después de los desaparecidos, los más afectados son las personas inmersas en ese entorno, principalmente sus familias. Es una realidad que, debido al carácter psicosocial del fenómeno de la desaparición forzada que tiene su origen en una fuerte injusticia social, la mayor parte del esfuerzo se ha centrado en contextualizar el fenómeno desde su impacto social. Sin embargo, esto deja fuera del análisis la vivencia y el carácter psicosocial que experimentan los familiares, área en la que la psicología clínica enfrenta el reto de generar intervenciones que realmente los acompañen en esos procesos largos y dolorosos.

En la actualidad, a pesar de la magnitud del problema, son pocas las investigaciones que se han enfocado en generar estrategias de intervención clínica. Es necesario integrar revisiones sobre el abordaje hecho, de manera que sea

posible establecer nuevas formas de acompañar a estas familias. El objetivo de este capítulo es describir las intervenciones clínicas psicológicas diseñadas para acompañar a familiares de personas desaparecidas, buscando establecer el enfoque y alcance que han tenido.

Metodología

Este estudio es una revisión narrativa: una descripción de la actualidad de un tema a partir de la bibliografía de un protocolo que no es sistemático (Pardal-Refoyo, 2023).

Para efectos de esta revisión, se identificaron las intervenciones clínicas psicológicas dirigidas a familiares de personas desaparecidas que se han documentado, sus alcances y las metodologías. Por tanto, se realizó una búsqueda en las bases de datos EBSCO, Scopus, PubMed, Scielo y Google Scholar, en la que se recuperaron artículos publicados desde 2001 al 2025. Las palabras buscadas fueron “intervención”, “personas desaparecidas” y “pérdida ambigua”, en español; “intervention”, “missing persons” y “ambiguous loss”, en inglés; en los operadores AND y OR de manera conjunta, siendo el término principal “personas desaparecidas”. Como parte del análisis, se registró el año, el país, el tipo de artículo y los principales resultados.

Resultados

En cuanto a las propuestas desde el área clínica, se han realizado algunos estudios que buscan estrategias para trabajar, intervenir o acompañar a las víctimas de desaparición. Los abordajes documentados e investigados son reducidos y parten de distintos enfoques metodológicos y clínicos. Entre ellos: la investigación de Hagl et al. (2015), Lenferink et al. (2019), Morales y Vargas (2023), Arreola et al. (2016) y Hernández et al. (2020). Asimismo, se encontró otro tipo de abordaje, no clínico pero enfocado en el acompañamiento de víctimas indirectas de desaparición: Robins (2016), Andersen et al. (2020), Boss (2003) y Acevedo et al. (2016).

Intervención desde un enfoque clínico

Los estudios mencionados con abordaje clínico parten de algún tipo de enfoque terapéutico. En Hagl et al. (2015), con un enfoque Gestalt, se compara la eficacia de una intervención de exposición dialógica con la técnica de silla vacía en un grupo de apoyo de 19 mujeres bosnias con síntomas derivados de “pérdida traumática”, entre las que se encontraban personas con familiares desaparecidos en la guerra. Algunas variables que se midieron antes y después del tratamiento fueron los índices de estrés postraumático, salud mental y duelo.

Entre los resultados de esta investigación se encontró que, tanto en la intervención de exposición dialógica con silla vacía, como en el grupo control donde las mujeres hablaban de sus esposos, hubo una mejora significativa desde el inicio hasta el postratamiento para ambos tipos de pérdida, en términos de síntomas postraumáticos, salud mental y reacciones de duelo, con excepción de la depresión y el duelo traumático en el grupo control. En este sentido, se menciona que el efecto antes y después del tratamiento fue moderado ($d = 0.56$) para el grupo de exposición dialógica y pequeño ($d = 0.34$) para el de apoyo. Concluye que la exposición dialógica fue superior en cuanto al duelo traumático (d de Cohen = 0.37) y la evitación postraumática ($d = 0.73$) después del tratamiento.

Continuando con las investigaciones arrojadas, Arreola et al. (2016) emplearon un enfoque logoterapéutico, en Guerrero (México) con la colaboración de cuatro madres y padres de familia (tres mujeres y un hombre). La estrategia utilizada fue un taller vivencial de cinco sesiones. No se realizaron evaluaciones antes o después; no obstante, se asegura en los resultados mediante la interpretación de las narrativas, que los participantes pudieron expresar con seguridad sus sentimientos, valoraron las cosas agradables de su vida, manifestaron el deseo de interactuar o relacionarse con otras personas y resignificaron el valor de la familia.

Por su parte, Lenferink et al. (2019) parten de un enfoque cognitivo-conductual con atención plena, y utilizan la mediación de las variables de trastorno de duelo prolongado (TDP), trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). En esta investigación se trabajó a la población adulta holandesa en un grupo control y otro de intervención. Los asignados en el grupo de tratamiento inmediato comenzaron, mientras los del grupo de control en lista de espera iniciaron el tratamiento después de 12 semanas.

Los resultados mencionan que la terapia cognitivo-conductual con *mindfulness* se ve como una opción viable, que muestra mejoras en los niveles de psicopatología. Los participantes en el grupo de intervención ($n = 5$) experimentaron, en promedio, una reducción al menos dos veces mayor en los niveles de TDP, TDM y TEPT, en comparación con los puntajes del grupo de control en lista de espera ($n = 4^*$).

En esta línea, Hernández et al. (2020) realizaron una investigación teórica como parte de un avance de tesis doctoral para la elaboración de un protocolo de investigación desde la terapia de aceptación y compromiso. El objetivo fue diseñar un protocolo de intervención psicosocial para modificar los niveles de estrés y tipos de resiliencia en madres con hijos desaparecidos en Ciudad Juárez. Las variables que se sugieren evaluar antes y después de la intervención son estrés, esperanza y resiliencia. En el protocolo se observa la validación y normalización de las emociones experimentadas, identificación de valores y de estrategias de evitación o control, toma de perspectiva, de fusión cognitiva, conductas de autocuidado y yo como observador en la mediación entre la visión de un yo como víctima y yo como sobreviviente.

Finalmente, Morales y Vargas (2023) plantean un acompañamiento desde un enfoque narrativo, dirigido a 11 personas pertenecientes a un colectivo de búsqueda en el norte de México. Se plantea la contribución de este enfoque a la construcción de sentido en las experiencias de dolor extremo que desafíen los discursos patologizantes de la salud mental. Esto con el objetivo de proponer ejes en el encuentro terapéutico para una práctica clínica mayormente comprometida. Dado que esta propuesta no busca la modificación de síntomas como tal, no se realizaron evaluaciones antes y después del acompañamiento; los resultados se observan en la variación de las narrativas presentadas por los consultantes.

Otro tipo de propuestas desde la psicología

Como se observó en el apartado anterior, existen intervenciones que parten de un enfoque clínico con estrategias o métodos específicos. No obstante, en la búsqueda surgieron otro tipo de propuestas que dan cuenta del quehacer del psicólogo desde diferentes formas de acompañar, más allá del contexto clínico.

Entre los artículos encontrados está el de Andersen et al. (2020), quienes investigan un acompañamiento de carácter psicosocial. Aplicaron evaluaciones antes y después del programa, que incluyeron la escala de ansiedad y depresión hospitalaria de 14 ítems (HADS), una versión de siete del Inventario Somático de Bradford (BSI) y una escala de funcionamiento de siete ítems desarrollada por CICR mediante el método de lista libre. Este acompañamiento a población tamil y musulmana consiste en identificar sus necesidades, el redireccionamiento a distintas instituciones según las problemáticas observadas, grupos de apoyo entre pares sobre diversos temas relacionados con las consecuencias psicológicas y psicosociales de tener un familiar desaparecido, así como actividades donde se recuerda y conmemora a las personas desaparecidas (participación local).

En cuanto a los resultados, la mayoría de los participantes mostraron niveles reducidos de ansiedad (81%), depresión (79%) y dolor somático (77%), así como un mayor funcionamiento (75%). Asimismo, se menciona que asistir al menos a tres sesiones grupales fue un predictor de disminución de la ansiedad.

En esta misma línea, Boss et al. (2003) realizaron un acompañamiento a familiares de personas afectadas durante el derrumbe de las Torres Gemelas en Nueva York, donde muchas personas no encontraron a sus familiares después de este evento. Al respecto, los autores refieren la utilización de un enfoque comunitario con grupos de diálogo entre los participantes, entre ellos personas adultas, adultas mayores y niños. Algunos de los objetivos de este proceso fueron: nombrar la situación que estaban viviendo (pérdida ambigua); propiciar un ambiente seguro para la familia donde puedan compartir sus percepciones; prevenir el conflicto relacional y la “parálisis familiar”; aumentar su tolerancia a la ambigüedad; y reconstruir los roles, las reglas y los rituales. Los resultados precisados fueron la disminución de la tendencia a sentirse culpables y culparse entre ellos, la apertura al diálogo y la remodelación de los rituales familiares.

Dentro de este apartado se encuentra la revisión teórica realizada por Robins (2016), quien propone una práctica terapéutica basada en la comunidad. Según el autor, el enfoque discursivo debe abordar tres áreas: el discurso que construye la ambigüedad, los significados e identidades que se constituyen

en este contexto; los discursos sobre significado e identidad entre la persona impactada por la pérdida y otros miembros de la familia o la comunidad; y los significados o narrativas que las víctimas secundarias de la desaparición dan a la situación a partir de estos discursos. Dado que esta propuesta es teórica, no se encontraron resultados empíricos. Se analiza un enfoque en términos de las comprensiones foucaultianas del discurso y se observan las implicaciones para el diseño y entendimiento de un enfoque terapéutico basado en la comunidad.

Las intervenciones y propuestas mencionadas (Andersen et al. 2020; Robins, 2016; Boss et al., 2003) parten del modelo comunitario de pérdida ambigua presentado por Boss (2001).

Finalmente, Acevedo et al. (2016) describen las experiencias de cuatro psicólogos que acompañan a familiares de víctimas de desaparición forzada en Medellín (Colombia) por medio de entrevistas semiestructuradas. Las categorías de análisis estudiadas son las herramientas y estrategias que utilizan en la intervención. Uno de los aspectos destacados en esta investigación es que los participantes coinciden en que el objetivo del acompañamiento es que el familiar alcance los recursos que le permitan una transformación del lugar en el que lo puso la desaparición, iniciando por el reconocimiento de que su situación no pertenece a un hecho aislado, sino que forma parte de un engranaje del conflicto armado derivado de las dinámicas sociopolíticas. Esto con el objetivo de minimizar el daño de la desaparición forzada desde prácticas que coinciden en el fenómeno estructural y contextual, devolviéndoles la capacidad de verse como personas con agencia. Dan importancia al trabajo desde lo simbólico, más allá de partir de enfoques clínicos específicos. De esta forma, resalta la importancia de tres elementos: ausencia de prejuicios, horizontalidad en la relación terapéutica y reconocimiento de las personas como un sujeto político.

TABLA 1. ACOMPAÑAMIENTOS E INTERVENCIONES DIRIGIDAS A FAMILIARES DE DESAPARECIDOS

AUTORES	AÑO	TÍTULO	PAÍS	TIPO DE ARTÍCULO	RESULTADOS PRINCIPALES
Boss, P., Beaulieu, L., Wieling, E., Turner, W. y La Cruz, S.	2003	Healing Loss, Ambiguity, and Trauma: a Community-based Intervention with Families of Union Workers Missing after the 9/11 Attack in New York City.	Nueva York	Estudio descriptivo de un acompañamiento familiar y comunitario.	Disminución de la tendencia a sentirse culpables y culparse entre ellos; apertura al diálogo y remodelación de los rituales familiares.
Hagl, M., Powell, S., Rosner, R., y Butollo, W.	2014	Dialogical Exposure with Traumatically Bereaved Bosnian Women: Findings from a Controlled Trial	Bosnia y Herzegovina	Investigación cuantitativa y experimental con grupo control	Las mejoras antes y después del tratamiento fueron moderadas ($d = 0.56$) para el grupo de exposición dialógica y pequeñas ($d = 0.34$) para el grupo de apoyo.
Robins, S.	2016	Discursive Approaches to Ambiguous Loss: Theorizing Community-Based Therapy After Enforced Disappearance	No aplica	Revisión teórica	Análisis de una práctica terapéutica basada en la comunidad, con un enfoque discursivo.
Arreola, C., Contreras, M. y Gómez del Campo, M.	2016	Efectos de la intervención logoterapéutica con padres de hijos desaparecidos, en San Miguel Totolapan (México)	México	Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico (tesis de licenciatura)	Los participantes expresaron con seguridad sus sentimientos, valoraron las cosas agradables de su vida y manifestaron el deseo de convivir con la gente, y sobre todo resignificaron el valor de la familia.

AUTORES	AÑO	TÍTULO	PAÍS	TIPO DE ARTÍCULO	RESULTADOS PRINCIPALES
Acedo, N., Bartolo, J. y Gómez, L.	2016	Intervenciones psicosociales con familiares de víctimas de desaparición forzada: estudio de caso con cuatro psicólogos de Medellín	Colombia	Investigación cualitativa: estudio de caso de cuatro psicólogos (tesis de licenciatura)	Rescata el enfoque psicosocial como una visión fundamental para el acompañamiento a familiares y resalta la insuficiencia de los enfoques clínicos.
Lenferink, L. I. M., De Keijser, J., Wessel, I. y Boelen, P.	2019	Cognitive behavioural therapy and mindfulness for relatives of missing persons: A pilot study	Países Bajos	Investigación cuantitativa experimental grupo control	La tasa de respuesta (31.7%) fue baja y la de abandono (47.1%) alta. La terapia cognitivo-conductual con atención plena coincidió con cambios en los niveles de psicopatología (g de Hedges: 0.35-1.09) y atención plena (g de Hedges: - 0.10-0.41).
Andersen, I., Poudyal, B., Abeyapala, A., Uriarte, C. y Rossi, R.	2020	Mental health and psychosocial support for families of missing persons in Sri Lanka: A retrospective cohort study.	Sri Lanka	Investigación cuantitativa de corte retrospectivo de un acompañamiento psicosocial	La mayoría de familiares de personas desaparecidas mostraron niveles reducidos de ansiedad (81%), depresión (79%) y dolor somático (77%), así como un mayor funcionamiento (75%).
Hernández, R., Quiñones, J. y Limas, A.	2020	Protocolo de intervención psicosocial para madres con hijos desaparecidos	México	Revisión teórica (tesis doctoral no publicada)	Protocolo de diez sesiones basado en terapia de aceptación y compromiso
Morales, M. y Vargas, B.	2023	Prácticas narrativas en el acompañamiento a familiares de personas desaparecidas	México	Investigación cualitativa con un enfoque narrativo	Se destaca el uso de las prácticas narrativas como una perspectiva que contribuye a construir sentido a las experiencias de dolor extremo.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

El objetivo de este capítulo fue describir las intervenciones clínicas psicológicas diseñadas para acompañar a familiares de personas desaparecidas, buscando establecer el enfoque y alcance que han tenido. Los resultados durante la presente revisión narrativa dan cuenta de las intervenciones y acompañamientos documentados. A través del análisis de diversas fuentes se identificaron aplicaciones desde enfoques clínicos, psicosociales y comunitarios.

Desde la psicología clínica, existen pocas propuestas que busquen abordar el malestar psicológico presentado, desde una perspectiva que vaya más allá del modelo biomédico patologizante.

Almanza et al. (2019), al hacer una descripción sobre la experiencia de madres cuyos hijos han desaparecido en Tamaulipas, plantean que es importante dejar de lado el hábito del campo clínico hegemónico de ignorar las implicaciones que tienen los discursos en el intento de “resolver” el problema clínico del otro, ya sea este paciente, cliente o usuario. En este ámbito, rara vez se exploran a fondo las condiciones contextuales que permiten la aparición y permanencia de la violencia social, ya que la atención suele centrarse en el cambio a nivel individual.

Por tanto, es necesario que existan propuestas de acompañamiento al malestar psicológico que viven los familiares de desaparecidos partiendo de modelos contextuales, con perspectivas sensibles a la problemática social, que busquen acompañar en sus procesos de resistencia.

En la revisión se observó a nivel mundial una cantidad reducida de investigaciones que den cuenta del quehacer del psicólogo en el acompañamiento o intervención con familiares de personas desaparecidas. También, una limitante identificada es el rigor metodológico de algunos de los artículos recuperados, como las tesis de licenciatura y la poca documentación de los procesos clínicos que se realizan en el país. Asimismo, se presenta variabilidad en la tasa de respuesta y abandono (e incluso no son identificadas en algunos estudios) y en el contexto sociocultural de cada país.

Conclusiones

La desaparición forzada en México representa una problemática compleja con importantes repercusiones psicosociales, no sólo para las personas desaparecidas, sino también para sus familiares, quienes sobrellevan experiencias dolorosas marcadas por la incertidumbre, el sufrimiento emocional, la desprotección y violencia institucional por parte del Estado y la estigmatización. Esta revisión narrativa permitió identificar diversas intervenciones psicológicas dirigidas a estos familiares, abarcando desde enfoques clínicos, como la terapia cognitivo-conductual, la logoterapia o la terapia de aceptación y compromiso, hasta propuestas psicosociales y comunitarias centradas en la construcción de sentido, el fortalecimiento del tejido social y la resignificación de las vivencias.

Los estudios revisados evidencian una escasa producción científica sistematizada y una limitada documentación empírica, especialmente en el contexto mexicano. Por lo anterior, se observa una diferenciación entre dos tipos de propuestas, una comunitaria o social, que se extiende más allá del consultorio y que no integra como tales abordajes clínicos específicos; y otra que se plantea desde el espacio clínico pero que no considera una perspectiva psicosocial y crítica ante el fenómeno y las experiencias que se acompañan. Adoptando así una postura despolitizada, que corre el riesgo de ignorar y replicar dinámicas de poder dentro del espacio psicoterapéutico y en el análisis del mismo.

Por último, es relevante mencionar que algunas de estas propuestas se quedan sólo en formulaciones teóricas, que, aunque son de suma relevancia, no cuentan con información empírica que enriquezca las tesis argumentadas, con el fin de contrastar su correspondencia con la realidad. Por ello, es urgente impulsar investigaciones que integren enfoques sensibles al contexto social y político, reconozcan a los familiares como sujetos activos de resistencia y promuevan prácticas clínicas no patologizantes que acompañen de manera ética, humana y con una postura crítica que permita una mirada más práctica y cercana a la complejidad de los fenómenos sin reducirlos solamente a síntomas por erradicar.

Referencias

- Acevedo, N., Bartolo, J. y Gómez, L. (2016). *Intervenciones psicosociales con familiares de víctimas de desaparición forzada: Estudio de caso con cuatro psicólogos de la ciudad de Medellín* [Tesis de licenciatura, Universidad de Antioquia]. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/baf21258-a259-43e2-a7c3-afbc8f3b442f/content>
- Andersen, I., Poudyal, B., Abeypala, A., Uriarte, C. y Rossi, R. (2020). Mental health and psychosocial support for families of missing persons in Sri Lanka: A retrospective cohort study. *Conflict and Health*, 14(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00266-0>
- Arreola, C., Contreras, M. y Gómez, M. (2016). Efectos de la intervención logoterapéutica con padres de hijos desaparecidos. El caso de San Miguel Totolapan (México). *Ánfora*, 23(40), pp. 99-120.
- Boss, P. (2001). *La "pérdida ambigua". Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Gedisa.
- Boss, P., Beaulieu, L., Wieling, E., Turner, W. y La Cruz, S. (2003). Healing Loss, Ambiguity, and Trauma: A Community-Based Intervention with Families of Union Workers Missing After the 9/11 Attack in New York City. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 455-467. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01688.x>
- Castro, E. A. y Quenoran, Y. D. D. (2018). Impacto psicosocial del conflicto armado en familias víctimas de la desaparición forzada. *Revista UNIMAR*, 36(1), pp. 79-91. <https://doi.org/10.31948/unimar.36-1.5>
- Comité Internacional de la Cruz Roja (2014). *Acompañar a los familiares de las personas desaparecidas: guía práctica*. <https://www.icrc.org/sites/default/files/external/doc/es/assets/files/publications/icrc-003-4110.pdf>
- Hagl, M., Powell, S., Rosner, R. y Butollo, W. (2015). Dialogical Exposure with Traumatically Bereaved Bosnian Women: Findings from a Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), pp. 604-618. <https://doi.org/10.1002/cpp.1921>
- Hernández, R., Quiñones, L. y Limas, A. (2020). *Protocolo de intervención psicosocial para madres con hijos desaparecidos* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez]. <https://econferencias.uacj.mx/ocs/public/conferences/26/2020/Generovyviolencia/RicardoBrussolo.pdf>
- Lenferink, L. I. M., de Keijser, J., Wessel, I. y Boelen, P. A. (2019). Cognitive behavioural therapy and mindfulness for relatives of missing persons: A pilot study. *Pilot and Feasibility Studies*, 5(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0472-z>

- Morales, M. y Vargas, B. (2023). Prácticas narrativas en el acompañamiento a familiares de personas desaparecidas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 26(2). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/86041>
- Movimiento por Nuestros Desaparecidos en México (2023). *Informe del Movimiento por Nuestros Desaparecidos en México (MNDM) en el marco del Examen Periódico Universal de México de 2024*. <https://movndmx.org/informe-del-movimiento-por-nuestros-desaparecidos-en-mexico-en-el-marco-del-examen-periodico-universal-de-mexico-2024/>
- Pardal-Refoyo, J. L. (2023). Los artículos de revisión. Orientaciones para los autores y revisores. *Revista ORL*, 14(3), e31646–e31646. <https://doi.org/10.14201/orl.31646>
- Robins, S. (2016). Discursive Approaches to Ambiguous Loss: Theorizing Community-Based Therapy After Enforced Disappearance. *Journal of Family Theory & Review*, 8(3), 308–323. <https://doi.org/10.1111/jftr.12148>

Aprendizaje socioemocional en el marco de una educación reparadora y sostenible

María Úrsula Palos Toscano
Leticia Carolina Gómez Sánchez
Job Israel Romir González
Julio César Vázquez Colunga
Mario Ángel González

El interés por estudiar el desarrollo de habilidades emocionales y sociales no es novedoso, aunque su estudio en el ámbito educativo es relativamente reciente. La inquietud por abordarlo surgió a partir de que en la agenda internacional para el desarrollo sostenible se planteara la necesidad de una educación que, además de promover las competencias cognitivas, considerara los dominios de aprendizaje que contribuyan al desarrollo íntegro de las personas. Además, que estos promuevan una mayor justicia, equidad social y solidaridad en un mundo cada vez más complejo y cambiante, lo que desafía a los sistemas y agentes educativos a “superar dicotomías tradicionales entre los aspectos cognitivos, emocionales y éticos”, prestar mayor atención a modelos educativos que abarquen también la cultura, las artes y el aprendizaje socioemocional (UNESCO, 2015).

Actualmente, se le considera al aprendizaje de las habilidades emocionales y sociales (HSE) parte esencial del desarrollo humano. Este consiste en el proceso por el cual las personas generan y aplican conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan desarrollar identidades saludables, gestionar emociones, alcanzar metas personales y colectivas, sentir y mostrar empatía por los demás, establecer y mantener relaciones de apoyo con otros, así como tomar decisiones responsables y solidarias (CASEL, 2020).

Algunos estudios consideran el desarrollo de estas habilidades como influencia positiva en la salud mental y el fomento de entornos escolares

favorables. Otros trabajos reconocen que las HSE permiten a los estudiantes lidiar de mejor manera con el estrés y afrontar los desafíos con mayor resiliencia, lo que posibilita una experiencia educativa enriquecedora, además de sentar las bases para una vida adulta más equilibrada (Benítez et al., 2024).

Pese a que los estudios sobre el aprendizaje socioemocional (ASE) avallan su importancia, en el ámbito educativo aún prevalece opacidad en cuanto a su significado, su mediación e importancia. Esta situación influye en la capacidad de los docentes para propiciar el desarrollo de habilidades en ese sentido. Además, en los espacios y programas donde estos aprendizajes son promovidos, prevalece la tendencia a privilegiarlo desde un enfoque centrado en la persona, en contraste con lo que plantea el nuevo contrato social para la educación sobre el cuidado del otro y la articulación entre el conocimientos y sentimientos (UNESCO, 2022). De este modo, cabe preguntarse: ¿qué se sabe sobre el aprendizaje socioemocional? ¿Cuáles son sus fines? ¿Qué lo define? ¿Cómo mediar este aprendizaje? ¿Cuáles son sus efectos? ¿Qué aporta este conocimiento a la comprensión e incorporación de la dimensión socioemocional para la educación futura?

En atención a estas interrogantes, el objetivo de este estudio es analizar críticamente el conocimiento generado en torno al aprendizaje socioemocional y los fines con que se suele abordar en el ámbito educativo.

Método

Para el desarrollo del presente trabajo realizamos un análisis sobre acervos electrónicos, con diseño narrativo y descriptivo. Se analizaron artículos científicos, reportes de investigación, informes de organismos internacionales y tesis alojadas en diversas bases de datos electrónicas, publicados en español.

Criterios de elegibilidad

Se consideraron para este análisis trabajos publicados desde 2015 a 2025, que atendieran a las palabras clave y estuvieran indexados en bases de datos como Dialnet, Redalyc, Psycodoc, Latindex, SciELO y Google Scholar.

Estrategia de búsqueda

Para la búsqueda se emplearon como descriptores las palabras: “desarrollo”, “emocional”, “educación”, “socioemocional”, “aprendizaje”, “ética”, “cuidado” y “habilidades”, así como los operadores básicos AND, OR, y NOT, con el fin de ampliar y refinar la consulta.

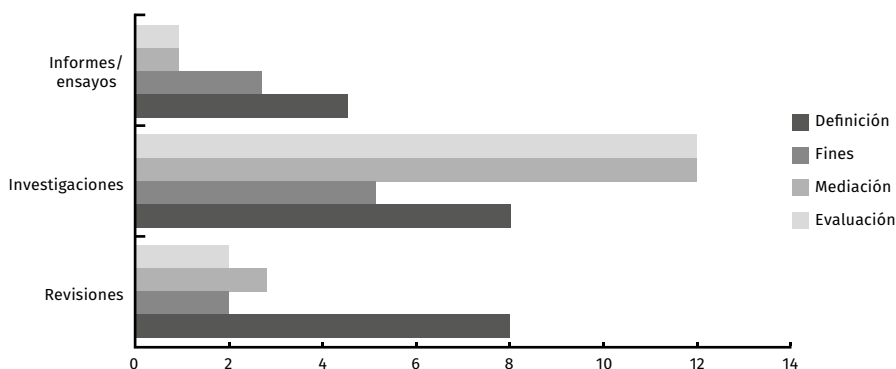
Análisis de datos

La información recabada inicialmente se codificó a partir de los siguientes aspectos: modelos explicativos, definición o significado, fines e intencionalidad, estrategias de mediación y valoración de sus efectos.

Resultados/discusión

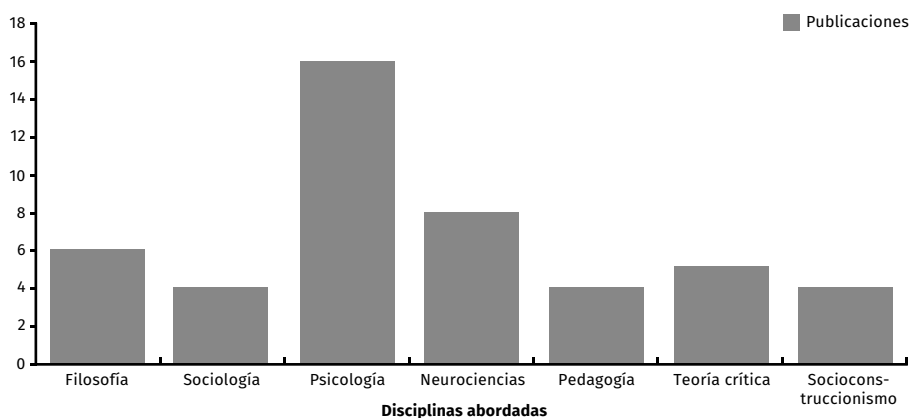
En la búsqueda se encontraron 42 publicaciones sobre el aprendizaje socioemocional. Pese a su relación e importancia, se descartaron tres de estos artículos (Berger et al., 2014; Bisquerra, 2009; Castro, 2005) por no cumplir con los criterios, mientras los 39 restantes se agruparon de acuerdo con el tipo de trabajo y los aspectos que abordaban. La figura 1 muestra la distribución de las unidades revisadas y cómo se distribuyen en las categorías a partir de los aspectos que analizan.

