



Vol.1 Num.1 (2024): Vol.1 No.1, 2024

Enfermería, Innovación y Ciencia es una revista de publicación anual, de acceso abierto y arbitrada por pares académicos.

Es editada por la Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas”, a través de la Unidad Académica de Enfermería, Jardín Juárez No 147, colonia Centro Zacatecas, Zacatecas, CP98000, Tel. (+52) 492-925-66-90 ext. 4707. <http://revistas.uaz.edu.mx/Index.php/eic>, revistaieic.uae@hotmail.com. Derechos de Uso Exclusivo **No.04-2019-05812094900-203**. Otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. **ISBN 2683-2941**. Responsable de la última actualización de este número Ana Gabriela Flores Romo, Campus UAZ Siglo XXI, Área de Ciencias de la Salud. Edificio E4, Segundo piso cubículo 4 Coordinación de Investigación, Carretera Zacatecas-Guadalajara.

Las Opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación

La revista se encuentra bajo una licencia de Creative Commons.

Revista **Enfermería Innovación y Ciencia**

Revista de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas
Vol.1 Num.1 (2025): Vol.1 No.1, 2024

Rector

Dr. Rubén de Jesús Ibarra Reyes

Secretario General

Dr. Ángel Román Gutiérrez

Secretario Académico

Mtro. Hans Hiram Pacheco García

Coordinador de Investigación y Posgrado

Dr. Carlos Francisco Bautista

Directora de la Unidad Académica de Enfermería

Dra. Roxana Araujo Espino

Edición y diseño

Dra. En B. Ana Gabriela Flores Romo

Directora de Revista y Coordinadora Editorial

Dra. en B Ana Gabriela Flores Romo

Unidad Académica de Enfermería Universidad Autónoma de Zacatecas

Editores de Revista

Dra. en C.E. Perla María Trejo Ortiz

Unidad Académica de Enfermería Universidad Autónoma de Zacatecas

Dra. en C.E. Roxana Araujo Espino

Unidad Académica de Enfermería Universidad Autónoma de Zacatecas

MCE. Luz Ma. Delgadillo Legaspi

Unidad Académica de Enfermería Universidad Autónoma de Zacatecas

Dra. Julia Maricela Torres Esperón

Escuela Nacional de Salud Pública la Habana Cuba

Dr. en E. Leticia Cortaza Ramírez

Facultad de Enfermería Campus Minatitlán Universidad Veracruzana

Dra. en C.E. Mónica Gallegos Alvarado

Universidad Juárez del Estado de Durango.

Dra. en Educación Vianey Méndez Salazar

Faculta de Enfermería y Obstetricia Toluca Estado de México

Dra. Alicia Álvarez Aguirre

Universidad de Guanajuato

Dra. en C. E. Claudia Orozco Gámez

Universidad Autónoma de Chihuahua

La revista **Enfermería Innovación y Ciencia** es una publicación semestral de nueva creación de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas con el objetivo publicar y difundir investigaciones cuantitativas, cualitativas, mixtas, de revisión y casos de práctica diaria realizadas en torno a la salud, gestión, educación, emprendimiento y práctica profesional, con la finalidad de fortalecer y mejorar el intercambio de información.

MOTIVOS DE INGRESO A LA LICENCIATURA DE ENFERMERÍA EN UNA CIUDAD FRONTERIZA DEL NORTE DE MÉXICO

Reasons for earning a bachelor's degree in nursing in a border city of northern Mexico

Belen Astrid García Salas Ángel Noé Alvarado-Pizarro Brenda Lizeth Cuevas Jaimes, Karla Fabiola Gamboa-Molina, y Mayra Guadalupe Juárez Elizalde