FIGURA 1. PUBLICACIONES ANALIZADAS



Para su desarrollo todos los trabajos encontrados parten de determinada manera de conceptualizar al ASE. Sin embargo, no todas las unidades tienen como principal objeto de estudio su significado. Los trabajos detectados en mayor medida aparecen orientados a la presentación de propuestas de intervención o su evaluación, especialmente en investigaciones o estudios empíricos (Cabello et al., 2019; Palomera et al., 2017; Trigoso, 2022). Los enfoques que explican qué y cómo se facilita este aprendizaje se resumen la figura 2.

FIGURA 2. MODELOS EXPLICATIVOS



Con relación a las disciplinas que sustentan la comprensión e implementación del ASE, en esta revisión se detecta un abordaje multi y transdisciplinar, en consonancia con estudios previos como los de Bisquerra y Rebolledo (2021) o Gallardo-Vázquez, et al, (2021), entre otros. La tabla 1 resume los estudios que analizan la definición del aprendizaje socioemocional.

TABLA 1. DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	DEFINICIÓN O SIGNIFICADO
Críticas constructivas a la educación socioemocional	Zaldívar, S. R. (2024)	Reflexiona sobre el saber construido y pretende contribuir a mejorar la concepción de la educación emocional y la valoración de la complejidad que suponen las emociones.
Pedagogía con corazón: el aprendizaje socioemocional con el modelo Heart in Mind®	Martínez Pérez, L. (2023)	Destaca el desarrollo de tres habilidades: ◊ Interpersonales: honrar las emociones y elegir las respuestas. ◊ Interpersonales: desarrollar la empatía y reavivar las relaciones. ◊ Cognitivas: transformar con propósito.
El aprendizaje socioemocional en la educación primaria: una investigación sobre las concepciones y las prácticas de los maestros en el aula	Ferreira, M. et al. (2023)	El ASE se describe como una dimensión esencial del desarrollo integral. Implica la adquisición de habilidades para la vida, como el autoconocimiento, la autorregulación emocional, la empatía y la colaboración.
Estrategias afectivas en el aprendizaje socioemocional en niños de 4 años de una institución educativa en Tambo grande 2022	Vargas, P. R. (2022)	Define el aprendizaje socioemocional como un proceso que acentúa su preocupación en las relaciones que el estudiante establece con su entorno. Involucra las emociones individuales y las que construye de manera social al interactuar con los demás.
Educación socioemocional en la enseñanza primaria: un análisis desde las experiencias docentes	Borja, M. (2022)	Señala que la educación socioemocional es un factor esencial en la formación integral de los alumnos, porque posibilita el desarrollo de competencias emocionales y sociales que permitan responder en el ámbito personal y social.
Educación socioemocional, teoría de la autodeterminación y formación docente	Pacheco Salazar, B. (2022)	El aprendizaje socioemocional se entiende como una dimensión concentrada del proceso educativo que se debe desarrollar transversalmente.

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	DEFINICIÓN O SIGNIFICADO
Transformarnos: marco para la transformación educativa basado en el aprendizaje socioemocional en América Latina y el Caribe	Olreal/ Unesco (2022)	Explica y define el aprendizaje socioemocional en el marco de la educación para un mundo dañado y cambiante.
Desarrollo socioemocional temprano y regulación emocional	Olhaberry y Sieverson (2022)	Describe al ASE como una habilidad infantil para regular emociones e interactuar con otros. Forma parte del desarrollo socioemocional. Es clave para construir vínculos saludables y bienestar general.
Una breve historia sobre el origen de las emociones	Gordillo, et al. (2021)	Ofrece una revisión teórica sobre el origen del estudio de las emociones y cómo ha evolucionado el concepto de emoción.
Habilidades socioemocionales en América Latina y el Caribe: estudio regional comparativo y explicativo (ERCE 2019)	Olreal/ Unesco 2021	Describe los marcos referenciales que subyacen al aprendizaje socioemocional. Evalúa su aplicación en América Latina.
Fundamentos teóricos de la educación emocional. Claves para la transformación educativa	Gallardo, et al. (2021)	Aporta una definición elaborada y compleja en torno al desarrollo socioemocional. Describe las disciplinas científicas que aportan sustento a su comprensión.
Orientación vocacional, aprendizaje socioemocional y sentido de vida en la educación superior	Ramon, M. (2020)	Se define como el aprendizaje que genera e impulsa el proceso que permite al estudiante transitar el camino del autodescubrimiento con sentido de vida y propósito.
Educación socioemocional	Álvarez, B. E. (2020)	Analiza la educación socioemocional y la define como una innovación educativa que responde a nuevas necesidades sociales, pedagógicas y de bienestar.
Aprendizaje socioemocional en preescolar: fundamentos, revisión de investigaciones y propuestas	Guevara, C. (2020)	El aprendizaje socioemocional en preescolar se refiere al desarrollo de habilidades sociales y emocionales fundamentales en los primeros años de vida, considerando la importancia de la enseñanza directa en esta área de desarrollo psicológico infantil.

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	DEFINICIÓN O SIGNIFICADO
Formación en valores y competencias Socioemocionales para docentes tras una década	Palomera, et al. (2019)	Define el ASE como un proceso de enseñanza-aprendizaje activo, dialógico y colaborativo en su formación en valores y competencias, de utilidad personal y profesional.
Teorías subjetivas en docentes sobre el aprendizaje y desarrollo socioemocional: un estudio de caso	Cuadra, et al. (2018)	Analiza las concepciones de los docentes en torno al aprendizaje socioemocional, describiendo los diversos factores que influyen en la formulación de estas concepciones.

Los datos obtenidos a partir de este análisis destacan una amplia variedad de conceptualizaciones del ASE. Se identifican enfoques sobre el autodescubrimiento (Ramos y González, 2020), la formación del docente como figura de contención emocional (Marchant et al., 2020) y propuestas más integradoras que trascienden la dimensión individual y se proyectan hacia la construcción de relaciones positivas y una ciudadanía activa.

Estas definiciones parten de visiones que oscilan entre las disciplinas psicopedagógicas, sociológicas y neurocientíficas. Su diversidad refleja la multidimensionalidad del constructo que representan, pero también evidencia la necesidad de mayor consenso teórico que oriente las prácticas educativas en torno a la comprensión y mediación en torno al tema.

La tabla 2 concentra los estudios que describen cuál es la finalidad de incorporar este dominio de aprendizaje en los planes de estudio.

TABLA 2. INTENCIONALIDAD DEL APRENDIZAJE SOCIOEMOCIONAL

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	OBJETIVO DEL ASE
Educación socioemocional en la Nueva Escuela Mexicana: un análisis documental	Fuentes Tapia, F I. (2024)	Analiza el enfoque de la educación socioemocional en los programas de estudios vigentes en México. Destaca la necesidad de realizar estudios conceptuales y empíricos para respaldar su aplicación efectiva en las aulas y comprender su impacto en el entorno educativo.

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	OBJETIVO DEL ASE
El aprendizaje socioemocional en la educación primaria: una investigación sobre las concepciones y las prácticas de los maestros en el aula	Ferreira, M. et al. (2023)	Destaca que el ASE promueve el desarrollo integral de los estudiantes, lo que mejora su bienestar emocional, social y académico. Enfatiza la importancia de integrarlo en las prácticas docentes para fomentar un clima escolar positivo y relaciones saludables.
Educación socioemocional como herramienta del proceso de enseñanza-aprendizaje	Loza, M. y Pino, J. (2022)	Señala que el ASE capacita a los estudiantes para comprenderse a sí mismos y a los demás, mejorar sus relaciones interpersonales y tomar decisiones éticas. Subraya la necesidad de que los docentes se preparen para implementar estrategias que fomenten el desarrollo socioemocional.
La educación socioemocional en el proceso de enseñanza-aprendizaje	Arroba, G. y Ballesteros, T. (2022)	Resalta que la educación socioemocional es fundamental para el desarrollo integral de los estudiantes, ya que promueve habilidades como la conciencia emocional, la autorregulación, la empatía y la toma de decisiones responsables.
Perspectivas actuales sobre el desarrollo socioemocional (SED) en niños y adolescentes	Atehortúa, et al. (2021)	Refiere la formación y consolidación de habilidades para la gestión emocional e interpersonal, que puede actuar como un factor de protección ante el surgimiento de problemas emocionales y el afrontamiento de adversidades.
Orientación vocacional, aprendizaje socioemocional y sentido de vida en la educación superior	Ramos y González (2020)	Enfatiza en que el aprendizaje emocional es parte de la educación integral, con el fin de afrontar los retos cotidianos, como la elección de una carrera y como resultado de la satisfacción profesional.
Educación socioemocional: descripción y evaluación de un programa de capacitación docente	Marchant Orrego, T. (2020)	Refiere las competencias emocionales del docente pertinentes para favorecer la educación socioemocional del alumno: formador de vínculos positivos, de la convivencia, del clima escolar, constructor de arquitectura cerebral, figura de apego secundario y tutor de resiliencia.

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	OBJETIVO DEL ASE
Educación emocional	Álvarez, B. E. (2020)	Reflexiona sobre los fines de la educación socioemocional desde distintas perspectivas.
Replantear la educación: ¿hacia un bien común mundial?	Unesco (2015)	Plantea la educación como bien común y una visión humanista para incluir a todos. Propone incorporar el ASE y desarrollo de HSE para lograr una educación integral y de calidad.

Los datos muestran que los fines del aprendizaje socioemocional se vinculan con el desarrollo integral del estudiantado, su bienestar emocional, las dinámicas de convivencia escolar y la toma de decisiones basadas en principios éticos. De acuerdo a las investigaciones de Borja (2022) y Ferreira et al. (2023), la implementación del ASE con clara intencionalidad pedagógica permite fortalecer comunidades escolares más empáticas, colaborativas y conscientes de su responsabilidad social. No obstante, a pesar del potencial formativo, su integración curricular aún carece de una sistematización consistente. Esto provoca que en muchas instituciones se presente de forma fragmentada o como una práctica complementaria, limitando su impacto en la comunidad educativa. Esta situación plantea la urgencia de articular su implementación con los principios clave para una educación con enfoque integral y sustentable.

Por otro lado, según algunas investigaciones, cuando el ASE se concibe no sólo como un contenido, sino como una estrategia transversal de formación, puede convertirse en una herramienta transformadora. Su abordaje desde esta óptica favorece la identidad personal, el desarrollo de la participación en la vida escolar y comunitaria, así como la capacidad de resiliencia ante contextos complejos o adversos (Pacheco-Salazar, 2022). De este modo, su incorporación significativa en los procesos educativos abre paso a una formación más humana, sensible al contexto, con capacidad crítica y orientada hacia la equidad.

TABLA 3. ESTRATEGIAS PARA MEDIAR EL APRENDIZAJE SOCIOEMOCIONAL

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	ESTRATEGIAS
Importancia del entrenamiento de habilidades sociales para mejorar la toma de decisiones y calidad de vida de personas con trastorno del espectro autista	Meneses y Escamilla (2023)	Análisis de la importancia de generar intervenciones funcionales con atención especial en los requerimientos individuales y específicos de cada persona diagnosticada.
El aprendizaje socioemocional en la educación primaria: una investigación sobre las concepciones y las prácticas de los maestros en el aula	Ferreira, M. et al. (2023)	Desarrollo de programas estructurados de aprendizaje socioemocional integrados en el currículo. Formación docente enfocada en habilidades socioemocionales y su aplicación en el aula. Creación de ambientes de aprendizaje seguros que promuevan la expresión y gestión emocional.
Educación socioemocional en la enseñanza primaria: un análisis desde las experiencias docentes	Borja, M. (2022)	Integración de actividades lúdicas que fomentan la expresión emocional. Uso de dinámicas grupales para fortalecer la empatía y la colaboración entre estudiantes. Implementación de espacios de diálogo reflexivo sobre experiencias emocionales.
Educación socioemocional como herramienta del proceso de enseñanza-aprendizaje	Loza, M. y Pino, J. (2022)	Integración de actividades que promuevan la autorregulación emocional en contextos de aprendizaje. Fomento de la empatía y la conciencia social a través de proyectos colaborativos. Evaluación continua del desarrollo socioemocional como parte del proceso educativo.
Educación socioemocional, teoría de la autodeterminación y formación docente	Pacheco Salazar, B. (2022)	Diseño de actividades que promuevan la competencia emocional y el sentido de pertenencia en el aula. Capacitación docente en estrategias que integren el desarrollo socioemocional con los objetivos académicos.
La educación socioemocional en el proceso de enseñanza-aprendizaje	Arroba, G. y Ballesteros, T. (2022)	Desarrollo de competencias emocionales mediante actividades integradas en las asignaturas. Promoción de un ambiente de aula que favorezca la expresión emocional y la resolución de conflictos.

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	ESTRATEGIAS
Actitudes del docente que favorecen el clima emocional positivo en aulas de educación básica	Juárez y Tananta (2022)	Aplicación y evaluación de un programa para mejorar el clima emocional en el aula, basada en la psicología cognitiva, la inteligencia emocional y la proactividad, con el propósito de incrementar la capacidad emocional del docente.
Aprendizaje basado en proyectos: una propuesta didáctica para el desarrollo socioemocional	Solís P. J. (2021)	Identificación y vinculación de las diferentes etapas del ABP con el desarrollo socioemocional. Considera las distintas asignaturas como espacios para favorecerlo.
Educación socioemocional: discutiendo su implementación en el contexto educativo chileno	Barría, et al. (2021)	Reflexión sobre la perspectiva de las emociones en el ámbito educativo, el rol de estudiantes y profesores y el propio desarrollo emocional como propuesta educativa.
Educación emocional y bienestar: por una práctica científicamente fundamentada	Bisquerra y Chao (2021)	Requerimientos pedagógicos y organizacionales que se requieren para poner en marcha la educación socioemocional, destacando las bases teóricas que lo sustentan.
Aprendizaje socioemocional en preescolar: fundamentos, revisión de investigaciones y propuestas	Guevara, C. (2020)	Implementación de juegos simbólicos que faciliten la identificación y expresión de emociones. Uso de cuentos y narrativas para enseñar habilidades sociales y emocionales. Creación de rutinas que incorporen momentos de reflexión emocional en la jornada escolar.
Minecraft en el aprendizaje de habilidades sociales para personas con trastorno del espectro del autismo	Villen, A. M. (2020)	Análisis de las habilidades sociales que presentan un grupo de personas con trastorno del espectro del autismo gracias a la creación de un club basado en el videojuego.
El maestro como formador en resiliencia para la primera infancia: un aporte desde la escuela en la construcción de habilidades sociales	Pino, et al. (2020)	Descripción del rol del docente para el desarrollo de la resiliencia y el fortalecimiento de las habilidades sociales en la primera infancia.

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	ESTRATEGIAS
El desarrollo de las habilidades socioemocionales y el rol de los docentes	Arias, et al. (2020)	Análisis del docente y su contribución al ASE. Comparación de estrategias para mediarlo y evaluarlo en distintos países desde la perspectiva de la educación transformadora.
Teatro para convivir: investigación-acción para el desarrollo de habilidades sociales en jóvenes costarricenses con trastorno del espectro autista	Madriz, L. et al. (2019)	Descripción de los beneficios de una propuesta de intervención para facilitar el aprendizaje de HSE de personas con TEA.
Cubriendo el vacío: mejorando las competencias sociales y emocionales del profesorado en formación	Palomera, et al. (2017)	Evidencia del impacto de un programa de entrenamiento en aprendizaje socioemocional para docentes en formación implementado en el currículo de magisterio.

La tabla anterior permite identificar cómo a lo largo del tiempo se han documentado diversas estrategias para mediar el ASE en el entorno escolar. Destacan los juegos simbólicos, las narrativas, las rutinas de reflexión, las dinámicas grupales, los programas estructurados y la formación continua del profesorado. Estas herramientas permiten abordar las competencias socioemocionales desde un enfoque lúdico, participativo y contextualizado. Aunque la revisión permite detectar que las estrategias se han desarrollado más ampliamente en primaria y secundaria, también existen experiencias significativas a nivel preescolar, las cuales aportan elementos valiosos para diseñar propuestas pedagógicas tempranas (Ferreira et al., 2023).

Por otro lado, en el nivel medio superior y superior se ha analizado el vacío de la educación socioemocional que el alumno arrastra desde la educación básica. En muchos casos se ha visto el deficiente desarrollo personal en actividades entre pares: trabajar en equipo o tomar decisiones para su futuro. Las propuestas de trabajo en el ASE se dirigen en acciones para apoyar al estudiante y de formación directa con el docente, proponiendo diversas formas para subsanar esta laguna de aprendizaje.

Estos programas se dirigen principalmente a que el docente trabaje sus capacidades y habilidades socioemocionales, para después fomentar en los

alumnos acciones metodológicas en las que tengan que trabajar sus convicciones, sus habilidades de autocontrol de emociones, toma de decisiones, fomento al respeto y el autocuidado en sí mismo y en el otro. Estas acciones deben fomentarse para mejorar el clima áulico y el respeto a los derechos individuales y humanos, y que en un futuro, tal como lo señalan varios autores, dirigirán sus esfuerzos a mejorar sus prácticas profesionales.

Además, se ha observado que el ASE demanda una mediación profunda, basada en una ética del cuidado que priorice la creación de ambientes emocionalmente seguros. En este proceso, el papel del docente es central como mediador emocional que acompaña, contiene y guía al estudiantado en su proceso de autoconocimiento y relación con los demás (Pacheco-Salazar, 2022).

En concordancia con los fines del ASE, el análisis de estos resultados indica que las estrategias con mayor impacto se integran de manera transversal al currículo, atienden al contexto y se adaptan a las particularidades de cada comunidad educativa. Esto requiere recursos metodológicos adecuados y una intención pedagógica clara, sostenida en el tiempo y situada en la realidad de la actuación.

La tabla 4 resume la investigación realizada para conocer los efectos del ASE y las áreas del desarrollo en las que incide.

TABLA 4. VALORACIÓN DE SUS EFECTOS

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	EFFECTOS Y ÁREA DE IMPACTO
Autoconcepto personal y aprendizaje socioemocional en estudiantes de la institución educativa Virgen Dolorosa, en La Banda del Shilcayo	Trigoso Ramos, S. (2022)	Hace una correlación altamente significativa entre el autoconcepto del adolescente con el aprendizaje socioemocional, en especial las habilidades sociales de participación, convivencia, conductas sociales y de pertenencia positiva o negativamente de acuerdo su nivel de autoconcepto.
Estrategias afectivas en el aprendizaje socioemocional en niños de 4 años de una institución educativa en Tambogrande 2022	Vargas, P. R. (2022)	Demuestra un aumento significativo en los estudiantes de las siguientes habilidades: conciencia de las emociones, autorregulación, solución de conflictos e integración social.

PUBLICACIÓN	AUTOR Y AÑO	EFFECTOS Y ÁREA DE IMPACTO
Evaluación de habilidades socioemocionales en alumnos mexicanos que ingresan a educación primaria	Guevara, et al. (2022)	Desarrolla, aplica y evalúa diversas habilidades socioemocionales de alumnos mexicanos de educación básica.
Perspectivas actuales sobre el desarrollo socioemocional (SED) en niños y adolescentes	Atehortúa, et al. (2021)	Refiere la formación y consolidación de las habilidades necesarias para la gestión emocional e interpersonal. Puede actuar como un factor de protección ante el surgimiento de problemas emocionales y el afrontamiento de adversidades.
Competencia emocional del futuro docente en educación infantil y primaria: análisis de predictores significativos	Sepúlveda, et al. (2021)	Es un análisis estadístico y descriptivo del nivel de competencia emocional de los docentes y su relación con variables académicas y personales.
Aplicación de un programa de educación socioemocional para alumnado de educación primaria	Echeverría, M. (2020)	Aumento en competencia emocional (identificación de emociones negativas y positivas propias y en los demás) y de competencia social (aumento en las respuestas asertivas hacia conflictos entre pares).
Análisis del nivel de adaptación socioemocional y su relación con el rendimiento en el alumnado de primaria	Martínez, et al. (2020)	Evalúa los resultados de un programa de adaptación socioemocional y su relación con el rendimiento académico.
Los programas de educación emocional happy 8-12 y happy 12-16. Evaluación de su impacto en las emociones y el bienestar	Cabello C. E. et al. (2019)	Aumento significativo después del programa en tres competencias: conciencia emocional, autonomía emocional y competencias de vida. Disminución de ansiedad y rendimiento académico en lengua castellana con alumnos de 8-12. Mayor rendimiento académico global en alumnos de secundaria.

Los estudios revisados reportan mejoras significativas en el desarrollo de habilidades emocionales, la calidad de las relaciones interpersonales, la disminución de síntomas de ansiedad y un mejor desempeño académico tras la implementación de intervenciones basadas en el aprendizaje socioemocional. Asimismo, el reconocimiento de las propias emociones mejora las habilidades

para manejar el estrés y tolerancia a la frustración. Esto permite a los alumnos afrontar asertivamente las decisiones que conlleva el trabajo individual y colaborativo con sus iguales o con adultos, creando un clima armónico de convivencia y, por lo tanto, una mejora en sus relaciones sociales presentes y futuras.

Aportación teórica

Entre los aportes más importantes que surgen del análisis teórico, destaca la resignificación del ASE como un componente estructural del desarrollo humano integral; no únicamente como una estrategia para mejorar el rendimiento escolar. Esta visión amplía el horizonte educativo al posicionar las emociones, los vínculos afectivos y la ética del cuidado como ejes fundamentales en la construcción de aprendizajes con sentido.

El análisis de la literatura especializada revela una transformación significativa en la comprensión del ASE. Mientras que en sus primeras formulaciones predominaba una perspectiva funcionalista centrada en el individuo y orientada al desarrollo de habilidades adaptativas, actualmente se observa un giro hacia una visión más amplia e integral. En esta nueva mirada, el ASE se reconoce como un componente esencial del desarrollo humano, con implicaciones sociales que se proyectan hacia la vida colectiva (UNESCO, 2022).

Esta evolución teórica se alinea con los principios propuestos en el nuevo contrato social para la educación (UNESCO, 2015). Plantea la necesidad de reconstruir los vínculos entre el conocimiento, las emociones, los valores y la acción transformadora. Bajo este planteamiento, el ASE deja de ser una herramienta para la regulación conductual y se posiciona como una vía para la construcción de subjetividades comprometidas con el bien común y la justicia social.

Además, la revisión de los enfoques provenientes de disciplinas como la pedagogía, la sociología, la psicología crítica y las neurociencias evidencian la naturaleza multidimensional del ASE (Bisquerra y Chao, 2021). Por tanto, no se trata de una práctica técnica o neutral, sino de un fenómeno complejo que debe analizarse desde marcos interseccionales que reconozcan las condiciones estructurales que afectan el desarrollo humano.

Aportación práctica

El análisis de estos estudios orienta la comprensión del ASE como una herramienta poderosa para fortalecer las dimensiones clave del desarrollo escolar. Las investigaciones coinciden en señalar impactos positivos en áreas como el rendimiento académico, el clima escolar, la prevención de conductas de riesgo y, especialmente, el bienestar emocional de estudiantes y docentes (Borja y Suoto, 2006; Ferreira et al., 2023). Estos hallazgos reafirman que el ASE incide en el aprendizaje y transforma la experiencia educativa en una vivencia más humana, significativa y ética.

No obstante, también se identifica que las prácticas de implementación del ASE se presentan de forma fragmentada, concentrándose en ciertos niveles educativos o siguiendo modelos poco sensibles al contexto. Ante ello, se plantea como una necesidad integrarlo de manera transversal en todos los niveles educativos, desde la educación inicial hasta la superior, además de reconocerlo como un componente estructural del currículo y no como una intervención adicional.

En la educación superior se ha priorizado al ASE en la malla de las carreras profesionales, con una visión hacia el desarrollo de competencias hacia el siglo XXI. Así, la intervención en esta área es necesaria tanto para el estudiantado como con el profesorado para proyectar una formación que responda a las exigencias de esa educación sostenible y transformadora, contemplada en los perfiles internacionales.

Conclusión

Los resultados de este análisis permiten comprender al aprendizaje socioemocional como una capacidad articuladora de procesos cognitivos, afectivos y conductuales, activados mediante vivencias e interacciones con los otros en contexto, que prepara para afrontar de manera ética, empática y resiliente las demandas de un mundo diverso, globalizado e incierto. Este análisis confirma que el ASE desempeña un papel fundamental para el fomento de la salud emocional, el crecimiento personal, el clima positivo en escenarios escolares y académicos, así como para la formación de vínculos más cooperativos y empáticos dentro y fuera de las comunidades educativas.

La evolución del concepto refleja en sí una mayor conciencia sobre la importancia del desarrollo socioemocional, desde un enfoque que transita de lo individual y psicológico, hacia una visión integral e interdependiente sobre el mundo. Incorpora las habilidades para pensar críticamente, acoger y respetar la diversidad, desarrollar actitudes solidarias y un sentido de pertenencia. Sólo mediante estas habilidades es posible avanzar en el cuidado propio, de los otros y del mundo, así como en la construcción de sociedades más justas y solidarias.

Lo anterior plantea, en primer lugar, el desafío de transitar hacia pedagogías más solidarias y cooperativas, la formación permanente del profesorado, la incorporación sistemática del ASE en los planes de estudio y dejar de limitarle a iniciativas a corto plazo y a medidas correctivas, para conectarle en cambio con la búsqueda de soluciones a problemas de salud mental, deterioro ambiental, injusticia social y desintegración comunitaria que aquejan a nuestras sociedades. En consecuencia, es prioritario que las acciones orientadas al ASE se promuevan desde niveles básicos y se aborden de manera transversal a lo largo de la trayectoria formativa del estudiantado, considerando su carácter procesual, relacional y correctamente contextualizado.

Referencias

- Álvarez, E. (2020). Controversias y Concurrencias Latinoamericanas. *Revista Latinoamericana de Sociología*, 11(20), pp. 1-15. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588663787023>
- Arango, P. A., Orjuela, C. H., Buitrago, A. F. y Lesmes, Ó. (2024). Importancia de las habilidades socioemocionales en la educación: Una revisión documental. *RHS-Revista Humanismo y Sociedad*, 12(2), e5/1-26. <https://doi.org/10.22209/rhs.v12n2a05>
- Arias Ortiz, E., Hincapie, D. y Paredes, D. (2020). Educar para la vida: el desarrollo de las habilidades socioemocionales y el rol de los docentes. <https://doi.org/10.18235/0002492>.
- Arroba, G. y Ballesteros, T. (2022). La educación socioemocional en el proceso de enseñanza-aprendizaje. *Maestro y Sociedad*, 19(3), pp. 123-135. <https://maestroysoiedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/6379>

- Atehortúa-Rivera, C. A., et al. (2021). Perspectivas actuales sobre el desarrollo socioemocional (SED) en niños y adolescentes. En Torres, D. (Ed.), *Mejoramiento de las Condiciones de Salud en el Eje Cafetero. Investigación para el Desarrollo Regional* (pp. 4-37). Editorial Universidad Católica de Pereira. <https://doi.org/10.31908/eucp.63.c625>
- Berger, C., Milicic, N., Alcalay, L. y Torretti, A. (2014). Programa para el bienestar y aprendizaje socioemocional en estudiantes de tercero y cuarto grado: descripción y evaluación de impacto. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 169-177. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70020-2](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70020-2)
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Editorial Síntesis. <https://www.sintesis.com/libro/psicopedagogia-de-las-emociones>
- Bisquerra, R. y Chao, C. (2021). Educación emocional y bienestar: por una práctica científicamente fundamentada. *Revista Internacional de Educación Emocional y Bienestar*, 1(1), 9-29. <https://doi.org/10.48102/riieb.2021.1.1.4>
- Borja Villegas, J. y Suoto, M. (2006). Importancia de la farmacovigilancia en la práctica del médico de familia. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 32(7), pp. 334-338. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(06\)73285-3](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73285-3)
- Borja, M. (2022). Educación Socioemocional en la enseñanza primaria: un análisis desde las experiencias docentes. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 24(2), pp. 1-15. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672024000200757
- Cabello, E., Pérez, N., Ros, A. y Filella, G. (2019). Los programas de educación emocional happy 8-12 and happy 12-16. Evaluación de su impacto en las emociones y el bienestar. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 30(2), pp. 53-66. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.30.num.2.2019.25338>
- CASEL (2020). *Fundamentos del Aprendizaje Socioemocional*. <https://casel.org/>
- Castro, A. (2005). Alfabetización emocional: La deuda de enseñar a vivir con los demás. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37(6).
- Cuadra, D., Salgado, J., Lería, F. y Menares, N. (2018). Teorías subjetivas en docentes sobre el aprendizaje y desarrollo socioemocional: un estudio de caso. *Revista Educación*, 42(2), pp. 1-33. <https://doi.org/10.15517/revedu.v42i2.25659>
- Ferreira, M., Reis-Jorge, J., Olcina-Sempere, G. y Fernandes, R. (2023). El aprendizaje socioemocional en la educación primaria: una investigación sobre las concepciones y las prácticas de los maestros en el aula. *Revista Colombiana de Educación*, 87. <https://doi.org/10.17227/rce.num87-12704>

- Fuentes, F. I. (2024). Educación socioemocional en la Nueva Escuela Mexicana: un análisis documental. *Formación Estratégica*, 7(1), pp. 106-126. <https://formacionestrategica.com/index.php/foes/article/view/117>
- Gallardo-Vázquez, P., Gallardo-Basile, J. F. y Gallardo-López, J. A. (2021). *Fundamentos teóricos de la educación emocional. Claves para la transformación educativa*. Octaedro.
- Guevara, C. Y., Rugerio, J. P., Hermosillo, A. M. y Corona, L. A. (2020). Aprendizaje socioemocional en preescolar: fundamentos, revisión de investigaciones y propuestas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 22, e26. <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/2897>
- Juárez-Díaz, J. R. y Tananta-Vásquez, H. (2022). Actitudes del docente que favorecen el clima emocional positivo en aulas de educación básica. *Enfoques*, 3(2), pp. 95-116. <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/EFQ/article/view/839>
- Loza, M. y Pino (2022). Educación socioemocional como herramienta del proceso de enseñanza-aprendizaje. *Revista Científica de Educación y Sociedad*, 4(1), 45-60. <https://portal.amelica.org/ameli/journal/844/8444995006/html/>
- Madriz, L., Sandoval, A., González, V. y Antón, P. (2019). Teatro para convivir: investigación-acción para el desarrollo de habilidades sociales en jóvenes costarricenses con trastorno del espectro autista. *Revista Española De Discapacidad*, 7(2), pp. 165-183. <https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/515>
- Marchant, T., Milicic, N. y Soto, P. (2020). Educación socioemocional: descripción y evaluación de un programa de capacitación de profesores. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 13(1), pp. 185-203. <https://doi.org/10.15366/riee2020.13.1.008>
- Martínez, L. (2023). Pedagogía con corazón: el aprendizaje socioemocional con el modelo HEART in Mind©. *Revista Internacional De Educación Emocional Y Bienestar*, 3(2), 13-34. <https://doi.org/10.48102/rieeb.2023.3.2.53>
- Meneses, M. S. y Escamilla, M. L. (2023). Importancia del entrenamiento de habilidades sociales para mejorar la toma de decisiones y calidad de vida de personas con trastorno del espectro autista. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 10(19), pp. 14-18. <https://doi.org/10.29057/esat.v10i19.9593>
- Olhaberry, M. y Stevenson, C. (2022) Desarrollo socioemocional temprano y regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), pp. 358-366. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.06.002>.
- UNESCO (2015). Replantear la Educación: ¿Hacia un Bien Común Mundial? *UnesDoc*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232697>

- OREAL/UNESCO Santiago (2021). Marco Conceptual e Investigación sobre Habilidades Socioemocionales en Habilidades Socioemocionales en América Latina y el Caribe. Estudio Regional Comparativo y Explicativo (ERCE).
- UNESCO (2022a). *Transformarnos: Marco para la transformación educativa basado en el aprendizaje socioemocional en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. Educar para la vida.
- Pacheco-Salazar, B. (2022). Educación socioemocional, teoría de la autodeterminación y formación docente. *Revista de Educación y Desarrollo*, 60, pp. 1-10. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9050031.pdf>
- Palomera, R., Briones, E., Gómez-Linares, A. y Vera, J. (2017). Cubriendo el vacío: Mejorando las competencias sociales y emocionales del profesorado en formación. *Revista de Psicodidáctica*, 22(2), pp. 142-149. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2017.05.002>
- Pino, J., Restrepo, Y., Tob[on, L. y Arroyave, L. (2020). El maestro como formador en resiliencia para la primera infancia: un aporte desde la escuela en la construcción de habilidades sociales. *Cultura, Educación y Sociedad*, 11(1). pp. 55-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.11.1.2020.04>
- Ramos, C. y González, B. A. (2020). Orientación vocacional, aprendizaje socio-emocional y sentido de vida en la educación superior. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2500>
- Sepúlveda-Ruiz, M. P., Guillén-Gámez, F. D., García-Vila, E. y Mayorga-Fernández, M. J. (2021). Competencia emocional del futuro docente en educación infantil y primaria: análisis de predictores significativos. *Formación universitaria*, 14(3), pp. 105-114. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062021000300105>
- Solís-Pinilla, J. (2021). Aprendizaje basado en proyectos: una propuesta didáctica para el desarrollo socioemocional. *Revista Saberes Educativos*, (6), pp. 76-94. <https://doi.org/10.5354/2452-5014.2021.60710>
- Trigoso, R. S. (2022). *Autoconcepto Personal y Aprendizaje Socioemocional en Estudiantes de la Institución Educativa “Virgen Dolorosa” Banda del Shilcayo* [Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI]. <https://repositorio.uct.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a68ba1a1-c210-49be-8e93-0720e0bf259c/content>
- UNESCO (2015). Replantear la educación. ¿Hacia un bien común mundial? <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232697>
- UNESCO (2022). Reimaginar juntos nuestros futuros: un nuevo contrato social para la educación. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379381_spa

- Vargas, R. (2022). Estrategias afectivas en el aprendizaje socio-emocional en niños de 4 años de una institución educativa de Tambogrande. *Revista científica Dominio de las ciencias*.
- Villén, M. (2020). Minecraft en el aprendizaje de habilidades sociales para personas con trastorno del espectro del autismo. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 38(1), pp. 7-28. <https://doi.org/10.14201/et2020381728>
- Zaldívar Sansuán, R. (2024). Críticas constructivas a la educación emocional. Teoría de la Educación. *Revista Interuniversitaria*, 36(1), pp. 95-118. <https://doi.org/10.14201/teri.30261>

Educación socioemocional y autorregulación de las emociones en estudiantes de educación primaria

Mayra Agüero Carrasco
Zaret Jazmín Hernández Soto
Manuel Ortega Muñoz

En los últimos años, la educación ha experimentado una transformación importante al reconocer que el aprendizaje no es el único componente crucial en la formación integral de los alumnos. La educación socioemocional aborda el desarrollo de habilidades emocionales y sociales, aspectos de total relevancia para alcanzar el bienestar y éxito de cualquier individuo; por ejemplo, dotar a los estudiantes de herramientas que les permitan comprender y gestionar sus emociones, establecer y alcanzar metas positivas, practicar la empatía con sus semejantes, mantener relaciones sanas y tomar decisiones responsables.

La piedra angular de la educación socioemocional es la autorregulación. Permite a los alumnos gestionar sus pensamientos, sus emociones y sus comportamientos efectivamente para responder a los desafíos cotidianos. No sólo contribuye al éxito académico, sino que también promueve el bienestar emocional y las interacciones sociales positivas.

Entre los principales antecedentes de investigación destaca uno que estudia la relación entre las variables. El objetivo de esta indagación fue diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención en competencias socioemocionales que potencien la autorregulación emocional y el trabajo en equipo. Se concluyó que aproximadamente el 50% de los participantes y colaboradores han desarrollado habilidades socioemocionales en estas áreas; la otra mitad requiere atención específica (Aguilera et al., 2015).

Sobre la educación socioemocional en instrucción primaria, Rivera (2023) investigó cómo esta influye en la formación académica de los estudiantes. Encontró que los niños muestran diferentes situaciones que se deben atender: autoestima, autonomía, relaciones sociales, empatía, entre otros. Además, los docentes reportan que si el niño llega desanimado o arrastra problemas de cualquier índole, su desempeño y rendimiento escolar será bajo.

Por su parte, Askia (2024) analizó las experiencias de los docentes de educación primaria al implementar la educación socioemocional en las aulas. Concluyo que estos tienen un nivel medio de comodidad al enseñar habilidades socioemocionales, pues aceptan la necesidad de recibir una oportuna capacitación sobre el tema. A pesar de los desafíos, los docentes demostraron resiliencia y creatividad al utilizar variedad de estrategias para superarlos.

Finalmente, Torres y Ramírez (2024) determinaron la importancia de las emociones en el aprendizaje en niños de cuarto grado. Concluyeron que los padres de familia son conscientes de que las emociones están presentes en el aprendizaje, aunque, en contraparte, algunos niños no perciben disposición parental para participar en las actividades que les conciernen.

En cuanto a la autorregulación emocional en educación primaria, destacan los estudios de Ortega y García (2021), los cuales describen cómo los alumnos expresan y regulan sus emociones en la escuela. Encontraron que la realidad de los sujetos se enmarca en aspectos como la expresión y la autorregulación, la implementación de estrategias de educación socioemocional por parte del docente y la importancia de la convivencia escolar.

Por último, el trabajo de Amanta (2022) señala la relación entre resiliencia y autorregulación de emociones en primaria. Encontró que esta relación es significativa y positiva moderada, lo que implica que a mayor resiliencia, mejor será la autorregulación emocional.

Así pues, el objetivo de este estudio es identificar las características de la educación socioemocional y la autorregulación en estudiantes de tercer grado de la Escuela Primaria Francisco Zarco, en el municipio de Canelas, Durango.

Metodología

Se consideró pertinente elegir el enfoque cualitativo en la investigación. Mediante la teoría se puede reflexionar desde la práctica y vincular la realidad de hechos observables y externos que llevan a la creación de nuevos significados e interpretaciones; estas son hechas por el sujeto mediante su interacción en determinado contexto para comprender procesos como creencias, valores y reflexiones (Pérez, 1994).

El método fue estudio de caso. Este se emplea para tratar a profundidad una situación respecto a un periodo determinado y una persona o grupo específico (organizaciones, asociaciones). El propósito es recabar información personal sobre experiencias de los participantes (Tellis, 1997).

Las técnicas para obtener información fueron la observación participante y la entrevista semiestructurada. La primera se desarrolló en dos semanas. Se observó el fenómeno durante toda la jornada escolar, incluyendo clases, talleres, aula de medios y recreo. Asimismo, se entrevistó a un directivo, al docente frente a grupo y dos padres de familia. Los participantes del estudio fueron la totalidad de los alumnos del tercer grado de la escuela primaria, el director, el docente encargado y los padres de familia.

Antes de la aplicación, se solicitó el consentimiento de los participantes. Se les mencionó que los instrumentos eran anónimos y que la información tendría carácter confidencial. El análisis de los datos se llevó a cabo con el apoyo del programa Atlas.ti. Finalmente, en este estudio se protegieron los derechos y garantías de los participantes (American Psychological Association, 2017).

La credibilidad de la investigación se logró mediante la implementación de las observaciones y las entrevistas, que permitieron recolectar la información percibida por los participantes y que reflejan su realidad respecto al fenómeno estudiado. De igual forma, no interfirieron en el estudio las creencias y sesgos del investigador. No hubo ningún tipo de diferencia entre los participantes. Se recogió la perspectiva de diferentes sujetos de investigación: directivos, maestros y padres, además de la observación a los alumnos y docente. Todos los datos fueron relevantes. Por último, cabe mencionar la triangulación de instrumentos, sujetos y teoría reflejada en los hallazgos.

Resultados y discusión

Enseguida se describen las categorías resultantes del análisis de la información.

Inteligencia socioemocional

Se refiere a las habilidades y competencias socioemocionales que los informantes de la investigación consideran importantes para que los estudiantes desarrollen una educación socioemocional que les permita identificar, autorregular y cuidar sus propias emociones a lo largo de la vida, ante cualquier situación adversa y de conflicto que se presente en su entorno.

Para Goleman (2015), la inteligencia emocional es, además de reconocer las emociones propias y ajenas, la habilidad para manejarlas de manera efectiva en diversas situaciones cotidianas, difíciles o problemáticas, como afrontar una decepción, alguna pérdida o fracaso. Entonces, implica la capacidad de controlar impulsos, regular el humor, mostrar empatía y esperanza. Para él, tanto el pensamiento como los sentimientos tienen la misma importancia. Cada emoción determina la manera de actuar y relacionarse; por ello, el aspecto socioemocional es indispensable en la vida humana.

Según Salovey y Mayer (1990), la inteligencia emocional es “un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad para supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestros pensamientos y comportamientos”. Por su parte, Gardner (2004) señala que la inteligencia emocional logra que los individuos sean capaces de manejar adecuadamente la complejidad de las emociones propias y ajenas, lo que permite la empatía, el diálogo y el liderazgo.

Lo anterior se manifiesta de forma clara en la entrevista con el director, con la pregunta: ¿para usted qué es la educación socioemocional?

Es que esos pequeños cambios en nuestra vida cotidiana, nosotros lo sepamos identificar y controlarlos para no afectar a otras personas. Que si yo tengo un mal día, no le convierta ese mal día a otra persona o para que yo pueda así mismo también expresar mi sentir, el por qué estoy molesto, por qué estoy triste o también por qué estoy feliz. (ESD)

Por su parte, el maestro de grupo respondió: “Yo creo que es estar bien en emociones y sentimientos, o sea, que haya un balance en la relación que lleven con su vida diaria o al expresarse ante cierta situación. Eso es educación socioemocional, pero educación es que la regulen, que sepan cómo actuar en determinada situación” (ESP).

Una de las madres de familia mencionó: “Es trabajar con ellos sus emociones. Cómo se comporta ante cualquier situación, ya sea algún problema, algún logro, cualquier cosa” (ESM₃).

La precategoría “Habilidades socioemocionales” muestra varias opiniones relacionadas con la autorregulación, el autoconocimiento y la reflexión. Una de las preguntas realizadas al maestro fue: ¿qué importancia tiene el aspecto socioemocional en sus alumnos?

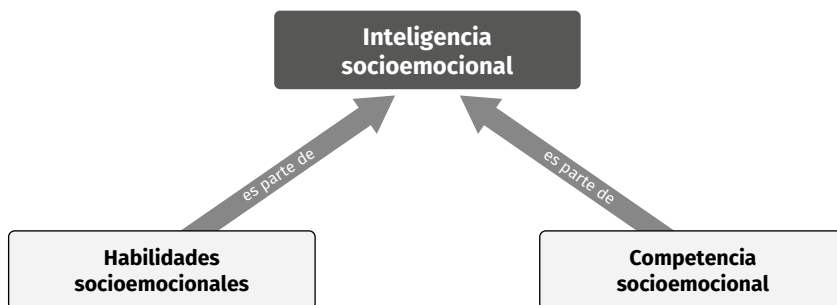
Saber cómo actuar, la finalidad de esto es cómo actuar y cómo estoy aprendiendo. Porque si no sé autorregular, me va a influir tanto en los campos formativos como en la malla curricular. Si yo un día ando enojado y después ando feliz por llamarlo así, trastorno de bipolaridad, entonces es como de que en determinado momento no voy a tener el aprovechamiento que necesito. (ESP)

En la precategoría “Competencia emocional”, algunos hallazgos se dirigen a qué es la educación socioemocional, el cuidado de emociones y las propias emociones. Uno de los informantes destacó: “A nivel general, en México no tenemos la cultura del cuidado de nuestras emociones, que no tenemos el de expresar nuestras emociones abiertamente” (ESD). En una entrevista con una madre se le cuestionó la importancia del cuidado de las emociones en su hijo, a lo que respondió: “Tiene mucha importancia, porque es cómo él se va a comportar ante algún problema, ante algún logro, algo bueno, algo malo es lo que él va a dar a entender de cómo siente la lo que está pasando, ya sea un problema” (ESM₃).

Asimismo, se le preguntó al docente si en algún momento había hablado con sus estudiantes sobre las emociones: “Teníamos un semáforo hace tiempo. Y lo trabajábamos de que ¿cómo estás? Y luego también de que una tarjetita de ¿cómo te sientes hoy? y eran unos sobrecitos, pero yo lo que trato de hacer es como escenificarlos, pues para que lo entiendan, creo que es eso el cómo lo he trabajado” (ESP).

En conclusión, se puede decir que la inteligencia emocional está muy ligada a la educación socioemocional. Los participantes de la investigación destacaron algunos elementos importantes, como las habilidades socioemocionales, entre ellas la autorregulación, el autoconocimiento y la reflexión, y la competencia emocional.

FIGURA 1. PRECATEGORÍAS INCLUIDAS EN INTELIGENCIA SOCIOEMOCIONAL



Acción docente

Esta categoría se relaciona con la intervención e influencia del docente con sus alumnos y el impacto en la dinámica grupal de los estudiantes. La acción docente es el conjunto de estrategias, actividades y decisiones que el profesional realiza como parte de su práctica educativa, con la finalidad de facilitar el proceso de enseñanza y aprendizaje. Implica la planificación, la ejecución de actividades y acciones constantes para lograr objetivos educativos específicos. Aunado a ello, se requiere de una comunicación efectiva en la que prevalezca el diálogo y la confianza entre el docente y sus alumnos.

Según Gómez y Azcárate (2010), la acción docente es un proceso dinámico y reflexivo, en la que el profesor participa en la enseñanza y el aprendizaje, y ajusta sus estrategias pedagógicas según las necesidades y características de los alumnos. Esto se confirma con el testimonio del director de la escuela: “Los maestros han logrado trabajar sus emociones con los niños, o sea, más bien las emociones de los niños, porque han sabido mantener los controles de los grupos, unos en mayor medida que otros” (ESD).

La acción docente se refiere al conjunto de acciones, decisiones y prácticas que realiza un docente frente a grupo en el contexto de su labor educativa. Según lo menciona el director:

Soy de la idea de que los niños se hacen al maestro. Si es un maestro que es muy responsable, organizado, disciplinado, los niños van a ser organizados, disciplinados, responsables. Si es una maestra o maestro que es juguetón, cotorro, este chistoso que le gusta bromear, sus alumnos van a hacer así (ESD).

Lo anterior se refleja en las observaciones durante la investigación. “El docente ubica perfectamente a cada niño y atiende sus necesidades, lo cual permite que se sientan cómodos y contentos en el aula. Les da seguridad y los alienta a seguir cuando tienen dificultad” (OBP).

Se le preguntó a una madre de familia si en algún momento había hablado con su hijo sobre las emociones, a lo que respondió: “Pues yo creo que cuando le ha tocado aquí en la escuela algún trabajo, solamente” (ESM1).

Por su parte, se le preguntó al docente si identificaba cuando alguno de sus alumnos estaba pasando por un mal momento:

Yo considero que ya los conozco a todos con este ciclo. Ya van a ser dos trabajando con ellos y el comportamiento, ya sé quién llega saludándome, ya sé quién llega abrazándome, ya sé quién llega echando un chascarrillo, ya sé quién llega serio y se sienta en su lugar, entonces desde que empieza a actuar raro es como de que: ¿estás bien? (ESP).

Le preguntamos que cuando un alumno expresa alguna emoción (tristeza, enojo o preocupación), ¿qué suele hacer?

Cuando es tristeza y sé que el niño está triste, busco generar un ambiente que le cause gracia o que se olvide de esa tristeza. Cuando es enojo, lo hago reflexionar, así como de “achis, pero ¿por qué estás enojado?, ¿nosotros qué te hicimos?”. Ahí busco la reflexión. Cuando es miedo me gusta que se enfrenten a él, así de tengo miedo, pero qué puedo hacer, o me voy a quedar con mi miedo. Dependiendo de la emoción, busco generar un ambiente entre todo el salón, ya sea de broma, ya sea que el niño se integre con sus demás compañeros, creo que es eso (ESP).

Además, señala:

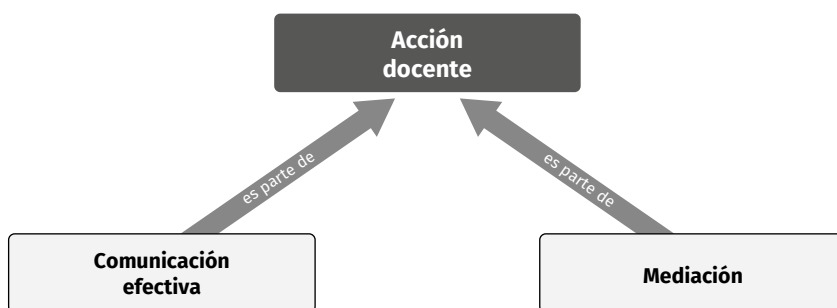
Ya platico con él, a ver qué es lo que tiene cuando se presenta el caso. Cuando sé que es un berrinche, es como de regúlalo porque estás en un grupo y tienes que trabajar a la altura de lo que trabaja un grupo. Entonces, yo considero que sus expresiones y su comportamiento, más que nada, cómo se comporta en su trabajo (ESP).

Prueba de ello, en una de las observaciones se rescata lo siguiente:

El docente se acerca y platica con él. Interviene para explicarle el contenido de manera individual, el maestro modifica la actividad al ponerle una tarea diferenciada, la cual lleva a cabo con éxito, se muestra más tranquilo y se pone a trabajar. Su actitud ha cambiado y mejorado después de la intervención del docente (OBS).

Según los hallazgos, se puede mencionar que según la acción docente efectiva, se puede intervenir e influir de la mejor manera para buscar y diseñar actividades necesarias para lograr que sus estudiantes comprendan y atiendan sus emociones, que sean capaz de identificarlas, conocerlas y manejarlas.

FIGURA 2. PRECATEGORÍAS EN ACCIÓN DOCENTE



Influencia socio-familiar

Esta categoría describe la formación que los estudiantes adquieren desde su contexto y núcleo familiar, y cómo se relaciona con sus interacciones sociales. Precisamente ahí se gestan ciertas actitudes, conductas y comportamientos emocionales, lo que contribuye en su reacción ante ciertas situaciones de conflicto; además de la cultura sobre el cuidado emocional en el ámbito social y familiar.

Martínez y Díaz (2016) explican que la influencia socio-familiar juega un papel crucial en el desarrollo completo de los estudiantes, pues implica la configuración de su identidad, sus valores y sus capacidades sociales. Esto se debe a que ofrece el entorno social y emocional indispensable para su crecimiento integral. Por ello, desde temprana edad es importante darle relevancia a la identificación, aceptación, comprensión y cuidado de las emociones y sentimientos, y sobre todo que les permita reaccionar de manera adecuada ante situaciones aflictivas y problemas de la vida cotidiana, tomando en cuenta el bienestar propio y el de los demás.

Pérez y Sánchez (2020) mencionan que esta influencia determina la identidad individual, los valores y las habilidades sociales. La familia es el contexto donde se forja la personalidad y se reflejan las prácticas sociales y emocionales de los otros miembros que también impactan en ella, sobre todo en los más pequeños. Por ello, se debe atender al aspecto socioemocional y trabajar en el desarrollo e implementación de habilidades y competencias socioemocionales que impacten de buena manera en todos los ámbitos en los que se desenvuelva.

En la entrevista se le preguntó al director la importancia del aspecto socioemocional en los alumnos:

Yo me doy cuenta que en muchos niños, a simple vista se puede apreciar cuando vienen “tristecillos” o que vienen preocupados o enojados, o que tuvieron algún problema en casa. Aquí en la escuela, luego luego lo identificamos nosotros como maestros, pues el día a día de nuestros alumnos los conocemos cómo son ellos, los vamos conociendo poco a poco y entre más estamos con ellos, más sabemos cuándo algo les está afectando. Entonces, para los alumnos es más difícil, me imagino que por su grado de madurez y porque aquí yo creo que en México la cultura en general no, no es tanto de aquí de la escuela. Yo pienso que es a nivel

general de México que no tenemos la cultura del cuidado de nuestras emociones, que no tenemos, el de expresar nuestras emociones abiertamente. [...] Yo veo que aquí muchos problemas son precisamente porque desde casa, desde la familia, desde allá vienen los problemas (ESD).

Con relación a esto, una madre de familia al cuestionarle cómo le ha enseñado a manejar o expresar lo que siente a su hijo, si lo ha hecho de alguna manera o si le da abrazos o besos, mencionó: “Yo soy muy poco cariñosa, pero yo creo que, porque así viene de todo el tiempo porque así somos, porque sí quisiera, yo sí quisiera ser más cariñosa. Pero no, no me sale, no me sale. Pero sí, sí les doy besos y abrazos” (ESM).

Respecto a si en algún momento ha hablado con su hijo sobre las emociones y cómo lo ha hecho, una madre de familia explicó:

Sí, pues siempre, por ejemplo, cuando se enoja le decimos: Danielito, debes de enseñarte. Ahhh porque a veces hasta se enoja y avienta la puerta. No, regrésate, abre la puerta, hijo, porque no está bien que te enojas, si te da coraje entra calmadito. Igual cuando está contento le digo que es parte de que él se sienta feliz (ESM₃).

Otra madre de familia respondió: “Pues sí, sí hemos platicado. Bueno como siempre estamos nada más él y yo siempre juntos, pues, sí, hemos platicado de las emociones” (ESM₂).

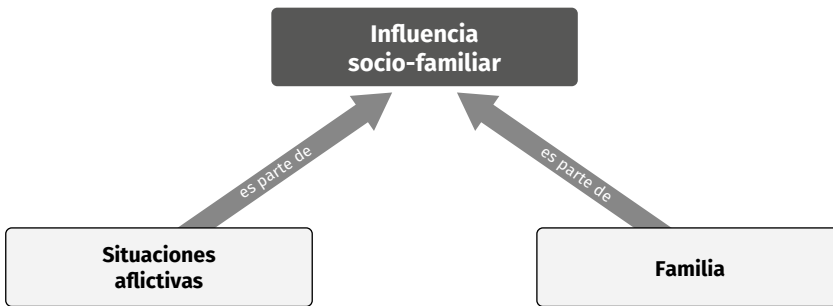
Al respecto, el docente mencionó:

Me ha pasado que cuando algo traen de su casa se me dificulta más, porque lloran mucho y no sé qué hacer. Es como de que ya tranquilo, tranquilo y luego respira y luego ya empieza otra vez con lo de las bromas, de los chistes y luego ya se empieza a reír y a desenvolverse. Pero me cuesta más cuando es algo que traen en su casa, así como de que tranquilo, no pasa nada, generalmente trato de darles una palmadita (ESP).

Agrega el docente: “Un niño que no está bien emocionalmente o que tiene problemas lo va a reflejar en el aula” (ESP).

La categoría “Influencia socio-familiar” arrojó datos relevantes sobre la familia y su comunidad, las cuales contribuyen en gran medida al aspecto socioemocional de los alumnos. Precisamente ahí los niños adquieren ciertas actitudes, costumbres, tradiciones, valores y creencias que influyen en su identidad y sus emociones. Asimismo, en el seno familiar se presentan situaciones aflictivas, complejas, que repercuten en los estudiantes y que impactan en su comportamiento, en cómo interactúan con los demás y la manera en la que actúan ante diferentes problemas cotidianos.

FIGURA 3. PRECATEGORÍAS EN INFLUENCIA SOCIOFAMILIAR



Conclusiones

Podemos destacar los siguientes puntos. Primero, en relación con la inteligencia socioemocional, después de analizar la información recabada, se reconoce que por medio de habilidades y competencias un individuo puede desarrollar una educación socioemocional efectiva. Estos pilares fundamentales permiten a los alumnos reconocer y gestionar sus emociones, establecer relaciones saludables y tomar decisiones responsables. Al fomentar un entorno que la priorice, se contribuye al bienestar integral de los estudiantes, lo que mejora su capacidad para afrontar desafíos y colaborar e interactuar con los demás. Entonces, se puede afirmar que desarrollar la educación socioemocional prepara a los alumnos tanto

para el éxito académico, como para una vida plena y equilibrada, dotándolos de las herramientas para enfrentar su realidad y los desafíos que se presenten.

Segundo: según los datos recabados, destaca la categoría “Acción docente”, debido a que en la escuela se da un acercamiento con mayor conciencia a una educación socioemocional, mediante la intervención, guía y acompañamiento del docente. Esta no sólo pretende la enseñanza de contenidos académicos, sino que también contribuye al desarrollo integral de los estudiantes, preparándolos para enfrentar desafíos emocionales y sociales. Demuestra a sus alumnos habilidades socioemocionales como la empatía, la inclusión y la comunicación efectiva, y los estudiantes observan y aprenden estas conductas a través del ejemplo diario. El docente se encarga de integrar lecciones específicas sobre habilidades socioemocionales en clase, al incluir actividades y estrategias diseñadas para que los alumnos reconozcan y manejen sus emociones en un ambiente áulico seguro, inclusivo y de apoyo, con fomento de la confianza, el respeto y la libertad, propiciando que los alumnos se sientan cómodos expresando sus ideas, emociones y preocupaciones.

Por último, se destaca la importancia de la influencia socio-familiar. En este seno se forman relaciones afectivas y de convivencia, se transmiten valores, actitudes y comportamientos, pero también se presentan situaciones aflictivas que se reflejan en su conducta.

Cabe mencionar la importancia que le otorgan al aspecto socioemocional los planes y programas de estudio vigentes de la Nueva Escuela Mexicana. Con ellos se pretende el desarrollo integral de los estudiantes, así como promover el bienestar socioemocional como parte de una formación global. Es indispensable fomentar un ambiente escolar positivo y seguro, donde los estudiantes se sientan respetados y valorados, lo que a su vez facilita el aprendizaje (SEP, 2022).

La Nueva Escuela Mexicana pretende equipar a los estudiantes con habilidades esenciales para la vida diaria y el futuro, incluyendo la capacidad de trabajar en equipo, la resiliencia y la adaptabilidad. Se dan a la tarea de prevenir conductas de riesgo como la violencia escolar, el acoso y el consumo de sustancias, promoviendo un entorno saludable y seguro (SEP, 2022).

Referencias

- Aguilera, M., Méndez, N. y Sandoval, S. (2015). Educación socioemocional: la autorregulación y el trabajo en equipo en habitantes de Cuetzalan, Puebla, y en alumnos de bachillerato de la Universidad Autónoma Chapingo. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 1, pp. 23-27.
- Amanta, M. R. (2022). *Resiliencia y autorregulación de emociones en estudiantes de primaria de la Institución Educativa San Juan Apóstol, Arequipa*, 2021. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/79702>
- American Psychological Association (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org>. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Askia, B. L. (2024). Educación socioemocional en la enseñanza primaria: un análisis práctico de la experiencia. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 15(29). <https://doi.org/10.23913/ride.v15i29.2141>
- Gardner, H. (2004). *Frames of the mind: The theory of multiple intelligences* (20. anniversary ed). BasicBooks.
- Goleman, D. (2015). *Inteligencia emocional* (1ª ed). Kairos.
- Gómez, C. y Azcárate, P. (2010). *La acción docente: Ensayos para una práctica reflexiva*.
- Martínez, L. y Díaz, R. (2016). *Influencia socio-familiar y desarrollo humano: Perspectivas actuales*.
- Ortega, M. y García, I. (2021). Expresión y autorregulación de las emociones en la escuela primaria. *Alumnos, docentes e instituciones. Sujetos y agentes de la educación* (pp. 157-173). Universidad Pedagógica de Durango. <http://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/AlumnosAgentes.pdf>
- Pérez, A. y Sánchez, E. (2020). *Influencia socio-familiar en la adolescencia: Implicaciones para la intervención psicosocial*.
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Editorial La Muralla. https://concreactraul.weebly.com/uploads/2/2/9/5/22958232/investigacin_cualitativa.pdf
- Torres, G. y Ramírez, E. (2024). *Importancia de la educación socioemocional en el aprendizaje de los alumnos de cuarto grado de primaria* [Tesis de licenciatura, Benemérita y Centenaria escuela Normal del Estado de San Luis Potosí]. <https://repositorio.beceneslp.edu.mx/jspui/handle/20.500.12584/1564>

- Rivera, I. (2023). *Educación socioemocional y su importancia en la formación académica del alumnado de nivel básico (primaria)* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Morelos]. <https://riaa.uaem.mx/xmlui/handle/20.500.12055/4764>
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), pp. 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Secretaría de Educación Pública (2022). Plan de Estudio de Educación Preescolar, Primaria y Secundaria 2022. *Gobierno de México*. <https://educacionbasica.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2024/06/Plan-de-Estudio-ISBN-ELECTRONICO.pdf>
- Tellis, W. (1997). Application of a Case Study Methodology. *The Qualitative Report*, 3(3), pp. 1-19. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/1997.2015>

Redes sociales y baja autoestima en universitarios de la zona conurbada de Veracruz

Edith Castellanos Contreras

Javier Salazar Mendoza

Geovanny Salvador Wong Torres

Miguel Ángel López Ocampo

María de Jesús Contreras Miranda

Fany Lizeth Zarate Espejo

Una red social es una plataforma que permite a usuarios crear un perfil público, establecer red de contactos y explorar conexiones propias y ajenas dentro del sistema (Boyd y Ellison, 2007). Por su parte, la autoestima se refiere a la percepción que una persona tiene de sí misma, lo que implica emociones, pensamientos, sentimientos, experiencias y actitudes a lo largo de su vida (Guerri, 2024).

En los últimos años, el uso de redes sociales ha aumentado considerablemente. Entre los factores que han contribuido a este incremento se encuentra la rapidez de respuesta, la facilidad de acceso y la recompensa inmediata de las múltiples actividades en línea (Echeburúa y Corral, 2010). En cuanto al uso intensivo de las plataformas digitales como Facebook, Instagram y TikTok, hay un efecto en nuestros circuitos neuronales similar al de conductas adictivas como los juegos de azar o el consumo de drogas (Martín y Medina, 2021). Los tuits, las reacciones, los comentarios, las fotos y videos en redes sociales generan una reacción química muy similar a la de las drogas (Challco et al., 2016).

Preocupa principalmente que los adolescentes y adultos jóvenes son un grupo que usa internet en exceso. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2019, 87.8% de los jóvenes de entre 12 y 17 años y 91.2% de 18 a 24 años en México utilizan internet.

Ese mismo año, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones) padecía algún trastorno mental, siendo los más comunes la ansiedad y los trastornos depresivos (entre ellos la autoestima baja), mismos que aumentaron significativamente en el 2020 (OMS, 2022). Las personas con baja autoestima presentan una identidad cambiante, inestable y abiertamente vulnerable a la crítica o al rechazo, lo que verifica su inadecuación, incompetencia y falta de valía (Rice, 2000).

Se calcula que para el 2024 aumenten alrededor de 5000 millones de usuarios mensuales activos procedentes en gran parte de Europa, Asia y América. Además, esta expansión se refleja en su tiempo de utilización (Fernández, 2025). Un estudio realizado en 45 de los mayores mercados mundiales de internet sobre el tiempo que cada usuario dedica a las redes sociales, arrojó que el uso diario pasó de 90 minutos en 2012 a 143 en los primeros tres meses de 2019. En América Latina, este periodo es el más alto, con un promedio de 212 minutos diarios. Brasil y Colombia son los países con mayor uso, mientras que en Argentina el promedio es de 207 minutos al día y en México de 190 (Duarte, 2019).

El uso generalizado de las redes sociales está arraigado a la vida moderna. Se ha convertido en una parte importante, sobre todo para los jóvenes. Por consiguiente, entender el impacto psicológico de estas plataformas es fundamental para prevenir y abordar los trastornos mentales que surjan a causa de su uso excesivo. La constante exposición a contenido audiovisual en redes sociales puede generar sentimientos de inferioridad, ya que no se alcanza el nivel de las imágenes idealizadas, lo que repercute negativamente en su autoimagen y autoestima (Collantes y Tobar, 2023).

Metodología

Diseño

Se realizó una investigación descriptiva, no experimental y de tipo correlacional. Se observaron los datos y se describió la relación de las variables, donde se analizaron los hallazgos más relevantes sin alterar o influir en los resultados.

El enfoque fue cuantitativo según los datos contables y de carácter numérico, facilitando la medición de los resultados (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2023).

Debido a cuándo ocurrieron los eventos y al registro de la información, el estudio es retrospectivo con datos recolectados de la fuente directa. La secuencia temporal del estudio abarcó el periodo de agosto de 2024 a enero de 2025, que se clasifica como de corte transversal, puesto que se observaron y analizaron las variables “Uso de redes sociales” y “Nivel de autoestima” en un punto específico en el tiempo para su evaluación (Canales et al., 2023).

Muestra

El estudio se realizó en el estado de Veracruz. Se centró en 639 estudiantes universitarios. Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de significancia estadística de 1.96 (95%), según Qualtrics®XM, con un error máximo aceptable de 0.05, lo que resultó en una muestra de 243 personas, es decir, el 38% de la población.

Se empleó el muestreo no probabilístico: no todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de seleccionarse (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2023), considerando los fenómenos o las variables a investigar. En este caso, los criterios requerían que los participantes vivieran en Veracruz y fueran universitarios. Los demás criterios incluyeron: estar inscritos en el periodo agosto de 2024 a enero 2025 en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, tener entre 18 a 26 años, tener disponibilidad de tiempo, querer participar y autorizar la aplicación del estudio. Se excluyeron a estudiantes con diagnóstico de trastornos mentales (depresión o ansiedad) y mujeres embarazadas, al ser parte de la población vulnerable según la Ley General de Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024) y un grupo de riesgo en investigaciones de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 2014). Asimismo, se eliminaron los cuestionarios incompletos y los registros de estudiantes que abandonaron voluntariamente el estudio durante el proceso de recolección de datos.

Instrumento

Los instrumentos de investigación incluyeron un consentimiento informado que explicaba el objetivo del estudio y los detalles de la participación en el proyecto. Se abordó la cédula de identificación personal, la cual comprende edad, sexo, universidad, programa educativo o licenciatura, semestre, ubicación del plantel, estado civil, religión y percepción del estado de salud actual.

La variable “uso de redes sociales” se evaluó con el cuestionario de Adicción a Redes Sociales (Escrura y Salas, 2014), que presenta un índice de fiabilidad Alpha de Cronbach de 0.87. Este instrumento se conforma de 24 ítems, cuya puntuación va de cero a cuatro puntos (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre). Evalúa la adicción a redes sociales de acuerdo con el Modelo de respuesta graduada de Samejima. Se divide en tres dimensiones o factores. El primero, conformado por 10 ítems, se denominó “Obsesión por las redes sociales”, con un rango de puntuación de 0-40. El segundo factor, conformado por seis ítems, se denominó “Falta de control personal en el uso de las redes sociales”, con un rango de 0-24. El tercero, con 8 ítems, se etiquetó “Uso excesivo de las redes sociales”, con un rango de puntuación de 0-32.

Por otro lado, la variable “Nivel de autoestima” se evaluó con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), que presenta un índice de fiabilidad Alpha de Cronbach de 0.77. Este instrumento se compone de 10 ítems, cuya puntuación va de uno a cuatro puntos (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo). Evalúa el nivel de autoestima global y consta de 10 afirmaciones: cinco direccionadas positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y cinco negativamente (3, 5, 8, 9, y 10). Los valores fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta).

Recolección de datos

Una vez aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, se designó un director del proyecto, con quien se definieron elementos clave como la introducción, el planteamiento del problema, los objetivos, la pregunta de investigación, la hipótesis y la variable de estudio.

Posteriormente, se elaboraron el marco teórico, el referencial y la metodología. Los instrumentos se adaptaron al formato digital y se realizaron pruebas piloto para asegurar su comprensión por parte de los estudiantes.

La recolección de datos se llevó a cabo desde agosto de 2024 hasta enero de 2025, con estudiantes universitarios de la zona conurbada de Veracruz que cumplan los criterios de inclusión. A cada participante se le explicó el propósito del estudio, sus requisitos y actividades, y se les pidió firmar un consentimiento. Se aplicó el cuestionario de adicción a redes sociales y la escala de autoestima de Rosenberg.

Análisis de datos

Para analizar la información se utilizó el programa SPSS versión 25. Se creó una base de datos donde se capturaron los instrumentos, previa validación y revisión de su llenado completo y correcto. Se empleó estadística descriptiva para ambas variables “Adicción a redes sociales” y “Nivel de autoestima” a través de frecuencias y porcentajes. El plan de análisis estuvo integrado por la estadística descriptiva, con la aplicación de frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central (media, mediana, moda y suma), medidas de dispersión (desviación estándar) y extremos de función (valor mínimo y máximo) (Celis y Labrada, 2014).

Posteriormente se realizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar el comportamiento de la distribución de los datos. Según esta, un resultado <0.05 se considera distribución no normal de los datos; por tanto, se usa la estadística no paramétrica. Cuando el resultado es >0.5 , se considera como distribución de datos normal y se utiliza la estadística paramétrica (García et al., 2010). La prueba para la relación de las dos variables será supuestos no paramétricos: coeficiente de relación por rangos de Rho Spearman, ya que ambas variables son de intervalo o razón (Lizama y Boccardo, 2014).

Consideraciones éticas

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo cuarto establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (párr. 3) (DOF, 2020a). Además, se consideraron el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014), conforme

a lo dispuesto en el artículo 14, fracciones VII y VIII; la declaración de Helsinki; el código de ética del CIE para las enfermeras (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021); la Ley General de Salud en el apartado sobre investigación en seres humanos (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024) y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que define los criterios para realizar proyectos de investigación de salud en seres humanos (Secretaría de Gobernación, 2013).

El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, atendiendo lo indicado en el artículo 13, el cual estipula que en toda investigación donde el ser humano es sujeto de estudio, debe prevalecer el respeto a la dignidad y la aprobación de sus derechos y bienestar.

Resultados

En la tabla 1 se analiza la distribución de los participantes del estudio por grupo de edad y sexo. Para la variable de edad sobresale el rango de 22 a 23 años con (38.3%), seguido por los de 20 a 21 (32.9%), para 24 a 25 (19.3%) y los de 18 a 19 (9.5%).

TABLA 1. GRUPO DE EDAD POR SEXO

GRUPO	HOMBRE N = 60		MUJER N = 183		TOTAL = 243	
	F	%	F	%	%	%
18 a 19 años	14	5.8	9	3.7	23	9.5%
20 a 21 años	14	5.8	66	27.2	80	32.9%
22 a 23 años	25	10.3	68	28.0	93	38.3%
24 a 25 años	7	2.9	40	16.5	47	19.3%

Fuente: cédula de identificación de datos.

Por su parte, la tabla 2 identifica la primera dimensión, etiqueta “Obsesión por las redes sociales” del cuestionario (Escurra y Salas, 2014), en el que se analizan 10 preguntas del instrumento. En cuanto a la necesidad de permanecer conectado, 52.3% señaló nunca, seguido por 20.6% que dijo que casi siempre.

Para la etiqueta “Me pongo de mal humor si no me conecto a las redes sociales”, 29.6% nunca se ponen de mal humor, 28.0% algunas veces. En “Me produce alivio conectarme a las redes sociales”, 34.6% algunas veces sienten alivio, 25.5% rara vez. En “Cuando entro a las redes sociales pierdo el sentido del tiempo”, 36.5% señaló algunas veces y 32.1% rara vez. Sobre “Permanecer más tiempo en las redes sociales del planeado”, el 39.9% rara vez y 25.9% algunas veces.

TABLA 2. PRIMERA DIMENSIÓN “OBSESIÓN POR LAS REDES SOCIALES”

SÍNTOMA	NC		RV		AV		CS		SP	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Necesito permanecer conectado	127	52.3	-	-	38	15.6	50	20.6	28	11.5
Necesito más tiempo para atender las redes sociales	25	10.3	69	28.4	82	33.7	56	23.0	11	4.5
El tiempo dentro de las redes sociales ya no me satisface	34	14.0	75	30.9	63	25.9	58	23.9	13	5.3
Al despertar ya estoy conectado a redes sociales	25	10.3	66	27.2	78	32.1	43	17.7	31	12.8
No sé qué hacer cuando estoy desconectado	32	13.2	70	28.8	59	24.3	70	28.8	12	4.9
Me pongo de mal humor si no me conecto a redes sociales	72	29.6	57	23.5	68	28.0	38	15.6	8	3.3
Me pongo ansioso si no me conecto a redes sociales	52	21.4	85	35.0	61	25.1	31	12.8	14	5.8
Me produce alivio conectarme a redes sociales	51	21.0	62	25.5	84	34.6	40	16.5	6	2.5
Cuando entro a redes sociales pierdo el sentido del tiempo	36	14.8	78	32.1	88	36.2	23	9.5	18	7.4
Permanezco más tiempo en redes sociales del planeado	20	8.2	97	39.9	63	25.9	43	17.7	20	8.2
NC: nunca, RV: rara vez, AV: algunas veces, CS: casi siempre, SP: siempre, F: frecuencia, %: porcentaje, n = 243.										

Fuente: Cuestionario de adicción a redes sociales (Escurrea y Salas, 2014).

En la tabla 3 se identifica la segunda dimensión “Falta de control personal en el uso de las redes sociales”, en el que se analizan seis preguntas del instrumento. En cuanto a “Pienso en lo que pasa en redes sociales”, 40.3% refieren algunas veces y 26.7% rara vez. En “Pienso que debo controlar mi actividad en redes sociales”, 44.0% rara vez y 27.2% algunas veces. Mientras que “Puedo desconectarme varios días”, 24.7% algunas veces y rara vez también con 24.7%. En “Me propongo sin éxito controlar mi uso de redes sociales”, 39.9% rara vez y 25.5% algunas veces. En “No dejo de pensar en lo que sucede en redes sociales”, 30.0% algunas veces y 29.2% rara vez.

TABLA 3. SEGUNDA DIMENSIÓN “FALTA DE CONTROL PERSONAL EN EL USO DE REDES SOCIALES”

SÍNTOMA	NC		RV		AV		CS		SP	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Pienso en lo que pasa en redes sociales	43	17.7	65	26.7	98	40.3	28	11.5	9	3.7
Creo que debo controlar mi actividad en redes sociales	21	8.6	107	44	66	27.2	45	18.5	4	1.6
Puedo desconectarme varios días	38	15.6	60	24.7	60	24.7	50	20.6	35	14.4
Me propongo sin éxito controlar mi uso de redes sociales	27	11.1	97	39.9	62	25.5	43	17.7	14	5.8
No dejo de pensar en lo que sucede en redes sociales	64	26.3	71	29.2	73	30	27	11.1	8	3.3
Invierto mucho tiempo conectándome y desconectándome	38	15.6	71	29.2	66	27.2	56	23	12	4.9

NC: nunca, RV: rara vez, AV: algunas veces, CS: casi siempre, SP: siempre, F: frecuencia, n = 243.

Fuente: Cuestionario de adicción a redes sociales (Escurre y Salas, 2014).

La tabla 4 describe la tercera dimensión: “Uso excesivo de redes sociales”, con las últimas ocho preguntas del instrumento. En cuanto a “Permanecer mucho tiempo conectado a redes sociales”, 44% casi siempre y 27.6% rara vez. En “Descuidar las tareas y los estudios por estar conectado a redes sociales”, 28.8% rara vez lo descuida y 27.6% nunca. En “Aun en clases se

conecta con disimulo”, 34.6% rara vez se conecta y 32.9% algunas veces. En “Su pareja, amigos y familiares le llaman la atención por el tiempo destinado a redes sociales”, 30.9% nunca le han llamado la atención y 28.8% algunas veces. En “Crear tener un problema con la intensidad y la frecuencia con la que usa las redes sociales”, se observa una mayoría en rara vez 36.6% y 25.5% algunas veces.

TABLA 4. TERCERA DIMENSIÓN “USO EXCESIVO DE LAS REDES SOCIALES”

SÍNTOMA	NC		RV		AV		CS		SP	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Permanezco mucho tiempo conectado	18	7.4	67	27.6	43	17.7	107	44	8	3.3
Estoy atento a las alertas de las redes sociales	20	8.2	83	34.2	98	40.3	33	13.6	9	3.7
Descuido a mis amigos y familiares por estar conectado	74	30.5	67	23.5	62	25.5	34	14	16	6.6
Descuido mis tareas y estudios por estas conectado	67	27.6	70	28.8	37	15.2	55	22.6	14	5.8
Aun cuando estoy en clase me conecto disimuladamente	22	9.1	84	34.6	80	32.9	41	16.9	16	6.6
Mi pareja, amigos y familiares me han llamado la atención por el tiempo que dedico a las redes sociales	75	30.9	62	25.5	70	28.8	24	9.9	12	4.9
Me aburro en clase si no estoy conectado a las redes sociales	32	13.2	62	25.5	73	30.0	42	17.3	34	14
Creo que es un problema la frecuencia con la que entro a las redes sociales	49	20.2	89	36.6	62	25.5	29	11.9	14	5.8
NC: nunca, RV: rara vez, AV: algunas veces, CS: casi siempre, SP: siempre, F: frecuencia, n = 243.										

Fuente: *Cuestionario de adicción a redes sociales* (Escrura y Salas, 2014).

En la tabla 5 se identifica la primera dimensión de la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), en el que se analizan cinco preguntas del instrumento de manera positiva. En cuando a “Sentirse una persona digna de aprecio”, 49.4% están muy de acuerdo y 12.3% en desacuerdo. “Tener una actitud positiva hacia sí mismo”, 39.9% están de acuerdo y 20.6% no. “Sentirse satisfecho de sí mismo en general”, 45.3% concuerdan y 18.1% no.

TABLA 5. PRIMERA DIMENSIÓN “NIVEL DE AUTOESTIMA (POSITIVA)”

SÍNTOMA	MEDA		EDA		DA		MDA	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Soy una persona digna de aprecio	10	4.1	30	12.3	83	34.2	120	49.4
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas	14	5.8	59	24.3	80	32.9	90	37
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	20	8.2	48	19.8	94	38.7	81	33.3
Tengo actitud positiva hacia mí mismo	10	4.1	50	20.6	97	39.9	86	35.4
En general estoy satisfecho de mí mismo	14	5.8	44	18.1	110	45.3	75	30.9
MDA: muy de acuerdo, DA: de acuerdo, EDA: en desacuerdo, MEDA: muy en desacuerdo, F: frecuencia, n = 243.								

Fuente: Escala de autoestima (Rosenberg, 1965).

En la tabla 6 se identifica la segunda dimensión de la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), en el que se analizan cinco preguntas del instrumento de manera negativa. En “Inclinarse a pensar que son un fracaso”, 44.4% están muy en desacuerdo y 19.8% de acuerdo. Sobre si les gustaría sentir más respeto por sí mismos, 34.6% están en desacuerdo y 25.1% de acuerdo. Sobre creer a veces que no son una buena persona, 39.5% están en desacuerdo y 19.8% sí.

TABLA 6. SEGUNDA DIMENSIÓN “NIVEL DE AUTOESTIMA (NEGATIVA)”

SÍNTOMA	MDA		DA		EDA		MEDA	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Siento que no tengo mucho de lo que estoy orgulloso	23	9.5	42	17.3	78	32.1	100	41.2
Me inclino a pensar que soy un fracasado	11	4.5	48	19.8	76	31.3	108	44.4
Me gustaría sentir más respeto por mí mismo	15	6.2	61	25.1	84	34.6	83	34.2
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil	17	7	60	24.7	108	44.4	58	23.9
A veces creo que no soy buena persona	25	10.3	48	19.8	96	39.5	74	30.5
MDA: muy de acuerdo, DA: de acuerdo, EDA: en desacuerdo, MEDA: muy en desacuerdo, F: frecuencia, n = 243.								

Fuente: *Escala de autoestima* (Rosenberg, 1965).

La clasificación de la variable “Adicción a redes sociales” se identifica en la tabla 7, donde el 50.6% se encuentra en adicción media, con mayor distribución (36.6%) en mujeres. Esto confirma que este género se expone más a redes sociales. Por ello, es necesario un programa preventivo y de atención para ellas, que integre variables personales para mayor impacto.

TABLA 7. CLASIFICACIÓN DE ADICCIÓN A REDES SOCIALES

PUNTUACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
0 a 36 (baja)	20	8.2	77	31.7	97	39.9%
37 a 64 (media)	34	14	89	36.6	123	50.6%
65 a 96 (alta)	6	2.5	17	7	23	9.5%
Total	60	24.7	183	75.3	243	100%
Variable	Medidas de tendencia central			Medidas de dispersión		
	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
Redes sociales	39.65	40	43	5	88	15.87

Fuente: *Cuestionario de adicción a redes sociales* (Escrura y Salas, 2014).

En la tabla 8 se analiza la clasificación de la variable “Autoestima”, 52.7% presenta en nivel medio, con mayor presencia en mujeres (42%), y 43.2% autoestima baja, igual con mayor impacto en mujeres. El 4.1% se clasificó en alta. Preocupa que las mujeres nuevamente señalan padecerla, por ende, se deben enfocar acciones inmediatas para abordarlo de manera integral.

TABLA 8. CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA

PUNTUACIÓN	HOMBRE N = 60		MUJER N = 183		TOTAL N = 243	
	F	%	F	%	F	%
Menos de 25 (baja)	33	13.6	72	29.6	105	43.2%
De 26 a 29 (media)	26	10.7	102	42	128	52.7%
De 30 a 40 (alta)	1	0.4	9	3.7	10	4.1%
Total	70	24.7	183	75.3	243	100%
Variable	Medidas de tendencia central			Medidas de dispersión		
	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
Autoestima	25.89	26	28	19	33	2.471

Fuente: Escala de autoestima (Rosenberg, 1965).

La relación de variables por la prueba de Rho Spearman se evalúa en la tabla 9. Estas determinan que el nivel de adicción a redes sociales (ARS) tiene una correlación negativa significativa con el nivel de autoestima (NAT), lo cual sugiere que, a mayor adicción a redes sociales, menor autoestima ($rs = -.323$, $p = <0.01$). Por otro lado, la variable de adicción a redes sociales (ARS) influye estadísticamente sobre la percepción del estado de salud (PES), sugiriendo que, a mayor percepción del estado de salud, mayor nivel de adicción a redes sociales ($rs = .193$, $p = <0.01$). En cuanto al nivel de autoestima (NAT), la correlación es baja y no significativa con la edad cumplida (EDA), indicando que no hay una relación significativa ($rs = .058$, $p = <0.01$). En relación con la variable EDA, hay una correlación negativa y significativa sobre la percepción del estado de salud (PES), sugiriendo que a mayor edad, la percepción del estado de salud disminuye ($rs = -.232$, $p = <0.01$).

TABLA 9. CORRELACIÓN DE VARIABLES, PRUEBA RHO SPEARMAN

VARIABLE/SUBESCALA		ARS	NAT	EDA	SIA	PES
ARS	CC	1.000				
	Sig. (bilateral)	-				
	N	243				
NAT	CC	-.323**	1.000			
	Sig. (bilateral)	<.001	-			
	N	243	243			
EDA	CC	-.089	.058	1.000		
	Sig. (bilateral)	.168	.367	-		
	N	243	243	243		
SIA	CC	-.226	.086	.614**	1.000	
	Sig. (bilateral)	<.001	.182	<.001	-	
	N	243	243	243	243	
PES	CC	.193**	-.119	-.232**	-.069	1.000
	Sig. (bilateral)	.003	.065	<.001	.286	-
	N	243	243	243	243	243
ARS = nivel de adicción a redes sociales; NAT = nivel de autoestima; EDA = edad en años cumplidos; SIA = semestre en el que está inscrito actualmente; PES = percepción del estado de salud; CC = coeficiente de correlación; N = número de casos. *La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral), n = 243.						

Fuente: cédula de identificación de datos, *Cuestionario de adicción a redes sociales* (Escrura y Salas, 2014) y *Escala de autoestima* (Rosenberg, 1965).

Discusión

En relación con los datos sociodemográficos se coincide con Rodríguez (2023), que la población objeto de estudio fueron alumnos universitarios en rangos de 18 a 25 años, no así con Rodríguez y Moreno (2019), Portillo et al. (2021), González y López (2022) y Pillaca (2019), en los que sus participantes sobrepasaron y otros estuvieron por debajo del rango de este criterio. Destaca la relevancia de seguir investigando los comportamientos asociados con la adicción a las redes sociales y la autoestima desde una edad temprana, con el fin de implementar programas o intervenciones de enfermería que promuevan hábitos saludables que perduren en las etapas posteriores del desarrollo, como la juventud y la adultez.

Otro aspecto de discusión fue el número de muestra en las investigaciones, teniendo similitud con Pillaca (2019), cuya población fue mayor a 240, y con Rodríguez y Moreno (2019), Portillo et al. (2021), González y López (2022), Rodríguez (2023), cuya población no sobrepasó los 200.

En relación con los niveles de adicción a redes sociales en la población, destaca que la mayoría de los participantes presentan niveles medios de adicción (50.6%), como también adicción alta a las redes sociales (9.5%). Esto coincide con Pillaca (2019), en la cual sus estudiantes asemejan niveles idénticos.

Para los resultados de los niveles de autoestima en los estudiantes, se obtuvo que la mitad de la población tiene nivel de autoestima media (52.7%), al igual que el estudio de Pillaca (2019), en el que se vio que una tercera parte de sus participantes tienen un nivel de autoestima medio. A diferencia de Rodríguez (2023) y González y López (2022), cuya población obtuvo un nivel de autoestima elevado con más del 40% de la población.

Al determinar la relación entre las variables “Adicción a redes sociales” y “Nivel de autoestima” se concluyó que hay una correlación negativa significativa, lo cual sugiere que, a mayor nivel de adicción a redes sociales, menor nivel de autoestima ($r_s = -.323$, $p = <0.01$). Esto concuerda con Pillaca (2019) y Rodríguez (2023), cuyas investigaciones detectaron una relación estadísticamente negativa entre estas variables ($RS = -.417$) y ($RS = -.2.66$), lo que demuestra que a mayor adicción a redes sociales, menor autoestima, y viceversa.

Conclusiones

Este estudio demostró que el uso de redes sociales impacta importante y multifacéticamente en los niveles de autoestima de los jóvenes universitarios en la zona conurbada de Veracruz. A través de los datos recolectados y sus análisis, se encontró que el consumo de contenidos en redes sociales está ligado a las percepciones que los estudiantes tienen de sí mismos, en lo que destacan logros, estilos de vida ideales y estándares de belleza elevados. Estos pueden provocar comparaciones que en muchos casos conducen a la disminución de la autoestima, especialmente entre aquellos que pasan un tiempo considerable en estas plataformas.

Por otro lado, también las redes sociales pueden desempeñar un rol positivo en la vida de los estudiantes; les permite establecer conexiones significativas y encontrar apoyo emocional en comunidades virtuales. Estas interacciones fortalecen el sentido de pertenencia y contribuyen a una autoimagen positiva. Sin embargo, esta influencia positiva suele depender de cómo se utilizan las redes sociales, el tipo de contenido y las motivaciones de los usuarios al interactuar en estas plataformas.

A la luz de estos hallazgos, evidencia la necesidad de fomentar un uso crítico y consciente de las redes sociales en jóvenes universitarios. Para reducir los efectos negativos sobre la autoestima, es crucial implementar programas educativos que promuevan la alfabetización digital y el bienestar mental.

Se proponen recomendaciones orientadas a la comunidad universitaria, así como las instituciones educativas y sanitarias para mitigar los efectos negativos del uso de redes sociales en los estudiantes. Se recomienda a las universidades incluir en su oferta talleres, programas extracurriculares o cursos enfocados en la alfabetización digital. Estos deben enseñar a los estudiantes a reconocer los mecanismos de comparación social y los efectos de la sobreexposición a contenidos idealizados en redes. Además, incluir herramientas de manejo emocional, que permitan a los estudiantes comprender cómo estas influyen en su percepción de sí mismos y su bienestar.

Referencias

- Boyd, D. M. y Ellison, N. B. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), pp. 210-230. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>
- Challco, K., Rodríguez, S. y Jaimes, J. (2016). Riesgo de adicción a redes sociales, autoestima y autocontrol en estudiantes de secundaria. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 9(1), pp. 9-15. <https://doi.org/10.17162/rccs.v9i1.542>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2024). *Ley General de Salud*.
- Canales, F. H., De Alvarado, E. L. y Pineda, E. B. (2013). *Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal* (4ª ed.). LIMUSA.
- Celis, A. y Labrada, V. (2014). *Bioestadística* (3ª ed.). El Manual Moderno.

- Collantes, K. D. y Tobar, A. (2023). Adicción a redes sociales y su relación con la autoestima en estudiantes universitarios: social media. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), pp. 848-860. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.300>
- Consejo Internacional de Enfermeras (2021). *Código de ética del CIE para las enfermeras: Revisado en 2021*.
- Duarte, F. (2019). Los países en los que la gente pasa más tiempo en las redes sociales (y los líderes en América Latina). *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-49634612>
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), pp. 91-96. <https://doi.org/10.20882/adicciones.196>
- Escurra, M. E. y Salas, E. (2014). Construcción y validación del cuestionario de adicción a redes sociales. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 20(1), pp. 73-91.
- Fernández, R. (2025). *Tema: Panorama mundial de las redes sociales*. Statista. <https://es.statista.com/temas/3168/panorama-mundial-de-las-redes-sociales/>
- García, R., González, J. y Jornet, J. M. (2010). *SPSS: pruebas no paramétricas: Kolmogorov Smirnov*. https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_o8o2A.pdf
- González, N. y López, P. (2022). *Influencia de las redes sociales en la autoestima de dos generaciones diferentes (Generación Z y Millennials)*. Universidad de la Laguna.
- Guerri, M. (1 de abril, 2024). ¿Qué es la Autoestima? Una guía práctica para el bienestar emocional. *Psicoactiva*. <https://www.psicoactiva.com/blog/que-es-la-autoestima/>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza-Torres, C. P. (2023). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (2ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2019*. <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2019/>
- Lizama, P. y Boccardo, G. (2014). *Guía de asociación entre variables (Pearson y Spearman en SPSS)*. Universidad de Chile. https://www.u-cursos.cl/facso/2014/2/SOo1007/1/material_docente/bajar?id_material=994690
- Martín, D. y Medina, M. (2021). Redes sociales y la adicción al like de la generación z. *Revista de Comunicación y Salud*, 11, pp. 55-76. <https://doi.org/10.35669/rcys.2021.11.e281>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Pillaca, J. E. (2019). *Adicción a redes sociales y autoestima en estudiantes de una universidad privada de Lima sur* [Universidad Autónoma de Perú]. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/904/Pillaca%20Pullo%2C%20Jessica%20Emilia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Portillo, V., Ávila, J. y Capps, J. (2021). Relación del uso de redes sociales con la autoestima y la ansiedad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(1), pp. 139-149.
- Qualtrics (2023). Cómo calcular el tamaño correcto de una muestra. <https://www.qualtrics.com/es/gestion-de-la-experiencia/investigacion/calcular-tomano-muestra/>
- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Prentice Hall.
- Rodríguez, J. y Moreno, O. (2019). Ansiedad y Autoestima: Su relación con el uso de las redes sociales en adolescnets mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(1). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/69321>
- Rodríguez, B. (2023). *Adicción a redes sociales y su relación con problemas de autoestima* [Tesis de licenciatura, Universidad América Iberoamericana]. <https://dspaceapi.uai.edu.ar/server/api/core/bitstreams/98e08c3c-0742-4ceb-881a-29b308d233f5/content>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. http://archive.org/details/societyadolesceno00orose_m3e5
- Secretaría de Gobernación (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. *Diario Oficial de la Federación*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*.

Relación de los motivos para consumir alcohol en estudiantes de Enfermería

Pedro González Angulo
Javier Salazar Mendoza
Edith Castellanos Contreras
María Esperanza Conzatti Hernández
Jasmin Urania Camacho Martínez
José Luis Ulloa Mayo

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades inductoras de dependencia. Ha sido ampliamente utilizado en diversas culturas a lo largo de los siglos. Su consumo es perjudicial y conlleva una significativa carga de morbilidad que repercute en dimensiones sociales y económicas. Adicionalmente, su uso puede tener efectos perjudiciales sobre terceros: familiares, amigos, colegas y personas desconocidas (OPS, 2025).

La dependencia es uno de los problemas más graves asociados con el alcohol. Se establece como un cuadro de manifestaciones vivenciales, conductuales, cognitivas y fisiológicas. Para las personas que la padecen, su vida se desarrolla alrededor de la bebida y se vuelve su prioridad, por encima de cualquier otro interés (Franco y Giner, 2008).

Existen diversos factores que motivan a las personas a consumir alcohol, como la curiosidad, la imitación, el placer, la evasión, hasta la necesidad de obtener prestigio o reconocimiento dentro de un grupo social. Las personas se motivan a consumir esta sustancia para obtener un resultado positivo (motivación positiva) o evadir uno negativo (motivación negativa). Asimismo, el consumo podría responder a recompensas externas como la aceptación social y la aprobación de un grupo (Rodríguez-Ramírez et al., 2018).

El consumo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades, lesiones y otras afecciones a la salud, incluidos trastornos mentales y

comportamentales como el alcoholismo, y enfermedades no transmisibles, como la cirrosis hepática, ciertos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares. Además, está vinculado a traumatismos derivados de la violencia y accidentes de tránsito. Anualmente se registran tres millones de fallecimientos en todo el mundo como consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa el 5.3% de todas las defunciones (OPS, 2018).

Cuando un individuo consume bebidas alcohólicas, suele manifestar signos de desinhibición: discusiones, agresividad, fluctuaciones rápidas en el estado de ánimo, dificultades para concentrarse, problemas en la toma de decisiones y desempeño personal deteriorado. Además, se evidencian afectaciones neurológicas: desequilibrio, marcha inestable, discurso incoherente, falta de coordinación, movimientos oculares incontrolados y disminución del nivel de conciencia (Morrison, 2015).

Estos padecimientos contribuyen a que anualmente se registren más de tres millones de muertes a nivel mundial: 1 de cada 20 fallecimientos y 5.3% de todas las defunciones. El 75% de estos decesos recaen en el género masculino (OMS, 2024). Adicionalmente, el uso nocivo de esta sustancia contribuye en más del 5% de la carga global de morbilidad (OMS, 2024). De todas las muertes atribuibles al alcohol, el 28% se deben a lesiones (ocasionadas por accidentes de tráfico, autolesiones y violencia interpersonal), el 21% a trastornos digestivos, 19% a enfermedades cardiovasculares y el 32% restante a infecciones, cánceres, trastornos mentales y otras afecciones (OMS, 2024).

En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Adictivas, Alcohol y Tabaco de 2017 refleja un patrón de consumo excesivo de alcohol. Este fenómeno se observa tanto en la población adulta, como en una amplia proporción de menores de edad. Destaca un crecimiento particularmente notorio en las adolescentes, llegando a prevalencias comparables a las de los varones (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017).

La dependencia al alcohol es una problemática de salud pública que diversos investigadores se han fijado como objetivo. Esta afecta principalmente a la población joven, siendo la droga más consumida en el mundo debido a su fácil acceso, lo que hace imperativo avanzar en su comprensión (Tavera y Torres, 2019).

Por otro lado, algunos estudios (Aldana y Álvarez, 2019; Beserra et al., 2019; Castañeda et al., 2019; González et al., 2020; Mora y Herrán, 2019; Ortiz et al., 2020; Ponce y Reyes, 2018; Rodríguez-Muñoz et al., 2020; Benítez-Villa

y Fernández-Cáceres, 2019; Yamauchi et al., 2019) especifican que su consumo tiene consecuencias graves en la salud mental, física e, incluso, académica. Dado el consumo constante y en altas proporciones de alcohol, los estudiantes universitarios son más frecuentes a sufrir accidentes automovilísticos, peleas, agresiones sexuales, enfermedades crónicas (hipertensión), trastornos hepáticos y mentales (ansiedad y depresión). Por ello, es importante analizar el comportamiento de los estudiantes de Enfermería y su relación con el alcohol, sobre todo el nivel de dependencia que pueden desarrollar.

Metodología

Diseño

El enfoque de esta investigación es cuantitativo, descriptivo, correlacional y con un corte transversal. El levantamiento de información se desarrolló en un solo momento, desde febrero a julio del 2023. Se determinó la dependencia y la motivación al consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería (Grove y Gray, 2019; Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2023).

Muestra

Esta investigación se llevó a cabo en Orizaba y el puerto de Veracruz, con 1400 estudiantes matriculados en la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Veracruzana, en el periodo escolar febrero-julio 2023.

Según Qualtrics®^{XM} (IBM Corp, 2013), se aplicó la fórmula para poblaciones finitas con el 95% de significancia estadística ($Z = 1.96$). Con margen de error del 5%, se obtuvo una muestra de 302 estudiantes, que representan el 21.57% del total.

Con fines de fiabilidad, se aplicó el instrumento a 366, lo que aumentó 26.1%, de acuerdo con los criterios de selección. Se validaron 363 instrumentos, es decir, tres no cumplían con los parámetros.

La muestra se obtuvo mediante el método de muestreo probabilístico aleatorio simple, conforme a lo sugerido por Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres (2023). Este enfoque implica la selección de n unidades extraídas de un

conjunto de N , lo que asegura que cada muestra tenga la misma probabilidad de ser seleccionada. El instrumento se aplicó de acuerdo con los criterios establecidos, hasta conseguir una muestra de 363 participantes.

Los criterios de inclusión fueron la autorización firmada de los participantes, características sociodemográficas indistintas, que estuvieran inscritos en el periodo escolar febrero-julio 2023, que quisieran participar, disponibilidad de tiempo, aceptar la orientación y explicación de la estructura del instrumento y del proyecto. Por el contrario, se excluyeron estudiantes con alguna alteración mental diagnosticada (depresión o ansiedad), problemas de lenguaje y psicomotores y mujeres embarazadas, por clasificarse en población vulnerable, según la Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 2014) y de riesgo para estudios de investigación (Tamayo, 2001).

Se eliminaron los instrumentos de las personas que decidieron abandonar la investigación o declinar la aprobación del consentimiento. Debido a la aplicación del instrumento por medios electrónicos, estos criterios son los únicos considerados por la propia naturaleza del portal web donde se plasmó.

Instrumento de medición

El material utilizado se adaptó a una versión digital (Google, 2023) para completar la muestra del estudio. Además, se le agregó en el primer apartado el consentimiento, aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería en Orizaba. En él se especifica el título del proyecto, una explicación de la participación y los fundamentos éticos, los responsables del estudio y la solicitud de firma que autoriza utilizar la información proporcionada.

En el segundo apartado se localizan los datos de identificación: región, sexo, edad, zona de procedencia, estado civil, religión, si estudia otra licenciatura, promedio del periodo anterior, si trabaja actualmente y cómo considera su estado de salud. Además, se pregunta la edad que tenía cuando probó alcohol por primera vez, quién le ofreció la bebida y si en la familia se consume la sustancia y quiénes.

Para evaluar el consumo de alcohol se aplicó el Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) de la OMS (Bador et al., 2001). La escala se integra por 10 reactivos que examinan

el consumo durante los últimos 12 meses y sus consecuencias. Se evalúan tres dominios: cantidad y frecuencia de consumo (reactivos 1, 2 y 3), posible dependencia a la droga (4, 5 y 6) y daños ocasionados por esta conducta (7, 8, 9 y 10). Las respuestas son de opción múltiple. Para su interpretación se suman todos los ítems con un valor mínimo de 0 y máximo de 40 puntos. Estos puntajes se clasifican en abstinencia (0 puntos), consumo ocasional (de 1 a 7), de riesgo (8 a 15), perjudicial (16 a 19) y dependencia alcohólica (20 o más). Este instrumento ha reportado una confiabilidad por Alpha de Cronbach de 0.9 en estudiantes universitarios (González-Angulo et al., 2022).

Para evaluar los motivos de los jóvenes para consumir alcohol se empleó una traducción al español de la versión modificada del Drinking Motives Questionnaire-Revised (DMQ-R), desarrollada por Grant et al. (2007). Esta consta de 28 ítems, con las opciones: casi nunca (1), algunas veces (2), la mitad del tiempo (3), la mayoría de las veces (4) y casi siempre (5). Se agrupan en cinco factores: social positivo externo (1, 4, 7, 10 y 13), mejora (3, 6, 9, 12 y 26), conformidad (15, 18, 24, 25 y 28), afrontamiento de la ansiedad (2, 8, 11 y 19) y afrontamiento de la depresión (5, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23 y 27).

La fiabilidad de Alpha de Cronbach por escala es social (.780), mejora (.820), conformidad (.750), afrontamiento de la ansiedad (.630) y afrontamiento de la depresión (.880). Para calcular la variable se suman los puntajes de las preguntas 1 a 28, con puntaje mínimo de 28 y máximo de 140. Los resultados de 1 a 65 se consideran estudiantes amotivados al consumo de alcohol; de 66 a 103, con motivaciones medias; de 104 a 140, con motivaciones altas.

Recolección de datos

El proyecto de investigación fue autorizado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, por previa solicitud de los responsables. Bajo la dirección de un investigador responsable, se inició la investigación, exponiendo el objetivo del estudio. Posteriormente, se procesaron los datos obtenidos de los estudiantes durante el período febrero-julio 2023.

Análisis de datos

El levantamiento de la información se realizó vía virtual de febrero a junio de 2023. Se bajaron los datos a una base en Excel para revisar las respuestas y que no se duplicaran los cuestionarios. Después se creó una base de datos en el programa IBM SPSS Statistics (IBM Corp, 2013).

El plan de análisis estuvo integrado por estadística descriptiva, con el uso de frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (desviación típica, mínimo y máximo). Para evaluar la normalidad de las variables se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov ($p < .05$). Se utilizó estadística no paramétrica, por lo que se usó el coeficiente de correlación de Rho Spearman para determinar la relación de variables.

Consideraciones éticas

Algunos aspectos importantes en el estudio fueron las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 2014), conforme al artículo 14, fracción I, V, VII y VIII. El estudio contó con el dictamen del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana. Además, se atendió al título II, capítulo I, artículo 13, que señala que en toda investigación con el ser humano como sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Resultados

En la tabla 1 se analizan los datos sociodemográficos. En cuanto a la variable regional, destaca que el 54.5% de los estudiantes provienen de Veracruz, siendo notoria una mayor participación de mujeres (39.3%), en comparación con los hombres (15.2%). En la región de Orizaba-Córdoba se observa mayor presencia de mujeres (33.9%), en contraste con la participación masculina (11.6%). Por otro lado, en la zona montañosa del estado, el 45.5% representa la respuesta total.

En lo que respecta a la edad, destaca el rango de 21 a 23 años con 47.4% (12.9% de hombres y 34.5% de mujeres), seguido por el grupo de 18 a 20 con 46.8%, que muestra una diferencia mínima del 0.6% (11.8% de hombres y 35% de mujeres). En contraste, los participantes de 24 a 25 años y mayores de 26 constituyen una minoría, con un porcentaje de 2.8% y 3%, respectivamente.

En la variable sobre la zona de procedencia, las opciones se dividen en rural, urbana y semiurbana. La urbana destaca con 62.3% (19% de hombres y 43.4% de mujeres), la semiurbana representa el 20.9% (3.3% de hombres y 17.6% de mujeres) y la rural se encuentra en menor proporción, con un 16.8% (4.4% de hombres y 12.4% de mujeres).

Respecto al estado civil, los solteros sobresalen con 96.1% (25% de hombres y 71.1% de mujeres). Los casados representan el 1.1% (0.3% de hombres y 0.8% de mujeres). Además, hubo un 0.3% de participantes divorciados y 2.5% en unión libre.

TABLA 1. SEXO, REGIÓN, EDAD, ZONA DE PROCEDENCIA Y ESTADO CIVIL

VARIABLE	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Región						
Veracruz	55	15.2	143	39.3	198	54.5
Orizaba-Córdoba	42	11.6	123	33.9	165	45.5
Grupo de edad						
18 a 20	43	11.8	127	35	170	46.8
21 a 23	47	12.9	125	34.5	172	47.4
24 a 25	3	0.9	7	1.9	10	2.8
26 y más	4	1.1	7	1.9	11	3
Zona de procedencia						
Rural	16	4.4	45	12.4	61	16.8
Urbana	69	19	157	43.3	226	62.3
Semiurbana	12	3.3	64	17.6	76	20.9

VARIABLE	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Estado civil						
Soltero	91	25	258	71.1	349	96.1
Casado	1	0.3	3	0.8	4	1.1
Divorciado	0	0	1	0.3	1	0.3
Unión libre	5	1.4	4	1.1	9	2.5
Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 363.						

La clasificación del consumo de alcohol se detalla en la tabla 2. Se observa que el 19.9% de la población se declara en abstinencia, destacándose un 21.4% de mujeres en relación con el total de participantes. Respecto al consumo ocasional (64.2%), 65.2% de la población corresponde a mujeres. Al evaluar el patrón de riesgo, 13.2% obtuvo puntuaciones que indican un posible riesgo (17.6% de hombres y 11.6% de mujeres). Sin embargo, quienes consumen de manera perjudicial se presentó en menor porcentaje (1.1%). En cuanto a la dependencia de la sustancia (1.4%), predominan los varones (3%).

TABLA 2. CLASIFICACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

CLASIFICACIÓN	HOMBRE N = 97			MUJER N = 266			TOTAL N = 120	
	F	%	%	F	%	%	F	%
Abstinencia (o)	16	16.6	4.4	57	21.4	15.7	73	20.1
Ocasional (1 a 7)	60	61.8	16.5	173	65.2	47.7	233	64.2
De riesgo (8 a 15)	17	17.6	4.7	31	11.6	8.5	48	13.2
Perjudicial (16 a 19)	1	1	0.3	3	1.1	0.8	4	1.1
Dependencia alcohólica (20 o más)	3	3	0.8	2	0.7	0.6	5	1.4
Total	97	100	26.7	266	100	73.3	363	100
Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 363.								

La tabla 3 proporciona un análisis de las variables dependientes. Destaca que el 20.1% de los participantes en la categoría de abstinencia al alcohol muestran un nivel igualmente alto de amotivación, lo que indica una

congruencia entre su falta de interés por la sustancia y en probarla. En este grupo resalta la necesidad de fortalecer los factores protectores para mantener estos porcentajes y evitar que se expongan a riesgos adicionales.

En cuanto al 64.2% de participantes clasificados como consumidores de riesgo, el 63.9% muestran un nivel significativo de amotivación. Esto sugiere que existen otros factores que influyen en su patrón de consumo, los cuales deben analizarse para comprender su impacto. Además, un pequeño porcentaje (0.3%) presenta motivaciones de nivel medio, lo que podría aumentar la cantidad y frecuencia de uso de la sustancia. Una situación similar se presenta en el grupo de consumo de riesgo: el 13.2% muestra un nivel de amotivación del 12.1%, junto con motivaciones de nivel medio del 1.1%.

En el grupo de consumo perjudicial, el 1.1% muestra una falta de motivación de 0.8%, mientras que 0.3% presenta motivaciones de nivel medio. Estos datos son similares en el grupo dependientes de la sustancia: 1.4% destaca con 0.8% de motivación para mantener su patrón de consumo, lo que podría impactar negativamente en la salud de los estudiantes, como el abandono escolar o un bajo rendimiento académico.

TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y MOTIVOS

MOTIVOS DE CONSUMO	ESTUDIANTES AMOTIVADOS		MOTIVACIONES MEDIAS		MOTIVACIONES ALTAS		TOTAL	
Clasificación de consumo	F	%	F	%	F	%	F	%
Abstinencia	73	20.1	0	0	0	0	73	20.1
Ocasional	232	63.9	1	0.3	0	0	233	64.2
De riesgo	44	12.1	4	1.1	0	0	48	13.2
Perjudicial	3	0.8	1	0.3	0	0	4	1.1
Dependencia alcohólica	1	0.3	3	0.8	1	0.3	5	1.4
Total	353	97.2	9	2.5	1	0.3	363	100
Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 363.								

Para establecer la relación de las variables se diseñó la tabla 4. Esta puntualiza que los motivos para consumir alcohol se relacionan con aspectos sociales ($r_s = .746, p < .01$). Mientras más sea aceptado por el círculo de amigos y familia, el estudiante tendrá una tendencia al consumo ($r_s = .559, p < .01$). Esto se refiere al reforzamiento positivo, guiado por factores externos a la persona, como beber alcohol para celebrar. En relación con la subescala de mejora, que se refiere al reforzamiento positivo guiado por factores internos (porque es divertido, me permite ser yo, me desinhibo), se relacionó con los motivos ($r_s = .915, p < .01$) y el consumo ($r_s = .604, p < .01$); mientras más se considere esta escala, mayor será la motivación y uso.

La escala de conformidad se refiere al reforzamiento negativo, guiado por factores externos; por ejemplo, “porque es lo que la mayoría de mis amigos hace cuando nos juntamos”. Presenta una relación positiva y significativa con los motivos ($r_s = .696, p < .01$) y el consumo ($r_s = .514, p < .01$), dado que encuentran virtudes positivas en la sustancia y, al ser aceptado por sus pares, no visualizan ningún riesgo para su salud.

En cuanto a la escala de afrontamiento, es el reforzamiento negativo guiado por factores internos; por ejemplo, para olvidar preocupaciones. El nivel de ansiedad que perciben ante fenómenos estresantes se relacionó con los motivos ($r_s = .892, p < .01$) y el consumo ($r_s = .566, p < .01$), ya que expresan que los relaja y les ayuda a olvidar por periodos cortos la situación que los pone tensos; aunque reconocen que sus problemas no se resuelven bajo los efectos de la sustancia. Caso similar se identificó con el afrontamiento de la depresión con los motivos ($r_s = .839, p < 0.01$) y el consumo ($r_s = .595, p < 0.01$), ya que consideran que salir de un periodo depresivo bajo la influencia de la sustancia se siente un poco “mejor”.

Asimismo, el consumo de alcohol se relacionó con la edad de los participantes ($r_s = .105, p < 0.05$); a mayor edad, mayor consumo. La curiosidad y la aceptación social son importantes, por lo que se motivan a ingerir alcohol sin dimensionar el impacto negativo que puede traer para su salud. Sus efectos en el organismo los pueden llevar a cometer faltas o accidentes a otras personas, además de la irresponsabilidad de no manejar conflictos puede llevarlos a mayor riesgo para su salud y la de terceros.

Por último, se determinó que a mayor edad de haber probado la sustancia (adolescente), mayor serán los motivos ($r_s = .166, p < 0.01$) y el consumo ($r_s = .215, p < 0.01$). Por ello, se recomienda intervenir a la población adolescentes para limitar el contacto con la sustancia, e involucrar a los padres o tutores en la responsabilidad de crianza y protección para la salud, pues estos tienen mayor contacto.

Se comprueba que existe una relación entre los motivos y la conducta al consumir alcohol en los estudiantes de enfermería de manera positiva y estadísticamente significativa ($r_s = .697, p < 0.01$). Al existir mayores motivos para el consumo de la sustancia, mayor será el patrón en sus diferentes niveles. Además, se puntualiza que la familia acepta al alcohol, pues al interior se utiliza de forma ocasional para sus actividades.

TABLA 4. CORRELACIÓN DE VARIABLES, PRUEBA RHO SPEARMAN

VARIABLE/ SUBESCALA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Motivos para consumir	1.000								
Consumo de alcohol	.697**	1.000							
Social	.746**	.559**	1.000						
Mejora	.915**	.604**	.580*	1.000					
Conformidad	.696**	.514**	.448**	.523**	1.000				
Afrontamiento de la ansiedad	.892**	.566**	.488**	.864**	.556**	1.000			
Afrontamiento de la depresión	.839**	.595**	.359**	.762**	.585**	.813**	1.000		
Edad de los participantes	-.022	.105*	-.037	-.019	-.024	.007	-.009	1.000	
Edad en que probó alcohol por primera vez	.166**	.215**	.264**	.109*	.101	.102	.066	.192**	1.000

Nota: $n = 363$. *La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). **La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Discusión

Los estudiantes que se involucran en un consumo excesivo de alcohol son más propensos a enfrentar una serie de consecuencias adversas: accidentes automovilísticos, enfrentamientos violentos, agresiones sexuales, enfermedades crónicas (hipertensión y trastornos hepáticos) y trastornos mentales (ansiedad y depresión) (Álvarez et al., 2021; González et al., 2020; Palacios y González, 2020).

De acuerdo con los datos sociodemográficos, hay mayor presencia femenina (73.2%). Este hallazgo coincide con investigaciones previas (Álvarez et al., 2021; González et al., 2020; Palacios y González, 2020; Rodríguez-Muñoz et al., 2020). Aunque se identifica la presencia masculina, los porcentajes no alcanzan la paridad. Además, resalta que, en este contexto, las mujeres muestran mayor disposición para participar en proyectos de investigación.

Respecto al consumo de alcohol, se coincide con Rodríguez-Muñoz et al. (2020) que muchos de los participantes tienen un comportamiento adictivo, sobre todo en el último mes, como lo señala Ortiz et al. (2020). En cuanto a las motivaciones para consumir alcohol de los estudiantes universitarios, 97.2% resultaron amotivados, dato similar con Ponce-Guerra (2018).

Conclusión

La muestra se integró por 363 estudiantes inscritos en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Veracruz y Orizaba-Córdoba, de las cuales la mayoría son mujeres (73.2%), con edades mayores de 18 años. Además, se reporta con 96.1% mayor cantidad de solteros, procedentes en su mayoría de zonas urbanas. La mayoría profesa la religión católica. El 90.9% no estudian otra carrera o licenciatura. Actualmente se encuentran sin trabajo 72.7%. Cuentan con un estado de salud de regular a bueno el 47.9% y 51.5%, respectivamente.

Para describir su nivel de dependencia al alcohol, se observó que el mayor número de alumnos consume de forma ocasional (64.1%), seguido por los que se declaran en abstinencia (19.9%), sobre todo mujeres, los que tienen una ingesta de riesgo y perjudicial (13.5% y 1.1%), y los clasificados en el estado más grave, dependencia alcohólica (1.4%), con mayoría en hombres.

Al identificar sus motivaciones, 97.2% de los estudiantes se declaran amotivados al consumo de alcohol, 2.5% presentan motivaciones medias y 0.3% muestra entusiasmo alto. Tanto en las motivaciones medias como en las altas sobresale la población masculina, con mayor disposición a continuar con el comportamiento alcohólico.

Sobre la clasificación de motivos y consumo de alcohol, 19.9% de los estudiantes se clasificó con abstinencia a sustancias ilícitas, el mismo porcentaje están amotivados; es decir, hay congruencia y no tienen la curiosidad mínima por probar la sustancia. Aquí se deben fortalecer los factores protectores para asegurar estos porcentajes y que los estudiantes no se expongan a mayores riesgos.

Para ayudar a prevenir el alcoholismo en universitarios es importante que existan políticas institucionales claras y efectivas; implementar campañas de educación y concientización sobre el uso seguro del alcohol; acceso a recursos y apoyo emocional y psicológico para tratar cualquier problema relacionado con el alcoholismo. El 64.4% se clasificó como ingesta de riesgo y el 64.1% están amotivados; es decir, existen otros factores que intervienen en el patrón de consumo y se deben analizar para impactar en ellos.

Para analizar el consumo de alcohol con el estado de salud percibido, religión, edad de inicio de consumo y el comportamiento familiar, se identificó que quienes perciben su salud como regular tienen un consumo ocasional (31.2%), de riesgo (6.1%), perjudicial (0.3%) y dependencia alcohólica (0.6%). Este es un elemento de análisis y preocupación, pues se encuentran en edad joven. De continuar con el patrón de consumo, podrían complicar su salud física e, incluso, abandonar la escuela.

La relación entre el nivel de dependencia y el consumo en los estudiantes se determinó por los aspectos sociales ($r_s = .746, p < 0.01$), lo que comprobó el supuesto: la relación es positiva y estadísticamente significativa ($r_s = .697, p < 0.01$), al existir mayor motivación para consumir, mayor es el patrón.

Aportación teórica

El alcoholismo en los universitarios es un problema real que requiere atención efectiva. La prevención, la educación y el apoyo son claves para ayudarlos a tener una experiencia universitaria saludable y segura. Es importante que sean

conscientes de los riesgos asociados con el consumo excesivo de alcohol, tomar medidas para reducir su ingesta y practicar hábitos saludables. Este estudio aporta una contextualización del problema del consumo de alcohol y los motivos que tienen los universitarios para esta conducta. El objetivo es que sirva de guía para los programas de prevención en los diferentes niveles de atención.

Aportación práctica

Los resultados de este estudio se pueden incluir en la práctica de enfermería. Esto para realizar programas que cuenten con la participación e implicación familiar en el desarrollo de actuaciones favorables a la prevención. Se debe investigar más sobre estos aspectos, ya que este estudio sólo se generaliza en la región de Veracruz. Es necesario que se estudie esta problemática en diferentes condiciones y contextos para tener un mayor conocimiento de ella.

Referencias

- Aldana, G., y Álvarez, Y. (2019). Consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería. Una experiencia vivida. *Index de Enfermería*, 28(3), pp. 130-133.
- Álvarez, M., Arroyo, X., Cancino, Y., Balderas, Z., Castaño, C., Zorrilla, L., y Flores, A. (2021). Causas del consumo de alcohol en estudiantes de enfermería antes y durante pandemia COVID-19. *Enfermería, Innovación y Ciencia*, 3(1), pp. 20-28. <https://doi.org/10.60568/eic.v2i2.1310>
- Bador, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria*. WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/331321>
- Benítez-Villa, J. y Fernández-Cáceres, C. (2019). Comorbilidad médica asociada al abuso y dependencia de alcohol. Revisión documental. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(1), pp. 39-50. <https://doi.org/10.28931/riiad.2019.1.06>
- Beserra, M. A., Carlos, D. M., Da Cruz Leitão, M. N, y Ferriani, M. G. C. (2019). Prevalence of school violence and use of alcohol and other drugs in adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3110. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2124.3110>

- Castañeda, A., Díaz-Heredia, L. P., Rodríguez, V., Penagos-Cubillos, L., Zambrano, C. y Castillo, J. (2019). Actitudes frente al alcohol de los estudiantes de enfermería en dos universidades Latinoamericanas. *Enfermería Universitaria*, 16(1). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.588>
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco*. Portal INSP. <https://www.insp.mx/avisos/4585-encodat-2016.html>
- Franco, M. D. y Giner, J. (2008). Síndrome de dependencia del alcohol. *Jano: Medicina y humanidades*, 1714, 73.
- González, I., Alfonzo, A., Aranda, J., Cámeron, S., Chávez, D., Duré, N., Pino, A., Penner, D., Ocampo, S., Villalba, S. y Torales, J. (2020). Síndrome de Burnout y dependencia al alcohol en estudiantes de Medicina. *Medicina Clínica y Social*, 4(2), pp. 52-59. <https://doi.org/10.52379/mcs.v4i2.147>
- González-Angulo, P., Alonso-Castillo, M. M., Ventura, C. A. A., Pillon, S. C., y Armendariz-García, N. A. (2022). La dinámica familiar y el clima social escolar como factores protectores del consumo de alcohol en universitarios mexicanos. *Enfermería Global*, 21(4), pp. 1-24. <https://doi.org/10.6018/eglobal.518421>
- Google (2023). *Instrumento de investigación: Dependencia y motivación al consumo de alcohol—Google Forms* [Software]. <https://forms.gle/cabYyKP1Mpd3zU2b6>
- Grant, V. V., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Blackwell, E. y Conrod, P. J. (2007). Psychometric evaluation of the five-factor Modified Drinking Motives Questionnaire. Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, 32(11), pp. 2611-2632. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.07.004>
- Grove, S. K. y Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7a ed.). ELSEVIER.
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza-Torres, C. P. (2023). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (2a Edición). McGraw-Hill Education.
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Versión 22.0) [Windows].
- Mora, C. A. y Herrán, O. F. (2019). Prevalencia de consumo de alcohol y de alcoholismo en estudiantes universitarios de Villavicencio, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(2), pp. 225-233. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.69282>
- Morrison, J. R. (2015). *DSM-5 made easy: The clinician's guide to diagnosis*. El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (2024). Alcohol. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSN-MH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (9 de mayo, 2025). Alcohol. <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>
- Ortiz, L., Oxté, L., Rosado, L., Tun, D. y Cámara, R. (2020). Estudiantes de enfermería: Valores y creencias en el consumo de alcohol y tabaco. *Revista Salud y Bienestar Social*, 4(2). <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/97>
- Palacios, J. y González, S. (2020). Incidencia de motivos para consumir alcohol involucrados en su ingesta en habitantes de la zona Bajío de México. *Health and Addictions/ Salud y Drogas*, 20(2), pp. 70-80. <https://doi.org/10.21134/haaj.v20i2.501>
- Ponce, C. E. y Reyes, C. (2018). Consumo de alcohol en estudiantes en tres facultades de la Universidad Nacional de Chimborazo. *Revista Eugenio Espejo*, 12(2), pp. 42-49. <https://doi.org/10.37135/ee.004.05.05>
- Rodríguez-Muñoz, P. M., Carmona-Torres, J. M. y Rodríguez-Borrego, M. A. (2020). Influence of tobacco, alcohol consumption, eating habits and physical activity in nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3230. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3198.3230>
- Rodríguez-Ramírez, J. M., Esquivel-Gámez, M., Landeros-Velasco, V., Villalpando-Luna, S. E. y Rodríguez-Nava, V. F. (2018). Motivos para el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la licenciatura de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(1), pp. 41-45.
- Secretaría de Salud (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*.
- Tamayo, M. T. (2001). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa.
- Tavera, M. C. y Torres, D. Y. (2019). *Aspectos genéticos asociados en la dependencia de alcohol en población de América*. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/5632>
- Yamauchi, L. M., Andrade, A. L. M., Pinheiro, B. de O., Enumo, S. R. F. y Micheli, D. de. (2019). Social representation regarding the use of alcoholic beverages by adolescents. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 36, e180098. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e180098>

Actitud, consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nuevo ingreso

Javier Salazar Mendoza
Edith Castellanos Contreras
María de los Ángeles Onofre Santiago
Claudia Beatriz Enríquez Hernández
María Esperanza Conzatti Hernández
Miguel Ángel López Ocampo

Una actitud se integra por la forma de reaccionar favorable o desfavorable, con manifestación en creencias, sentimientos e intenciones de la conducta humana ante una realidad (Gantiva et al., 2007; Myers, 2000).

Por su parte, según la Organización Mundial de la Salud, las drogas (incluidas el alcohol, el tabaco y los solventes) son sustancias que al interior de un organismo vivo modifican su percepción, estado de ánimo, cognición o conducta. Si a esto se le añade una actitud positiva, aumenta el riesgo en la salud (Secretaría de Salud, 2020). El consumo de alcohol causa más de 200 enfermedades, lesiones y otras afecciones, además de daños a terceros (familia, amigos, colegas y extraños). Asimismo, es considerada una carga sanitaria, social y económica (OMS, 2024).

Por otro lado, el tabaquismo va mucho más allá de la muerte y la enfermedad. El humo del cigarro contiene más de 7 000 sustancias tóxicas, al menos 70 carcinógenos. Un fumador habitual pierde en promedio de 10 a 11 años de vida (American Cancer Society, 2019). Este problema causa siete millones de muertes al año, más seis millones por el consumo diario y 900 000 por la exposición al humo.

El periodo universitario representa la transición de la juventud a la etapa adulta y vida laboral. Los años de formación universitaria pueden arriesgar la salud si los patrones de consumo de drogas aumentan, pues impactan

en el rendimiento académico e impiden la culminación de los estudios. El fácil acceso a un recurso económico facilita la decisión de iniciar o complicar el nivel de consumo. Diferentes autores especifican que el consumo de drogas y sus consecuencias sociales y sanitarias son temas de interés para múltiples sectores de la sociedad. Una de las inquietudes más comunes es conocer la relevancia del problema y si las actitudes de los estudiantes hacia el consumo son altas, esto para proponer estrategias de atención, en aras de que próximamente serán trabajadores (González et al., 2018; Castellanos et al., 2024; Luna et al., 2024; Martínez et al., 2018; Méndez-Vallejo et al., 2023; Salazar-Mendoza et al., 2019; López et al., 2024; Telumbre-Terrero, 2014; Telumbre-Terrero et al., 2017; Betancourth et al., 2017).

A partir de esta problemática, surge la siguiente interrogante: ¿cuál es la actitud y consumo de drogas legales en estudiantes de nuevo ingreso? Por ello, se realizó un estudio en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, en una muestra de 132 estudiantes para determinar la actitud sobre el consumo de drogas legales en estudiantes de nuevo ingreso.

Metodología

Esta investigación es no experimental, cuantitativa, descriptiva y transversal. (Grove y Gray, 2019; Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2023). El estudio se llevó a cabo en el puerto de Veracruz con 150 estudiantes de nuevo ingreso a la Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Veracruzana, durante el periodo escolar agosto 2019 y enero 2020.

Muestra

Se obtuvo una muestra de 108 jóvenes, que representan el 72% de los integrantes, mediante la fórmula para poblaciones finitas (Qualtrics, 2023), con confianza del 95% y error del 5%. Para fiabilidad de la investigación, se determinó un total de 132 estudiantes (88%). La muestra se obtuvo por muestreo probabilístico aleatorio simple.

Los criterios de selección fueron: autorización de los participantes, características sociodemográficas indistintas, matrícula vigente de nuevo ingreso, deseo de participar y firma del consentimiento. Por el contrario, se excluyeron estudiantes con alteración mental (depresión o ansiedad), mujeres embarazadas, por clasificarse en población vulnerable, según la Ley General de Salud y el reglamento en materia de investigación (DOF, 2020; Secretaría de Salud, 2014) y de riesgo para estudios de investigación (Grove y Gray, 2019), además de quienes abandonaron la investigación, omitieron o respondieran dos veces una pregunta y los que dejaron inconcluso el instrumento.

Instrumento

El material se integró por un consentimiento informado que especifica el título del proyecto, una explicación de la participación y los fundamentos éticos, responsables del estudio, datos personales y solicitud de firma para autorizar el uso de la información.

Para evaluar el grado de predisposición a la ingesta de bebidas embriagantes se utilizó la Escala de Actitud hacia el Alcohol (García et al., 2012), integrada por 13 preguntas con respuestas tipo *Likert*: muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Los reactivos 5, 6, 7, 10, 11 y 13 corresponden a actitudes positivas, y las interrogantes 1, 2, 3, 4, 8, 9 y 12, a actitudes negativas.

En cuanto al consumo de bebidas se aplicó el Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT), de la OMS (Bador et al., 2001). Esta escala se integra por 10 reactivos que examinan el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses, así como sus consecuencias. El instrumento tiene tres dominios: cantidad y frecuencia del consumo, posible dependencia a la droga y daños ocasionados por esta conducta.

Para medir el consumo de cigarro, se aplicó la Escala de Actitud hacia el Tabaco (García et al., 2012). Este se compone de 13 reactivos con respuestas tipo *Likert*: muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Los cuestionamientos 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12 y 13 representan la actitud positiva, y 5, 6, 7 y 8 corresponden a la actitud negativa.

Además, se empleó la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST), de la OMS (2003), adaptada a la población latinoamericana en 2013 por la OPS. Este instrumento se conforma de siete ítems. Para interpretar los resultados se suman; el puntaje mínimo es 0 y el máximo 36. Respecto a la clasificación en tabaco, se consideran de riesgo bajo los puntuados entre 0 y 3, riesgo moderado los de 4 a 26, y riesgo alto para quienes acumulan más de 27 puntos.

Recolección de datos

El proyecto de investigación fue autorizado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Veracruzana, previa solicitud de los responsables. Bajo la dirección de un investigador, se inició el proyecto, exponiendo el objetivo del estudio. Posteriormente, se procesaron los datos.

Análisis de datos

El levantamiento de la información se realizó a través de la entrevista e instrumento, de agosto del 2019 a enero del 2020, a los estudiantes aceptados en la licenciatura de Enfermería. Con los datos se creó una base en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 15 para Windows, (IBM Corp, 2013), donde se integró toda la información obtenida.

El plan de análisis se integró de estadística descriptiva (Espinoza et al., 2023), con el uso de frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (desviación típica, mínimo y máximo). Para evaluar la normalidad de las variables se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov (Flores-Tapia y Flores-Cevallos, 2021). Mediante Rho Spearman (Espinoza et al., 2023) se determinó la correlación de variables. Para la construcción y análisis de tablas se siguieron los lineamientos de la American Psychological Association (APA 7ª) (Moreno-Zarco, 2021).

Consideraciones éticas

Algunos aspectos importantes en el estudio fueron la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 4º, párrafo tercero, donde señala: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. También se retomaron las disposiciones generales del reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014), conforme al artículo 14, fracciones I, V, VII y VIII. El estudio contó con el dictamen del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería Veracruz, de la Universidad Veracruzana. También se atendió a lo señalado en el título segundo, capítulo 1, artículo 13, que señala que en toda investigación en la que el ser humano es sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Resultados

En la tabla 1 se integran las variables de sexo, edad, zona de procedencia y nivel socioeconómico de los estudiantes de nuevo ingreso, generación 2019 de la Facultad en Enfermería. Con relación a la edad, predominan las femeninas con 92%, sobre todo en el grupo de 18 y 19 años (25% y 21.2%, respectivamente). El grupo de mayor frecuencia es el de 19 (12.1%). La media fue de 18.97, mediana de 19, moda de 18, mínimo de 17 y máximo de 33. Esto confirma que la carrera sigue teniendo mayor demanda por las mujeres; aunque los varones también aumentan el número, teniendo las mismas oportunidades de profesionalización.

Por zona de procedencia, el 75.8% proviene de un lugar urbanizado, 15.9% semiurbano (acceso a la red eléctrica, transporte, drenaje y espacios de esparcimiento), y 8.4% viene de comunidades rurales, esta es la proporción vulnerable por la falta de recursos. En cuanto al nivel socioeconómico, la mayoría pertenece a la clase media (78%) y media-alta (13.6%); cuentan con los recursos básicos suficientes (comida, techo, vestido y calzado) para cubrir las necesidades escolares, es decir, provienen de hogares con el sustento para continuar con sus estudios. Únicamente el 0.6% tiene un nivel alto, mientras que el 7.6% son personas vulnerables al pertenecer al nivel bajo.

TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES

EDAD EN AÑOS	SEXO			
	FEMENINO (N = 95)		MASCULINO (N = 37)	
	F	%	F	%
17	14	10.6	1	0.8
18	33	25	14	10.6
19	28	21.2	16	12.1
20 y más	20	15.4	6	4.5
Zona de procedencia				
Rural	8	6.1	3	2.3
Urbana	76	57.6	24	18.2
Semiurbana	11	8.3	10	7.6
Nivel socioeconómico				
Alto	0	0	1	0.8
Media-alta	12	9.1	6	4.5
Media	75	56.8	28	21.2
Baja	8	6.1	2	1.5
Total	95	72.0%	37	28%
F: frecuencia, %: porcentaje, n = 132. Fuente: cédula de datos personales.				

Para evaluar las actitudes de los estudiantes al consumo de alcohol y tabaco se realizaron cuestionamientos directos (tabla 2). Hubo diversidad de respuestas que señalan la disposición o negatividad para tal comportamiento. Al interrogar si el alcohol no debería existir, 27.3% está de acuerdo; 16.6% les disgusta que exista el alcohol; 25.8% les alegra cuando se prohíbe su consumo; y 25% tiene desprecio a la bebida.

TABLA 2. ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

	DESACUERDO		INDIFERENTE		DE ACUERDO	
	F	%	F	%	F	%
Actitud hacia el consumo de alcohol						
No debería existir	30	22.7	66	50	36	27.3
Me disgusta que exista	33	25	77	58.3	22	16.6
Me alegro cuando se prohíbe	20	15.1	78	59.1	34	25.8
Desprecio la bebida	45	34.1	54	40.9	33	25
Soy consumidor habitual	106	80.3	14	10.6	12	9.1
Consumo a cualquier hora	109	82.5	15	11.4	8	6.1
Consumo para relacionarme	13	83.4	11	8.3	11	8.3
Convenzo sobre peligros	11	8.4	31	23.5	90	68.1
Colaboro en campañas contra el consumo	13	9.9	40	30.3	79	59.8
Me emborracho ante problemas	110	83.4	12	9.1	10	7.5
Bebo siempre con amigos	86	65.1	33	25	13	9.9
Impido que un niño consuma	14	10.6	12	1.5	116	87.9
Compro para mi uso y el de mis amigos	70	53	35	26.5	27	20.5
Actitud hacia el consumo de tabaco						
Ayuda a relacionarme	117	88.1	14	10.6	1	0.8
Prueba de madures	119	90.1	6	4.5	7	5.4
Me produce placer	94	71.2	30	22.7	8	6.1
Ayuda a la diversión	109	82.6	15	11.4	8	6
Me disgusta que exista	21	15.9	72	54.5	39	26.9
Me molesta	21	15.9	50	37.9	61	46.2

	DESACUERDO		INDIFERENTE		DE ACUERDO	
	F	%	F	%	F	%
Me alegro cuando dejan de fumar	8	13.7	23	17.4	101	76.6
Me disgusta que se consuma	18	69	51	38.6	63	47.7
Compro para mi uso	91	69	22	16.7	19	14.3
Fumo habitualmente	110	83.4	12	9.1	10	7.5
Fumo la cantidad que quiero	106	80.3	14	10.6	12	9.1
Le doy a cualquiera	120	91	6	4.5	6	4.5
Fumo en cualquier lugar	118	89.4	5	3.8	9	6.8
n = 132 y escala de Actitud hacia el Tabaco (García del Castillo et al., 2012), f: frecuencia, %: porcentaje, n = 132.						

Fuente: Escala de Actitud hacia el Alcohol (García del Castillo et al., 2012).

El 80.3% está en desacuerdo en ser consumidor habitual, el 81.5% no quiere ingerir a cualquier hora del día, mientras que el 83.4% no considera hacerlo para relacionarse con otras personas. Estos datos confirman que la percepción general de los estudiantes no se visualiza como personas dependientes de la sustancia. Al cuestionar si convencerían a una persona sobre los peligros, únicamente el 8.4% está de acuerdo y 9.9% quiere colaborar en campañas contra el consumo. En este caso, la mayor parte de los estudiantes mantuvieron una actitud negativa hacia el consumo habitual y desenfrenado de alcohol, lo que refleja aceptación, mas no abuso de la sustancia. Con base en la situación de emborracharse ante problemas, el 83.4% se manifiesta en contra, sólo aprueba beber ante situaciones difíciles, por lo que son más vulnerables al consumo frecuente, al alcoholismo y a sus trastornos asociados.

El grupo más grande de beber con amigos siempre que se pueda, es el que mantiene una actitud negativa (65.1%). Los que están dispuestos a hacerlo son un grupo reducido (9.9%). Estos asumen esta conducta de riesgo perjudicando también a su grupo social, siendo también posibles consumidores frecuentes o excesivos.

Al plantear la situación de impedir que un niño consuma alcohol, el grupo que se mantuvo a favor fue el más grande (87.9%). El 53% está dispuesto a comprar alcohol para uso propio y de amigos.

En cuanto a la actitud hacia el consumo de tabaco, se planteó el hecho de que fumar ayuda a relacionarse con los demás. El grupo más representativo fue el de 88.1%, lo que manifiesta que la mayoría considera que fumar no es positivo. Los que saben que los amigos fumadores influyen en el inicio del tabaquismo y una mínima parte (0.8%) considera que fumar ayuda a relacionarse predisponiendo a su círculo social.

El 90.1% no comparte la idea de que el tabaco es prueba de madurez personal. El 6.1% se identifican positivamente con la idea de que el tabaco produce un gran placer, por lo que se asumen como consumidores frecuentes o fumadores. Por el contrario, los que no lo hacen superan en porcentaje (71.2%), lo que muestra que los estudiantes no consideran al tabaco como sinónimo de bienestar o satisfacción. El 6% considera que este ayuda a la diversión, difiriendo ampliamente con la mayoría (82.6%), que no cree que esta sustancia influya positivamente en lo recreativo. A pesar de la gran polaridad, existe un grupo menos significativo (11.4%) que se mantiene apático.

En cuanto al disgusto por la existencia del tabaco, los inseguros son mayoría (54.5%). Con esto se entiende que las ideas negativas hacia el consumo de tabaco no afectan al juicio de los participantes por su existencia, ya que casi al 16% no le disgustan los cigarrillos. Con la afirmación “el tabaco me incomoda” se identifica el 46.2%. Por su parte, el 76.6% está de acuerdo con que refiere alegría cuando un individuo deja de fumar. El 47.7% está de acuerdo con el disgusto por el consumo de tabaco. El 14.3% está dispuesto a comprar tabaco para uso propio, mientras que el 16.7% está inseguro, lo que conlleva a inferir que las creencias generales sobre la sustancia no interactúan directamente con las intenciones personales.

Los encuestados que expresaron fumar habitualmente representan el 83.4%, lo que confirma que el uso personal depende de la actitud general hacia la sustancia. Respecto a fumar la cantidad que se quiera, el 80.3% se manifiestan en contra, esto que indica que son personas vulnerables al tabaquismo o consumidores frecuentes. El 91% está en contra de darle tabaco a cualquiera. Finalmente, la idea de fumar en cualquier lugar dividió significativamente a los encuestados: el primer y más importante grupo no comparte esa noción (89.4%), por el contrario, sí lo hace el 6.8%.

Respecto a la integración de la clasificación de las variables (tabla 3), las actitudes sobre el consumo de alcohol: el 82.6% es positiva y el resto no (17.4%); para tabaco, el 93.2% muestra acciones favorables a su uso, mientras que el 6.8% no, con una mediana de 27 y desviación típica de 7.715.

TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Actitud al consumo de alcohol		F		%	
Actitudes positivas (13 a 39)		109		82.6	
Actitudes negativas (40 a 65)		23		17.4	
Total		132		100	
Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Mínimo	Máximo
35.39	35	35	4.880	25	31
Actitud al consumo de tabaco		F		%	
Actitudes positivas (13 a 39)		123		93.2	
Actitudes negativas (40 a 65)		9		6.8	
Total		132		100	
Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Mínimo	Máximo
28.73	27	29	7.175	13	65
Consumo de alcohol		F		%	
No consume		59		44.7	
Sensato (1 a 3)		36		27.3	
Dependiente (4 a 7)		23		17.4	
Perjudicial (8 a 40)		14		10.6	
Total		132		100	
Media	mediana	Moda	Desviación típica	Mínimo	Máximo
2.67	1	0	4.007	0	21

Consumo de tabaco		F	%		
No consume		75	57.6		
Riesgo bajo (0 a 3)		24	18.2		
Riesgo moderado (4 a 26)		32	24.2		
Riesgo alto (más de 27)		0	0		
Total		132	100		
Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Mínimo	Máximo
3.34	.00	0	5.581	0	26
F: frecuencia, %: porcentaje, n = 132.					

Fuente: Escala de Actitud hacia el Alcohol (García del Castillo et al., 2012), Escala de Actitud hacia el Tabaco (García del Castillo et al., 2012), Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (OMS, 2001), Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (OMS, 2003).

Con relación al consumo de alcohol, 27.3% lo hace de manera sensata, el 17.4% es dependiente o de riesgo y el 10.6% es perjudicial. El 44.7% aún no tiene experiencia con la sustancia, lo que indica que el 55.3% utiliza la droga legal en diferentes proporciones. Para el consumo de tabaco, el 57.6% negó tal actividad, mientras que del resto (42.4%): 18.2% lo hace en riesgo bajo y moderado (24.2%), la media total fue 3.34 y desviación típica 5.581. Esto confirma el compromiso del estado de salud actual, puesto que el comportamiento adictivo puede modificarse.

Consumo de alcohol y tabaco

Para contrastar el consumo de alcohol y tabaco, sólo el 35.6% no utiliza ninguna de las sustancias; no beben alcohol pero sí tabaco en riesgo bajo (7.6%) y moderado (1.5%). En cuanto a los consumidores sensatos de alcohol (27.3%), el 15.2% no consume tabaco, el 5.3% tiene riesgo bajo y el 6.8% moderado. Los dependientes o de riesgo (17.4%), el 4.5% no consume tabaco, el 3.8% de riesgo bajo y el 9.1% moderado. Por último, los de uso perjudicial de bebidas alcohólicas (10.6%), el 2.3% no utilizan productos derivados del tabaco, mientras que el 1.5% lo hacen en riesgo bajo y 6.8% moderado.

Actitud y consumo de alcohol

Para contrastar el consumo de tabaco con sus actitudes derivadas, el 44.7% expresó no haber probado la sustancia, el 35.6% tiene acciones positivas que la aceptan, y sólo el 9.1% lo negó; la proyección de debutar e incrementar la proporción es inminente. Lo anterior se respalda con el 17.4%, que es dependiente o de riesgo. Del 17.5% son positivas sus actitudes, aceptando todo el comportamiento, de igual forma, el 10.6% es perjudicial, el 5.3% es positiva y negativa (5.3%). El 82.6% tiene actitudes positivas y únicamente el 17.4% negativas.

Actitudes y consumo de tabaco

En cuanto a las actitudes y consumo de tabaco, el 57.6% no es consumidor, el 52.3% acepta tal actividad y sólo el 5.3% lo negó. Respecto al 18.2% del riesgo bajo, aceptan que el uso de tabaco no es perjudicial para la salud, el 24.2% presenta riesgo moderado, el 22.7% una actitud positiva y únicamente el 6.8% no. Esto se respalda con el 93.25% que considera el patrón de consumo de tabaco no perjudicial para la salud, pues creen que el individuo tiene la capacidad de dejarlo cuando se desee, minimizando el impacto negativo en el individuo. De continuar con esa creencia, se puede aceptar o incrementar la adicción conforme avancen en su formación académica.

TABLA 4. CORRELACIÓN DE VARIABLES, PRUEBA RHO SPEARMAN

VARIABLES	1	2	3	4	5
EDA (edad de la población)	1.000 .				
ACA (actitud al consumo de alcohol)	-.037 .675	1.000 .			
ACT (actitud al consumo de tabaco)	.044 .614	.363** .000	1.000 .		
CAL (consumo de alcohol)	.186* .033	.054 .537	.048 .585	1.000 .	
CAT (consumo de tabaco)	.179* .040	-.053 .546	.119 .176	.584** .000	1.000 .
n = 132. *La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). **La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral) n = 132.					

Fuente: cédula de datos personales, Escala de Actitud hacia el Alcohol (García del Castillo et al., 2012), Escala de Actitud hacia el Tabaco (García del Castillo et al., 2012), Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (OMS, 2001), Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (OMS, 2003).

Se utilizó la prueba estadística de Kolmogórov-Smirnov para evaluar la normalidad de las variables. Se rechazó el criterio normal por el puntaje de significancia inferior Sig. <0.05, lo que implicó utilizar la prueba de correlación de Rho Spearman, por no tener homocedasticidad.

La tabla 4 especifica que las personas con mayor actitud al consumo de alcohol (ACT) aceptan fácilmente el uso de tabaco (ACA) ($r_s = 363$, $p < 0.01$), pues no los consideran perjudiciales para la salud propia o ajena, es decir, aunque no los utilicen, ya muestran empatía a las sustancias.

Por otro lado, el consumo de alcohol (CAL) está determinado por la edad (EDA) ($r_s = 186$, $p < 0.05$), ya que están en el momento de experimentar y probar las sustancias legales de moda que existen en el mercado, además de que su fácil adquisición les permite probar y piensan controlarlas. Por su parte, el consumo de tabaco (CAT) también se relaciona con la edad ($r_s = 179$, $p < 0.05$), pues consideran que es parte de esa etapa, que controlan la sustancia y lo pueden dejar cuando se lo propongan. Incluso, otro factor fue que aquellos que consumen alcohol (CAL) combinan con tabaco ($r_s = 584$, $p < 0.01$).

Discusión

En relación con el estudio de Telumbre-Terrero et al. (2017), en el que participaron 172 estudiantes de licenciatura en enfermería y predominaron las actitudes negativas hacia el consumo de alcohol, con una media de 22.5 (DE = 5.3), sobre las positivas, con una media de 13.55 (DE = 5.5); en este estudio predominaron las positivas (82.6%), con una media de 35.9 (DE = 4.88).

De igual manera, González-Ángulo y colaboradores (2018), con una muestra un poco mayor (190) pero con tendencias de edad y sexo parecidas, identificaron que el 78.4% de los estudiantes han consumido alcohol alguna vez en la vida: 53.7% ($n = 102$) en el último año, 30.5% en el último mes y el 14.7% en los últimos siete días. Identificaron que el 48% de los estudiantes practica un consumo sensato de alcohol, el 32.4% un consumo dependiente y el 19.6% dañino, en contraparte con los datos obtenidos en este estudio.

Acercas de las actitudes sobre el consumo de tabaco, Telumbre-Terrero (2014) reporta que fueron mayores las actitudes positivas en comparación con las

negativas: mencionan estar dispuestos a comprar tabaco para su uso, fumar de manera habitual y que esto les ayuda a relacionarse con los demás. Respecto a las actitudes negativas, sobresale que el tabaco les molesta y se alegran cuando alguien deja de fumar, lo que contrasta las primeras en cuanto a este estudio, puesto que en las primeras interrogaciones ninguna es parecida, mientras que en las segundas sí existe relación: ambas mencionan optimismo en cuanto aversión a fumar.

Por su parte, en otros estudios se encontró un mayor índice de consumo, contrario con los actuales, en los que casi la mitad no ha tenido contacto, pero su actitud se dirige a este comportamiento. Por eso, es necesario que desde semestres iniciales se establezcan acciones para incidir en las actitudes y retardar el contacto con las drogas legales, entendiéndolas como portales para el inicio de otras (Betancourth et al., 2017).

González-Ángulo y colaboradores (2018) indicaron que el 48.9% ha consumido tabaco alguna vez en la vida, 27.4% el último año, 16.8% el último mes y 8.9% en los últimos siete días. Estos resultados son similares a los actuales y, aunque la proporción es inferior, puede incrementarse, sobre todo donde existe accesibilidad a la sustancia acompañada por la autonomía en la administración de los recursos.

Por otro lado, autores como Castellanos et al. (2024) señalan en sus investigaciones una proporción del consumo con poblaciones similares a la actual, en las que a mayor avance en la carrera, los problemas por consumo excesivo se establecen con mayor proporción.

Por lo anterior, se debe tener en cuenta los resultados, ya que los estudiantes de nuevo ingreso a la carrera de Enfermería tienen una actitud favorable al consumo de alcohol y tabaco, aunque los comportamientos adictivos no estén establecidos en niveles críticos. Es necesario que los estudiantes y los profesionales de enfermería diseñen proyectos con enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos, para obtener información real que sirva de enfoque experiencial o empírico para el diseño de intervenciones. Además de estudios longitudinales para monitorear los cambios de actitud hacia el consumo a lo largo de la estancia universitaria. Hay que elaborar diferentes marcos para estudios cuantitativos (exploratorios, de identificación) y cualitativos (teoría fundamentada, etnografía, narrativos e investigación-acción), a fin de contar con una gama de información que puntualice el fenómeno de calidad de vida y consumo de cannabis.

Se debe replicar este estudio en universidades con características distintas, retomando el marco fenomenológico, empírico, trascendental o psicológico, y comparar los resultados. Que el tiempo de ejecutar un estudio cuantitativo sea como mínimo de cuatro meses, a fin de realizar un análisis más puntual y específico de las variables.

Hay que fomentar la participación de la Facultad de Enfermería en actividades enfocadas en el grupo vulnerable de estudio, así como retomar los aspectos culturales, sociales y ambientales a fin de impactar directamente en el problema. Elaborar programas de prevención de adicciones y aplicarlos dentro.

Asimismo, que los grupos de investigación de la facultad y cuerpos académicos diseñen proyectos que incluyan estudiantes en formación y brinden herramientas específicas para trabajar contra el problema de las drogas. Enseñar desde la infancia, un programa global continuo que implique estilos de vida sanos tanto en la familia como en la escuela y el entorno más próximo.

Del mismo modo, promover el trabajo preventivo de salud, lo que consiste en la transmisión de información comprensible, el fomento de hábitos higiénicos y estilos de vida saludables. Facilitar una información adecuada y puntual a las personas con discapacidad intelectual sobre los diferentes tipos de drogas, formas de presentarse, características y consecuencias de su uso y abuso, con un lenguaje adaptado a sus necesidades y capacidades cognitivas. Favorecer hábitos y costumbres saludables frente a las actitudes que incitan al consumo de drogas, acordes con las capacidades cognitivas de las personas con discapacidad intelectual.

Es necesario compartir los momentos de ocio con la familia para conocer los intereses, preocupaciones y cambios que viven los hijos en cada etapa, creando un ambiente acogedor y distendido. Diseñar intervenciones con enfoque multidisciplinar para la atención de la salud de los estudiantes de la licenciatura en Enfermería, además de integrar enfoques teóricos culturales, enfermeros, socioecológicos y ambientales que permitan asegurar el éxito de los programas.

Conclusiones

En cuanto a los datos sociodemográficos de la población estudiada, la mayor participación fue de mujeres, entendiendo que la carrera es más demandada por ellas, aunque la participación del hombre se fortalece con el pasar de los años. El grupo de edad que sobresalió fue el de 18 a 20 años. Tres cuartas partes de la muestra provienen de poblaciones urbanas con niveles socioeconómicos distintos, aspecto considerable, ya que los estudiantes cuentan con la cobertura de necesidades básicas para su formación académica. La mayoría egresó de un bachillerato general (56.1%), el 80.3% no tiene una carrera adicional, 67.9% eligió Enfermería como primera opción y 52.2% afirma tener buena salud.

En cuanto a la actitud del consumo de alcohol sobresalieron las positivas. Aunque gran parte de la población (44.7%) no ha probado la sustancia, existe el interés por hacerlo, ya que lo consideran como parte de la edad; que el resto lo haga no se considera tan malo, siempre y cuando se controle.

Es importante señalar que al ingreso de la carrera hay personas que ya tienen problemas con el uso y abuso del alcohol. Se identificó el nivel dependiente y perjudicial, situación preocupante, pues los estudiantes comparten espacios y amistades que pueden inducirlos al consumo. Si a esto se añaden las actitudes de aceptación de la sustancia, el problema puede agravarse si no se atiende de manera oportuna.

En relación con la actitud al consumo de tabaco, casi el total de la población (93.1%) tiene tipos favorables, aunque más de la mitad no lo ha probado (57.6%). Casi una cuarta parte lo hace en rangos moderados. Este dato se respaldó con el 93.25%, que considera que el patrón de consumo de tabaco no es perjudicial para la salud. Creen que el individuo tiene la capacidad de dejarlo en el momento que se desee, minimizando el impacto negativo en el individuo. De continuar con esa creencia, se puede aceptar o incrementar la adicción conforme avancen en su formación académica.

Esta proporción debe interesar a los profesionales de enfermería. A través de intervenciones eficaces se debe impactar en el consumo de los estudiantes de nuevo ingreso. El cambio en la dinámica del proceso enseñanza-aprendizaje puede aumentar la sintomatología de estrés, y con ello justificar su uso; los universitarios identifican esta adicción como auxiliar para estos problemas.

Los resultados determinan la actitud y consumo de drogas legales en los estudiantes que ingresan a la carrera de enfermería, siendo un área de oportunidad para la profesión. Abordar a la población adolescente asegura una formación integral y personas sanas, libres de cualquier consumo, aun cuando las actitudes se dirijan a perjudicar. Aunque no se identificó una relación significativa entre las actitudes y consumos, es necesario explorar otros componentes que permitan la integración de elementos para una atención eficaz.

Otro aspecto que las instituciones educativas deben considerar es el diseño de programas para implementarlos desde el inicio del ingreso a la carrera con énfasis en la educación, promoción y prevención del problema, lo que permita llevar una vida saludable con estilos de vidas positivos que favorezcan la autonomía de los estudiantes y modificación de actitudes.

Por último, gracias a la Universidad Veracruzana, Dirección General del Área Académica de Ciencias de la Salud, a la Facultad de Enfermería Región Orizaba-Córdoba y a los estudiantes de la licenciatura en Enfermería por su participación en el proyecto.

Referencias

- American Cancer Society (2019). Long Term Health Risks & Effects of Smoking. *Tobacco Atlas*. <https://tobaccoatlas.org/challenges/health-effects/>
- Bador, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria* (WHO/MSD/MSB/01.6a). Article WHO/MSD/MSB/01.6a. <https://iris.who.int/handle/10665/331321>
- Betancourth, S., Tacán, L. y Córdoba, E. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 19(1). <https://doi.org/10.22267/rus.171901.67>
- Castellanos, E., Utrera-Romero, J., Salazar-Mendoza, J., Enríquez, C., Ortiz, I., Esperanza, M., López, J. y González-Angulo, P. (2024). Alcohol dependence and motivations for alcohol consumption in nursing students. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, pp. 794-794. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024794>
- Diario Oficial de la Federación (2020). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5502882&fecha=30/10/2017#gsc.tab=0

- Espinoza, R., Sánchez, M., Velasco, M., Villareal, F., Gonzales, A., Romero-Carazas, R., Basadre, J. y Mory, W. (2023). Metodología y estadística en la investigación científica. En *Puerto Madero Editorial Académica*. Puerto Madero Editorial Académica.
- Gantiva, C., Trujillo, A., Gómez, W. y Martínez, A. (2007). Actitudes hacia el consumo de cocaína y marihuana en estudiantes universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), pp. 61-84.
- García, J., Dias, P., Díaz-Pérez, J., Bastos, A., García, Á., López-Sánchez, C. y Maciá, D. (2012). Adaptación de las escalas de actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas en adolescentes portugueses. *Salud y drogas*, 12(1), pp. 79-99.
- Grove, S. K. y Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7a ed.). ELSEVIER.
- González-Angulo, P., Telumbre, J., López, M., Camacho, J., Ulloa, J. y Salazar, J. (2018). Percepción de riesgo y consumo de alcohol y/o tabaco en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Nure Investigación*. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1417>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza-Torres, C. P. (2023). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (2a ed.). McGraw-Hill Education.
- IBM Corp (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Versión 22.0) [Windows].
- López, M., Castellanos, E., Salazar-Mendoza, J., Enríquez, C., Rodríguez, D., Aquino, R. y Méndez, E. (2024). Interventions in the management and prevention of substance abuse in students. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, pp. 817-817. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024817>
- Luna, O., Salazar-Mendoza, J., Onofre, M. Lozada, S., Castellanos, E., Ortiz, I. y López J. (2024). Decisional balance, beliefs, and knowledge of nursing care toward alcohol: Nursing intervention. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, pp. 839-839. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024839>
- Martínez, D., Martínez, F. y Velázquez, A. (2018). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de primero de Medicina de la Universidad del País Vasco. *Revista española de drogodependencias*, 43(1), pp. 12-28.
- Méndez-Vallejo, A., Salazar-Mendoza, J., Castellanos-Contreras, E., González-Angulo, P., Onofre-Santiago, M. de los Á., Conzatti-Hernández, M. E. y Ortiz-Vargas, I. (2023). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios de enfermería durante la pandemia por COVID-19. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 23(2), pp. 153-164. <https://doi.org/10.21134/haaj.v23i2.755>

- Microsoft. (2021). *Inicios rápidos de Microsoft 365*. <https://support.microsoft.com/es-es/office/inicios-r%C3%A1pidos-de-microsoft-365-25f909da-3e76-443d-94f4-6cdf7dedc51e>
- Moreno-Zarco, G. (2021). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association* (4ª ed.). Manual Moderno.
- Myers, D. (2000). *Psicología Social*. McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *OMS-ASSIST V3.0*.
- Organización Mundial de la Salud (2024). Alcohol. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Qualtrics (2023). Cómo calcular el tamaño correcto de una muestra. <https://www.qualtrics.com/es/gestion-de-la-experiencia/investigacion/calcular-tomano-muestra/>
- Salazar-Mendoza, J., Castellanos, E., López, J, González-Angulo, P., González, R., Carral, B. y Enríquez, C. (2019). *Attitudes, knowledge and alcohol consumption in university students: Nursing intervention*. 6(8), pp. 3-11.
- Secretaría de Salud (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*.
- Secretaría de Salud (2020). *Conoce las drogas y algo más... Guía preventiva para adolescentes ¡Infórmate!* https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566349/Guia_Drogas_2020.pdf
- Flores-Tapia, C. y Flores-Cevallos, K. (2021). *Pruebas para comprobar la normalidad de datos en procesos productivos: Anderson-Darling, Ryan-Joiner, Shapiro-Wilk y Kolmogórov-Smirnov*.
- Telumbre-Terrero, J. Y. (2014). *Actitudes e intención hacia el consumo de alcohol y tabaco y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Telumbre-Terrero, J., Esparza-Almanza, S., Alonso-Castillo, B. y Alonso-Castillo, M. (2017). Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.ahca>

Percepción sobre la toma de decisiones y control de impulsos como factores protectores para el consumo de alcohol en estudiantes de secundaria

Gabriel Isaac López Vela
Mercedes Gabriela Orozco Solís
Héctor Rubén Bravo Andrade
Erika Yadira Macías Mozqueda

La adolescencia es una etapa vital en la que se presentan cambios físicos, emocionales y sociales enmarcados en un proceso de construcción de la identidad. En este contexto, un adolescente enfrenta diferentes retos, algunos adversos, de ahí que el consumo de sustancias se presente como auxiliar, lo que implica una conducta de riesgo.

El consumo de alcohol durante la adolescencia es un problema de salud pública a nivel internacional, nacional y local (Victorino Barra et al., 2020). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), su consumo predispone al abuso y posterior adicción, sobre todo en etapas tempranas del desarrollo humano. Según la Secretaría de Salud (2021), la edad promedio en que inicia el consumo de alcohol en México son los 10 años. Este fenómeno alarma por sus consecuencias en el desarrollo integral de la adolescencia a corto y largo plazo: desarrollo cerebral incompleto, lo que afecta funciones clave como la toma de decisiones, la memoria, el aprendizaje, y alteraciones orgánicas como la cirrosis (Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2020).

Datos del INEGI (2022), obtenidos de la Encuesta Nacional de Adolescentes en el Sistema de Justicia Penal (ENASJUP), revelan que el alcohol es la sustancia de mayor prevalencia entre los adolescentes (48.7%), seguido del tabaco (41.9%). Barrera-Núñez et al. (2022) reportan que a nivel

nacional, 21.3% de los jóvenes consumen alcohol, con un aumento significativo en mujeres adolescentes (cerca del 10% entre 2018 y 2020). Se presentan variables específicas respecto al género, lo que abre la exploración de este en la problemática.

Varios estudios abordan esta problemática desde una perspectiva preventiva, centrada en la atención de los factores de riesgo, más que en aspectos subjetivos y protectores, como las percepciones del adolescente sobre su propio comportamiento (Pimentel-Jaimes et al., 2015). Engel (1977) menciona que es imprescindible comprender los factores biológicos, psicológicos y sociales que inciden en esta conducta. Además, integra los elementos que actúan como protecciones frente al consumo de alcohol.

Uno de los elementos preventivos que se han valorado poco es la variable del carácter neurológico. En este texto nos enfocaremos en las funciones ejecutivas del control de impulsos. Esta es la capacidad para regular los procesos cognitivos y emocionales relacionados con el comportamiento y la toma de decisiones. Con ella se resuelven situaciones vitales individual y socialmente (Diamond, 2013).

Esta variable se ha estudiado principalmente como un factor de riesgo. La falta de maduración neurológica de funciones ejecutivas favorece los riesgos, como el consumo de alcohol en la adolescencia (Gómez, 2021; Erazo, 2019). La mayoría de trabajos que abordan esta relación se centran en las consecuencias del consumo en la maduración cerebral (Martínez-Mendoza, 2019; Fernández y Castro, 2020; Gómez, 2021; Erazo, 2019). El control de impulsos y la toma de decisiones son dos factores poco estudiados desde la prevención, sobre todo desde una perspectiva biopsicosocial que considere no sólo el componente biológico, sino también la experiencia del adolescente respecto a estas funciones ejecutivas. Por ejemplo, se desconoce la percepción de un estudiante de secundaria sobre estas funciones y cómo experimenta el consumo de alcohol en su cotidianidad.

Según lo anterior, este texto analiza la experiencia de los adolescentes y se enfoca en el control de sus impulsos y la toma de decisiones como factores protectores frente al consumo de alcohol. De este modo, el valor cualitativo permite captar la vivencia del fenómeno desde la voz de los propios actores, con el fin de proponer estrategias de intervención con mayor contexto de los

misimos participantes. Este aborda la prevención del consumo de sustancias y el diseño de estrategias que favorezcan la participación de los jóvenes en la construcción de entornos protectores, de modo que compartan y resignifiquen sus conocimientos, actitudes y conductas.

En resumen, el objetivo es describir la percepción del control de impulsos y la toma de decisiones como factores protectores frente al consumo actual de alcohol, desde la perspectiva de estudiantes de una secundaria de Guadalajara.

Metodología

Este es un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo, con una perspectiva fenomenológica. Permite comprender la percepción de los estudiantes de secundaria sobre los factores psicosociales que los protegen frente al consumo de alcohol y favorece su interpretación respecto a experiencias individuales y colectivas (Lucas et al., 2017).

La investigación se llevó a cabo en la Escuela Secundaria Técnica No. 47, en Guadalajara, Jalisco, en el periodo de enero de 2023 a diciembre de 2024. Se centró en la recolección de datos mediante la técnica de grupos focales con entrevista semiestructurada de corte fenomenológico. Esta permite abordar el mundo personal, partiendo de sus significados y experiencias, lo cual es pertinente al explorar fenómenos complejos como el tratado (Vasilachis, 2009). El muestreo fue no probabilístico y propositivo: se seleccionaron a los participantes por reunir características relevantes para el estudio, como ser estudiantes activos de secundaria pública y tener el consentimiento de sus tutores y el propio asentimiento informado. Se armaron tres grupos focales, uno por cada grado escolar (primero, segundo y tercero), integrados por mínimo siete y máximo diez estudiantes.

Los criterios de inclusión fueron: ser estudiantes inscritos en la secundaria estudiada, haber asistido con regularidad en el ciclo 2023-2024, tener autorización firmada del tutor y la suya. Por su parte, se excluyeron a estudiantes con baja escolar o dificultades cognitivas que limitaran su participación en el estudio. Además, se eliminaron a los estudiantes que no cumplieron con al menos el 80% de las sesiones o que retiraron su consentimiento.

Las entrevistas semiestructuradas permitieron indagar en temas como la toma de decisiones, el control de impulsos, la influencia del entorno familiar y escolar, y las estrategias individuales de protección frente al consumo de alcohol. Según Hernández et al. (2014), este tipo de entrevistas posibilita obtener información profunda y promover la participación reflexiva de los adolescentes.

Para el análisis de los datos se utilizó una estrategia de codificación abierta, así como la identificación de categorías emergentes, en línea con los principios de la teoría fundamentada. Esto permitió organizar y reinterpretar los hallazgos de acuerdo con las dimensiones psicosociales propuestas desde el enfoque teórico del estudio.

Durante el proceso se consideraron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y en las normas nacionales sobre investigación con seres humanos. Se garantizó el anonimato, la confidencialidad de la información y el respeto a la dignidad de los participantes. Asimismo, se contó con la aprobación institucional correspondiente.

Resultados

En este estudio participaron 30 estudiantes de secundaria, organizados en tres grupos focales según el grado escolar. La edad promedio de los participantes fue de 12.4 años ($DE = 1.4$), con un rango de entre 11 y 14 años (tabla 1).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

GRUPO	PARTICIPANTE	EDAD	SEXO
1	1	12	M
	2	12	M
	3	12	M
	4	12	F
	5	11	F
	6	11	F
	7	12	F
	8	11	F

GRUPO	PARTICIPANTE	EDAD	SEXO
1	9	11	M
	10	12	M
2	11	13	M
	12	13	F
	13	12	M
	14	12	F
	15	12	M
	16	12	F
	17	13	M
	18	13	F
	19	13	M
	20	12	F
	21	13	F
3	22	13	F
	23	13	F
	24	14	M
	25	14	F
	26	13	F
	27	13	M
	28	13	M
	29	13	M
	30	14	M

Fuente: elaboración propia.

A partir del análisis del contenido, se recuperaron 185 segmentos relevantes. Estos se agruparon en cuatro categorías principales: consumo de alcohol, control de impulsos, toma de decisiones y fortalezas (tabla 2). Cada categoría incluye subcategorías que exploran los conocimientos, las prácticas, las actitudes y las influencias de los adolescentes respecto al consumo de alcohol.

TABLA 2. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DEL ANÁLISIS

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	NÚMERO DE SEGMENTOS
Consumo de alcohol	Conocimiento	36
	Actitud	47
Control de los impulsos	Conocimiento	15
	Prácticas	12
	Influencia sobre el alcohol	8
Toma de decisiones	Conocimiento	23
	Prácticas	7
	Influencia sobre el alcohol	18

Fuente: elaboración propia.

Consumo de alcohol

Los participantes mostraron conocimientos básicos sobre el alcohol. Lo reconocen como una droga legal, cuya ingesta está prohibida para menores de edad. Así lo expresó el participante P2: “El alcohol es una droga legal. Si los niños lo ingieren se pueden quedar de grandes locos”. También hubo percepciones sobre los daños físicos y mentales asociados a su consumo, como problemas hepáticos, cáncer o alteraciones cognitivas: “Daña el hígado, los pulmones y puede provocar cáncer” (P4); “Te puedes volver loco y olvidar cosas” (P14).

En cuanto a las actitudes frente a su consumo, la mayoría lo rechazó. Esta decisión se atribuyó a la influencia familiar o experiencias negativas observadas: “Cuando me ofrecieron dije no, porque mis papás me han dicho que no tome eso, que hace daño” (P10). Otro relató: “A un tío lo atropellaron por andar borracho” (P20).

Control de los impulsos

En esta categoría coincidieron argumentos en los tres grupos focales con respecto a sus conocimientos sobre el control, las actitudes que reflejan esas conductas y la forma en que considera se relaciona con el consumo de alcohol.

- ♦ **Conocimiento sobre control de impulsos.** Los participantes señalaron principalmente que se relaciona con las consecuencias de los actos, con

énfasis en la necesidad de valorar los impactos personales, familiares y sociales que puede tener la pérdida del control. Este hallazgo coincide en los tres grados. “Es como pensar bien antes de hacer las cosas para tomar la mejor decisión” (P19). Las consecuencias que mencionaron principalmente fue evitar hacer un daño a los demás o a sí mismos: “Controlar sus propios sentimientos hacia otra persona para que no pase algún accidente” (P5).

- ♦ **Prácticas de control de impulsos.** Los participantes mencionan principalmente alejarse o calmarse por medio de actividades musicales, físicas u otras estrategias de distracción. “Tengo cuatro hermanos que me decían cosas de mi físico. Uno de ellos, antes de gritarles, como ya me había acostumbrado que me dijeran de cosas, lo único que hice fue escucharlos y me di la vuelta y me fui a mi cuarto. Dije, qué bueno que no hice drama” (P12). “Yo me controlo cuando me relajo, me relajo cuando juego futbol, jugando con el balón” (P10). De este modo, procuran pensar las consecuencias que derivan de alguna acción, para tener mejor actitud ante factores de riesgo. “Cuando me iba a pelear, estaba jugando futbol y me dieron un patadón. En vez de pegarle, mejor me fui para tranquilizarme” (P9).
- ♦ **Influencia sobre el alcohol.** Con respecto a la percepción de los participantes sobre el control de impulsos y el consumo de alcohol, destaca la importancia de negarse a su ofrecimiento y manejar a conciencia los riesgos que conlleva el alcohol a temprana edad. “Puedes saber, como piensas bien eso, lo que puede pasar. Que te hace mal y puede afectarte. Pues perder todo, no recordarte bien de tu familia y eso y separarte de ellos” (P1). De manera general, esta relación parece cercana también a la toma de decisiones, en la que se menciona la necesidad de considerar las consecuencias y valorar la mejor decisión que, desde lo compartido por los participantes, es negarse al consumo para evitar daños.

Toma de decisiones

En esta se visibilizan afirmaciones similares entre los grupos respecto a los conocimientos de la toma de decisiones, así como en las actitudes que se toman y cómo interceden en la decisión de consumir alcohol.

- ♦ **Conocimiento sobre toma de decisiones.** Los participantes mencionaron que este proceso es central en su vida, de modo que evitan consecuencias negativas de la influencia que puede tener el contexto con factores de riesgo como el consumo de redes sociales, comida chatarra, etc. Asimismo, es interesante que los participantes reflejan interés en lograr el bienestar. “Pensar si realmente vale la pena. Por ejemplo, si valen la pena las tres horas desveladas en el celular. O si vale la pena comer mucha comida chatarra, que te va a durar un ratito” (P19). Del mismo modo, mencionan que la toma de decisiones implica valorar las cosas que quieren para el futuro. Señalan que saben tener el futuro en sus manos y que es importante tomar decisiones que acerquen al bienestar. “A mí me pasó igual, pero ellos querían hacer como, en mi primaria, ellos querían hacer algo nuevo, y querían agarrar cosas y pensé en lo que podría pasar y yo dije que no iba a hacer yo no iba a hacer eso porque estaba mal” (P1).
- ♦ **Prácticas en la toma de decisiones.** Los participantes mencionan que las actitudes van de la mano con las creencias y las acciones que derivan de ellas se toman considerando las consecuencias. “Sobre cómo decir o, más bien, hacer lo que creas que es bueno. Puedes tomar si lo haces o te hablan para hacer algo que no quieres. Tú puedes tomar tu decisión para irte o quedarte con ellos” (P1). A pesar de señalar constantemente la importancia de las consecuencias en la toma de decisiones, los participantes refieren ocasionalmente hacer cosas “malas”, siendo importante en esos casos cuidar no hacerlo con frecuencia para evitar consecuencias adversas: “Si es algo malo, no hacerlo diario, puede ser lo de... De vez en cuando” (P25).
- ♦ **Influencia sobre el alcohol.** Los participantes expresaron que tomar alcohol puede parecer una forma de afrontar una mala decisión y olvidarse de otras problemáticas. “Si tomamos una mala decisión, causa un problema. Muchas veces toman alcohol para olvidarse de sus problemas” (P17). En los testimonios, se considera que valorar las consecuencias del consumo de alcohol es un factor muy importante para decidir no hacerlo: “... lo que sé del alcohol, pues más bien te ayuda a saber las consecuencias y todo para que no lo hagas” (P20).

Discusión

El objetivo de este trabajo fue describir la percepción del control de impulsos y la toma de decisiones como factores protectores frente al consumo de alcohol desde la perspectiva de estudiantes de una secundaria en Guadalajara. Como parte de los hallazgos, se rescata la importancia de la prevención en adolescentes, como el conjunto de factores internos que fueron relevantes a partir de la experiencia de los participantes.

Primero, sobre su consumo, los resultados señalan que para los participantes el alcohol se percibe como una droga legal que no debe ser consumida por menores de edad. Mencionan las consecuencias de su consumo en la adolescencia, como daños físicos y mentales. Este hallazgo coincide con el de Sánchez et al. (2018), en su estudio con adolescentes ecuatorianos, en el que reporta que ellos conocen los riesgos que implica para la salud el consumo de alcohol. Sin embargo, se identifica en ese mismo estudio que, a pesar de saber los riesgos, tienen poca percepción sobre la posibilidad de desarrollar una adicción, dado que se considera algo controlable. De tal manera, es importante desarrollar futuras investigaciones que analicen la percepción sobre la adicción al alcohol y los posibles factores protectores.

Otra observación relevante con respecto a la actitud sobre el alcohol fue encontrar una actitud negativa o repelente, según se critica a los pares consumidores. Otro hallazgo fueron las vivencias de los participantes acerca del consumo de alcohol, respecto a lo que expresaron preocupación por el peligro que conlleva, así como las acciones que se pueden cometer para conseguir alcohol. Como lo mencionan Guerra et al. (2019), los adolescentes parecen tener claridad sobre los riesgos que implica consumir alcohol y las conductas derivadas de ello, pero se percibe poco riesgo de adicción en estos comportamientos. Por lo tanto, es importante intervenir y establecer con mayor claridad el riesgo de adicción que implica su consumo en la adolescencia, lo que favorece una consciencia más profunda sobre las consecuencias a largo plazo.

Respecto al conocimiento de los participantes sobre el control de impulsos, encontramos que estos consideran las consecuencias antes de actuar. Este resultado coincide con el de Gómez (2021), quien señala que el control de impulsos es un punto de partida para regular comportamientos y emociones,

siendo la prevención uno de los elementos centrales en el futuro proceso de planificación. Desde las prácticas que los adolescentes refieren para controlar sus impulsos, hay estrategias de distracción, como escuchar música o jugar algún deporte. Este resultado coincide con estudios que señalan la autodistracción como una estrategia muy empleada por adolescentes (Harvey et al., 2021; Moran-Astorga et al., 2019). Cabe mencionar que, aunque las estrategias de autodistracción puedan funcionar en situaciones de crisis inmediatas, es necesario centrar la atención en el desarrollo de habilidades que permitan un afrontamiento activo de casos estresantes para los adolescentes, dado que la distracción puede perder su eficacia con facilidad (Moran-Astorga et al., 2019).

En cuanto a la influencia que el control de impulsos puede tener sobre el consumo actual de alcohol, los participantes refirieron que hay una relación de protección: considerar las consecuencias les permite negarse. Sin embargo, en este punto vale mencionar que otros aspectos, como el contexto familiar, facilitan el inicio del consumo a edades tempranas. Es indispensable analizar la influencia que factores como el control de impulsos tiene no sólo para negarse a iniciar, sino para detener el consumo. Las investigaciones sobre adicción al alcohol en adolescentes reportan una baja percepción del riesgo; es decir, no consideran que pueden generar una adicción una vez que inician a consumir (Guerra et al., 2019).

Sobre la toma de decisiones, los participantes la describen como una estrategia para evitar consecuencias en su vida cotidiana, incluyendo una orientación hacia sus valores que la diferencia del control de impulsos. Es decir, los estudiantes consideran que tomar decisiones implica valorar qué tanto una acción acerca o aleja el futuro que quieren, a partir de las creencias que tienen un fuerte componente sociocultural. Esto concuerda con lo que menciona López et al. (2023): la toma de decisiones es el procesamiento y ponderación de conocimientos y experiencias que favorecen la orientación de una conducta hacia un objetivo.

En este punto es importante resaltar que, aunque los adolescentes entienden el proceso de toma de decisiones y la importancia para su futuro, hablan poco sobre cómo orientar su conducta hacia esas cosas significativas. Al abordar las prácticas sobre toma de decisiones, describen pocas conductas. Mencionan, incluso, que ocasionalmente hacen cosas “malas”, siempre y cuando no sean

frecuentes, lo que, después de analizar las opciones, refleja pocas habilidades para controlar la conducta. Como mencionan Be Canul et al. (2021), la toma de decisiones en la adolescencia suele basarse en una perspectiva optimista: es posible encontrar soluciones basadas en sus objetivos personales. Sin embargo, es común que muestren dificultad para valorar las posibles alternativas y sus consecuencias, siendo fácilmente afectados por las emociones.

Asimismo, se encontró que los participantes no perciben una relación directa entre la toma de decisiones y el consumo de alcohol, aunque sí se concibe su ingesta como una forma de evitar otros problemas causados por la mala toma de decisiones. Es decir, se ve el consumo de alcohol como un afrontamiento negativo a problemas que pueden presentar. Por lo tanto, para su prevención en este nivel es importante generar estrategias que desarrollen habilidades de análisis y manejo de la conducta. Promover la detención para revisar las alternativas y orientar la respuesta a la problemática inicial que provocó tomar una decisión.

Conclusiones

Este trabajo aporta a la generación de conocimiento sobre los factores que estudiantes de secundaria perciben como factores protectores frente al consumo de alcohol. Los resultados indican que el control de impulsos es un protector, dado que moviliza recursos que permiten valorar las consecuencias personales y sociales y así tomar decisiones. De este modo, es importante generar acciones en los contextos educativos que promuevan diversas habilidades, partiendo de estrategias prácticas para gestionar sus impulsos, como retirarse de situaciones conflictivas, buscar actividades que favorezcan la calma y evitar confrontaciones, lo que refleja la funcionalidad del control inhibitorio como recurso preventivo en su vida cotidiana. De esta forma, se favorecen los recursos internos relacionados con el control de impulsos y la toma de decisiones para evitar conductas de riesgo, como el consumo actual de alcohol.

Por otra parte, los participantes reconocen la importancia de tomar decisiones adecuadas ante el consumo de alcohol, que pueden afectarse por las vías de afrontamiento respecto a las malas decisiones previas o situaciones

problemáticas. Esta visión limita la percepción de la toma de decisiones como herramienta preventiva. Muestra la necesidad de fortalecer en los adolescentes las competencias para evaluar opciones y consecuencias a largo plazo. La relación entre toma de decisiones y consumo de alcohol aparece mediada por el contexto emocional y social, lo que indica que las intervenciones deben considerar estos factores para potenciar su efecto protector.

Algunas de las limitaciones de este trabajo son las propias de las investigaciones con diseño cualitativo. A pesar de favorecer la subjetividad y la comprensión de la experiencia, limita las posibilidades de establecer generalizaciones o causalidades. De tal manera, se recomienda realizar estudios cuantitativos que establezcan relaciones predictivas de los factores identificados. Asimismo, otra limitación es que sólo se incluyeron estudiantes de secundaria y no otros actores. Por lo tanto, es importante realizar futuros trabajos cualitativos que incluyan a las familias, de manera que se pueda conocer el rol familiar en la protección. Finalmente, se recomienda realizar estudios mixtos con muestras más amplias para comprender cómo otros factores internos y externos pueden concebirse en su relación con la prevención del consumo de alcohol.

Referencias

- Barrera-Núñez, D. A., Rengifo-Reina, H. A., López-Olmedo, N., Barrientos-Gutiérrez, T. y Reynales-Shigematsu, L. M. (2022). Cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco antes y durante la pandemia de COVID-19: Ensanut 2018 y 2020. *Salud Pública de México*, 64(2), pp. 137-147. <https://doi.org/10.21149/12846>
- Be Canul, J., Ceh Alvarado, A. y Trujeque, R. D. (2021). Toma de decisiones en la adolescencia. *Revista Salud y Bienestar Social*, 5(2), pp. 26-40. <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/80>
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2020). *Consumo de bebidas alcohólicas durante la Jornada Nacional de Sana Distancia por COVID-19*. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/548400/CONADIC_Alcohol_COVID-19.pdf
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), pp. 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), pp. 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Erazo, O. A. (2019). Consumo de drogas en adolescentes: una reflexión conceptual. *Cultura, Educación y Sociedad*, 10(1), pp. 53-66. <https://doi.org/10.17981/cultedusoc.10.1.2019.04>
- Fernández, A. y Castro, A. (2020). Diferencias de habilidades para la vida entre adolescentes escolarizados consumidores de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(4), pp. 1680-1699. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/77728>
- Gómez, L. S. (2021). *Las Funciones Ejecutivas y su relación con problemas en los Adolescentes* [Tesis de maestría, Universidad Estatal de Milagro]. <https://repositorio.une-mi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/5784>
- Guerra Domínguez, E., Machado Solano, A. M., González Carrazana, Y. A., Mesa Batista, M., Carrazana Fonseca, I., Guerra Domínguez, E., Machado Solano, A. M., González Carrazana, Y. A., Mesa Batista, M. y Carrazana Fonseca, I. (2019). Percepción de riesgo del uso nocivo del alcohol y sus consecuencias en adolescentes. *Multimed*, 23(4), pp. 744-757.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
- López, M., Noh, P. y Alonso, M. M. (2023). Consumo de cigarrillos de tabaco y bebidas alcohólicas: experiencias significativas de adolescentes de complementos urbanos. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 13(26). <https://doi.org/10.23913/ride.v13i26.1533>
- Lucas, M., Quiroz, M. y Cedeño, C. (2017). Factores de riesgo para la adicción en los adolescentes. *Revista Científica Sinapsis*, 2(11). <https://doi.org/10.37117/s.v2i11.126>
- Martínez-Mendoza, G. E. (2019). Funciones ejecutivas y consumo de alcohol en jóvenes universitarios: capacidad predictiva de las medidas de evaluación. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), pp. 22-29. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.3>
- Organización Mundial de la Salud (2024). Alcohol. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Pimentel-Jaimes, J. A., Telumbre-Terrero, J. Y., Ruiz-Gómez, G. M., Higuera-Sainz, J. L., Bautista-Álvarez, T. M., Pimentel-Jaimes, J. A., Telumbre-Terrero, J. Y., Ruiz-Gómez, G. M., Higuera-Sainz, J. L. y Bautista-Álvarez, T. M. (2015). Resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes de Chilpancingo Guerrero, México. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 6(2), pp. 36-49.

- Sánchez, M., Robles-Amaya, J., Ripalda-Asencio, V. y Calderón-Cisneros, J. (2018). La percepción del riesgo relacionado al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados/as. *Revista Prisma Social*, 23, pp. 235-249.
- Secretaría de Salud (2021). *En México, 20 millones de personas enfrentan consumo problemático de alcohol*. <http://www.gob.mx/salud/prensa/502-en-mexico-20-millones-de-personas-enfrentan-consumo-problematico-de-alcohol?idiom=es>
- Vasilachis, I. (2009). Ontological and Epistemological Foundations of Qualitative Research. *Qualitative Social Research*, 10(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-10.2.1299>
- Victorino Barra, A., Hernández Ramírez, G., Mateo Crisóstomo, Y., González Suárez, M., Rivas Acuña, V., Victorino Barra, A., Hernández Ramírez, G., Mateo Crisóstomo, Y., González Suárez, M. y Rivas Acuña, V. (2020). Estrategias de Afrontamiento Familiar y la Prevalencia del Consumo de Alcohol en Adolescentes de Secundaria. *Horizonte sanitario*, 19(1), pp. 59-67. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3397>

Semblanzas

Mayra Agüero Carrasco

Maestra en Educación: Campo Práctica Educativa por la Universidad Pedagógica de Durango. Licenciada en Educación Secundaria con especialidad en Español, por la Escuela Normal Superior de La Laguna Cursos Regulares, en Gómez Palacio. Licenciada en Educación por la Universidad Pedagógica de Durango. Docente de educación primaria en el sistema federalizado con 12 años de servicio.

Laura Guadalupe Aguilar Salazar

Licenciada en Psicología. Maestrante en Psicología Clínica del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara. Su formación y experiencia se dirigen a la psicoterapia, con un enfoque clínico, cognitivo, conductual y contextual. Su labor profesional se orienta al acompañamiento emocional e intervención psicológica de diversas problemáticas en el ámbito clínico.

Mario Ángel González

Doctor en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Maestro en Ciencias de la Educación por el Instituto Superior de Investigación y Docencia para el Magisterio. Licenciado en Psicología Educativa. Miembro del SNII. Profesor-investigador con perfil PRODEP. Catedrático de la Escuela Normal Superior de Jalisco. Responsable del CA Procesos educativos, salud y trabajo; y presidente de la Red de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable.

Héctor Rubén Bravo Andrade

Profesor investigador del Departamento de Clínicas de Salud Mental del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Doctor en Psicología por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Miembro del SNII, nivel 1.

Jasmin Urania Camacho Martínez

Licenciada en Enfermería. Maestra y doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Completo. Integrante del Cuerpo Académico Enfermería y Salud (UJAT-CA-272). Integrante de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIDHS). Miembro SNII, nivel candidato.

Edith Castellanos Contreras

Licenciada en Enfermería. Maestra y doctora. Profesora de Tiempo Completo Titular C. Integrante del CA Desarrollo Humano-Veracruz (UV-CA-275) y de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIDHS). Candidata al SNII.

Cecilia Colunga Rodríguez

Doctora y maestra en Ciencias de la Salud Pública. Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Perfil deseable PRODEP. Profesora investigadora en el CUCS. Investigadora en la Unidad de Investigación Médica de la UMAE Hospital de Pediatría del CMNO del IMSS. Catedrática de la Escuela Normal Superior de Jalisco. Miembro del SNII, nivel 2. Miembro de la Academia Jalisciense de Ciencias. Profesora en el Doctorado en Ciencias de la Salud Ocupacional.

Bertha Alicia Colunga Rodríguez

Doctora en Educación por el ITEC. Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo, por la Universidad de Guadalajara; en Educación, por la Universidad Santander, y Química Farmacobióloga por la Universidad de Guadalajara. Perfil deseable PRODEP. Profesora de asignatura en la Escuela Normal Superior de Jalisco. Miembro de la Red de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable. Miembro del SNII, nivel 1.

Mónica Isabel Contreras Estrada

Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Maestra en Ciencias de la Salud Pública, especialidad en Educación para la Salud. Profesora investigado-

ra Titular C. Docente y coordinadora del Doctorado en Ciencias de la Salud Ocupacional (UdeG). Líder del Cuerpo Académico Salud y trabajo CA-380. Miembro del SNII, nivel 1. Perfil Prodep.

María de Jesús Contreras Miranda

Licenciada en Enfermería con maestría y doctorado. Profesora de tiempo completo titular C. Integrante del Cuerpo Académico Desarrollo Humano-Veracruz (UV-CA-275) y la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIDHS).

María Esperanza Conzatti Hernández

Licenciada en Enfermería. Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo Titular C. Integrante del Cuerpo Académico Enfermería y Salud Orizaba (UV-CA-319) y de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIDHS). Cuenta con actualización pedagógica-disciplinar y experiencia profesional en instituciones de salud.

Claudia Beatríz Enríquez Hernández

Licenciada en Enfermería. Maestra y doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Profesora de Tiempo Completo Titular C. Líder del Cuerpo Académico Desarrollo Humano-Veracruz (UV-CA-275). Integrante de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIDHS). Candidata SNII.

Belén Elizabeth Flores Jacobo

Licenciada en Salud Pública. Maestrante de Psicología de la Salud en la Universidad de Guadalajara. Adscrita al programa Salud Mamaria en la Clínica de Mama del IMSS Guadalajara. Colabora en el Programa de Gestión Integral del Estrés y Resiliencia en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

Karina Jannet Flores Ríos

Médica cirujana y partera por la Universidad de Guadalajara. Participa en el área de investigación en el Hospital Centro Médico Nacional de Occidente, donde forma parte en diferentes proyectos académicos y de investigación.

Valeria Alejandra Gil Castillo

Médica cirujana y partera por la Universidad de Guadalajara. Se encuentra integrada en el área de investigación en el Hospital Centro Médico Nacional de Occidente, donde participa en proyectos académicos enfocados en la mejora de la atención médica y la salud pública.

Pedro González Angulo

Licenciado y maestro en Enfermería. Doctor en Ciencias de Enfermería y en Ciencias de Enfermería Psiquiátrica. Profesor de Tiempo Completo. Responsable del Cuerpo Académico Enfermería y Salud (UJAT-CA-272). Integrante de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIDHS). Candidato SNII.

Leticia Carolina Gómez Sánchez

Licenciada en Educación Especial en el área auditiva y de lenguaje. Doctora en Inclusión. Maestra especialista en Comunicación en Educación Especial. Profesora e investigadora de la Escuela Normal Superior de Especialidades, de la Secretaría de Educación Jalisco. Fundadora de Desarrollo Óptimo del Potencial Infantil (DOPI). Tiene amplia experiencia en la intervención con personas que presentan trastornos del lenguaje, atención y aprendizaje.

Virginia Eloísa Gómez Zamora

Médica cirujana y partera por la Universidad de Guadalajara. Durante su servicio social en el área de disciplinas clínicas, fortaleció sus habilidades en diagnóstico y manejo de pacientes, así como en la presentación y discusión de casos clínicos en entornos académicos. Su formación combina el compromiso con la práctica clínica y el interés por la producción de conocimiento científico.

Zaret Jazmín Hernández Soto

Doctora en Ciencias para el Aprendizaje. Integrante del SNII. Investigador Honorífico (COCyTED). Integrante de los grupos de investigación de la Universidad Pedagógica de Durango: Procesos educativos y Salud y gestión educativa. Líneas de investigación: procesos educativos, salud y gestión en los agentes escolares.

Sara Huerta González

Doctora y maestra en Ciencias de Enfermería. Licenciada en Enfermería. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería (UV). Profesora invitada en la Maestría y Doctorado en Enfermería FENO-UNAM y en la Maestría en Enfermería (UJAT). SNII, nivel 1. Perfil Deseable PRODEP.

Miguel Ángel López Ocampo

Licenciado en Enfermería. Maestro y doctor en Ciencias Jurídicas, Administrativas y de la Educación. Profesor de Tiempo Completo Titular C, con actualización pedagógica y disciplinar. Integrante del CA Desarrollo Humano-Veracruz (UV-CA-275) y de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIDHS).

Gabriel Isaac López Vela

Licenciado en Psicología. Maestrante en Neurociencias de las Adicciones, del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara.

Erika Yadira Macías Mozqueda

Licenciada en Psicología. Maestra en Educación Superior. Doctora en Gestión de la Educación Superior. Profesora del Departamento de Psicología Aplicada, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Líneas de generación y aplicación del conocimiento: psicología y educación, psicología y bienestar, educación superior y trayectorias laborales. Candidata SNII.

Diego Madrigal Ortega

Médico cirujano y partero por la Universidad de Guadalajara. Colabora en el área de investigación en el Hospital Centro Médico Nacional de Occidente, donde participa en distintos proyectos de investigación en torno a la mejora de la salud pública. Su formación se ha orientado hacia la medicina basada en evidencia.

Reyna Jazmín Martínez Arriaga

Doctora en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Profesora e investigadora del Departamento de Clínicas de Salud Mental, del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Autora de capítulos de libro y artículos científicos en revistas de arbitraje nacional e internacional. Miembro SNII, nivel 1.

Sendy Meléndez Chávez

Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Maestra en Desarrollo Educativo. Licenciada en Enfermería. Miembro SNII, nivel 1. Perfil deseable PRODEP. Profesor de Tiempo Completo en el programa de Enfermería (UV). Docente en la Maestría en Enfermería (UJAT) y profesora invitada en el Doctorado en Ciencias de la Salud Laboral (UdeG).

Sherlyn Guadalupe Montejano Cortés

Médica cirujano y partero por la Universidad de Guadalajara. Colabora en el área de investigación en el Hospital Centro Médico Nacional de Occidente. Su formación se orienta a la medicina basada en evidencia, con interés en la investigación clínica y los determinantes sociales de la salud. Participa activamente en proyectos académicos enfocados en la mejora de la atención médica y la salud pública.

Sergio Osvaldo Meza Chavolla

Médico especialista en radiología e imagen por la Universidad de Guadalajara, con calificación agregada en imagen mamaria por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen. Director de la Unidad de detección y diagnóstico Clínica de mama IMSS. Certificado en radiología e imagen mamaria e intervención por CMRI. Autor de capítulos de libros y artículos científicos en revistas nacionales e internacionales.

María de los Ángeles Onofre Santiago

Licenciada en Enfermería. Maestra en Salud Pública y en Ciencias de la Enfermería. Doctora en Salud Pública. Con actualización pedagógica y disciplinar, profesora de la Facultad de Enfermería Región Orizaba-Córdoba. Integrante

de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIDHS).

Mercedes Gabriela Orozco Solís

Doctora en Psicología. Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Profesora-investigadora del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Perfil deseable PRODEP. Miembro del SNII.

Manuel Ortega Muñoz

Doctor en Ciencias para el Aprendizaje. Miembro del SNII. Miembro del CA “Estudios de procesos psicológicos en contextos y actores sociales en educación y gestión”. Coordinador de dos grupos de investigación de la Universidad Pedagógica de Durango: Procesos educativos y Salud y gestión educativa.

María Úrsula Palos Toscano

Licenciada, maestra y doctora en Psicología, por la Universidad de Guadalajara. Maestra psicóloga orientadora en educación especial. Profesora investigadora de la Escuela Normal de Especialidades, de la Secretaría de Educación Jalisco. Asesora externa en las universidades de Guadalajara y Colima. Responsable del Cuerpo Académico ENSEJAL-CA-1 Perfil Prodep. Miembro del SNII, nivel 1.

Guillermo Eduardo Paredes Castro

Médico cirujano y partero por la Universidad de Guadalajara. Participa en la presentación de múltiples casos clínicos ante comités académicos. Complementó su formación con un intercambio académico en Colombia, centrado en investigación médica. Su interés se enfoca en la integración entre la práctica clínica y la evidencia científica, con una perspectiva orientada a la mejora continua de la atención en salud.

Jesús Emilio Ramírez Yáñez

Estudiante de la Licenciatura en Enfermería, en la Universidad Veracruzana. Becario de miembro del SNII, nivel 1.

Job Israel Romir González

Licenciado y maestro de Psicología Educativa por la Universidad de Guadalajara. Tiene experiencia y práctica clínica en Hospital Psiquiátrico de San Juan de Dios. Psicólogo orientador de educación especial. Director de un centro de atención múltiple. Profesor en la Escuela Normal Superior de Especialidades.

Javier Salazar Mendoza

Licenciado, maestro y doctor en Enfermería, con especialización posdoctoral. Profesor de Tiempo Completo Titular C. Responsable del CA Enfermería y Salud Orizaba (UV-CA-319). Integrante de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RI-CAIDHS). Miembro SNII, nivel 1.

José Luis Ulloa Mayo

Licenciado en Enfermería. Maestro en Ciencias de Enfermería, con especialidad en Cuidados Intensivos. Profesor de Tiempo Completo. Integrante del CA Enfermería y Salud (UJAT-CA-272) y de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RI-CAIDHS).

María Guadalupe Valerio Gómez

Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara, cuenta con una maestría en Ciencias de la Salud en Adolescencia y Juventud, por la misma universidad. Actualmente estudia un doctorado en Investigación Psicológica en el ITESO. Es profesora docente asociada A en la Universidad de Guadalajara. Funge como Secretaria de la División de Disciplinas Básicas del CUCS de la Universidad de Guadalajara.

Julio César Vázquez Colunga

Doctor en Psicología. Maestro en Educación. Licenciado en Derecho por la Universidad de Guadalajara. Miembro del SNII, nivel 1. Profesor investigador del Departamento de Justicia Alternativa, Ciencias Forenses y Disciplinas afines al Derecho, en el Centro Universitario de Tonalá. Miembro de la Academia

Jalisciense de Ciencias del Instituto Internacional de Investigación Social, Ambiental y de Salud Ocupacional. Miembro de la Asociación Internacional de Psicología Positiva.

Geovanny Wong Torres

Estudiante en servicio social de la Licenciatura en Enfermería, en la Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería Región Veracruz.

Fany Lizeth Zárate Espejo

Licenciada en Enfermería. Estudiante de maestría. Profesor de asignatura Titular A. Integrante del CA Desarrollo Humano-Veracruz (UV-CA-275) y de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIDHS).

ALFABÉTICA

www.alfabetica.com.mx

Gerencia editorial

Sol Ortega Ruelas

Cuidado de la edición

Mariana Hernández Alvarado

Corrección

Luis Carlos Hernández

Diseño de portada

Pablo Ulises Ontiveros Pimienta

Maquetación

Maritzel Aguayo Robles

Salud y derechos humanos. Vías interconectadas para el progreso global

se terminó de editar en noviembre de 2025

en Av. Américas 1222, San Miguel de la Colina, CP 45260, Zapopan, Jalisco

Tiraje: 1 ejemplar

Para su composición se utilizaron las tipografías **Fira Sans** y **Andada Pro**.

La salud, en su acepción más profunda, trasciende la mera ausencia de enfermedad para revelarse como una condición indispensable para la dignidad humana y el ejercicio pleno de nuestros derechos fundamentales.

Salud y derechos humanos. Vías interconectadas para el progreso global es una obra que explora los grandes desafíos contemporáneos en salud física, mental y socioemocional, abordando temas como la equidad sanitaria, el bienestar educativo, las adicciones, la salud ambiental y los efectos psicosociales de fenómenos como la pandemia o la desaparición forzada. Con una mirada crítica y comprometida, los autores analizan las barreras estructurales y las desigualdades que limitan el acceso a la salud, desde el impacto del cambio climático hasta las condiciones laborales del personal sanitario y los retos que enfrentan los jóvenes en la era digital.

Más que un texto académico, esta obra es un manifiesto por la justicia social, que invita a entender la salud como un derecho colectivo y una herramienta de transformación. Inspirada en los principios de la salud pública crítica, propone pasar de la observación a la acción: construir un mundo más humano, equitativo y saludable para todas y todos.

ALFABÉTICA



ISBN 978-607-581-841-2



9

786075

818412