Financiamiento: ninguno

Conflicto de intereses: ninguno

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

belen.garcia@uacj.mx

RESUMEN

Objetivo: Analizar los motivos de ingreso de los estudiantes de Licenciatura en Enfermería de una universidad pública de la zona fronteriza del norte de México. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo comparativo, conformado por 470 estudiantes de dos campus de nivel principiante de Licenciatura en Enfermería, realizado con muestreo por conveniencia. Se aplicó mediante encuestas electrónicas el instrumento de motivos de ingreso a carreras universitarias de ciencias de la salud validado en población mexicana ($\alpha=0.834$), conformado por 30 ítems e integrado por seis factores de consideración como motivo de ingreso. **Resultados:** La edad media fue de 19.28 años ($SD=2.549$), predominaron las mujeres con 76.4%, los solteros con 93.3%, aquellos sin hijos y que no laboran con 95.4% y 67.6% respectivamente. El promedio general de bachillerato fue de 8.7 ($SD=0.66$), el 70.2% recibió orientación vocacional, el 47.2% eligió la carrera de enfermería como primera opción y el 70% porque le gusta. Los factores de alta consideración como motivo de ingreso fueron: prestigio y logro, altruismo y conocimiento, y el factor de salud. Se encontraron diferencias significativas entre el género y los factores de altruismo y conocimiento y, motivación externa y afiliativa, entre quienes recibieron orientación vocacional o no y el factor prestigio y logro, entre el campus de adscripción y el factor trabajo con personas. **Conclusión:** Se evidencia la necesidad de diseñar un instrumento que mida los motivos de elección de la carrera de Enfermería para explorar componentes sociológicos y filosóficos distintivos así como la inclusión de variables demográficas y educativas.

Palabras clave: Motivación, enfermería, condiciones de admisión, educación en enfermería

ABSTRACT

Objective: Analyze the reasons of earning a bachelor's degree in nursing in a public university located at the border area of northern Mexico. **Methodology:** Quantitative, transversal, and descriptive comparative study, composed of 470 students of two entering-level campuses of the bachelor's degree in nursing, carried out through a convenience sampling. An instrument of reasons for earning a bachelor's degree in health science validated in a Mexican population ($\alpha=0.834$) was applied through electronic surveys, comprised of 30 items, and integrated by six major factors as reasons for pursuing it. **Results:** Mean age was 19.28 years ($SD= 2.549$), females predominate with 76.4%, single people with 93.3%, those with no children and no job with 95.4% and 67.6%, respectively. Overall high school average was 8.7 ($SD= 0.66$), 70.2% received career orientation, 47.2% elected nursing major as their first choice, and 70% because they liked it. The most important factors as pursuing motives were prestige and accomplishment, altruism and knowledge, and health. Significant differences were found among the gender and altruism and knowledge factors, and external and affiliative motivation, amid those who received and didn't receive career orientation and the prestige and accomplishment factors, between the assignment campuses and the factor of working with people. **Conclusions:** The need for designing an instrument to measure the motives for electing a major in nursing to explore the distinctive sociological and philosophical components, as well as the inclusion of demographic and educational variables, has been made evident.

Keywords: Motivation, nursing, admission requirements, nursing education.

INTRODUCCIÓN

Recibido: 17-10-2023

Aceptado 14-11-2023

En el mundo existen 28 millones de profesionales de Enfermería registrados, es decir, más de la mitad de los profesionales de la salud. Sin embargo, se presenta un déficit mundial de 5.9 millones de enfermeras; entre las estrategias planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2030, se pretende incrementar la media a un 8% anual de graduados en Enfermería, además de mejorar las condiciones de empleo, y promover la identidad y liderazgo profesional; estas estrategias persiguen contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con educación, la igualdad de género, el trabajo decente y el crecimiento económico inclusivo (OMS, 2020).

En México durante el ciclo escolar 2019-2020 ingresaron 47,940 estudiantes a la Licenciatura en Enfermería, de los cuales 801 correspondían al estado de Chihuahua y 41.5% se matricularon en Ciudad Juárez (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior [ANUIES], 2020). A pesar de matricularse, a nivel nacional un fenómeno común en la educación superior es el abandono académico, durante el período 2020-2021 se registró un 8.2% de abandono (Secretaría de Educación

Pública [SEP], 2021). De acuerdo con Restrepo (2010) se deben mejorar los procesos de selección en los primeros semestres donde ocurre con mayor frecuencia el abandono académico, entre algunos factores asociados a este, se encuentran un escaso agrado por la carrera, así como la baja motivación.

La decisión de iniciar los estudios de nivel superior y la elección de carrera implican un proceso de búsqueda y de selección donde los estudiantes deben priorizar los motivos por lo que desean ingresar, sean de carácter intrínseco y/o extrínseco (García, Sánchez y Riskey, 2018). La elección de la carrera de Enfermería representa un reto tanto para estudiantes como para docentes, debido a que puede incidir en el posterior desarrollo de la misma y a su vez, en los aspectos de desempeño académico, adaptación al entorno escolar y clínico, e inclusive en el ámbito laboral, relacionándose con la deserción en el transcurso de la carrera (Pucheu, 2018).

Los motivos de la elección de una carrera universitaria en el área de la salud se han clasificado en seis factores: 1) prestigio y logro, que se relaciona con el estatus del estudio universitario y su importancia en el proyecto de vida; 2) altruismo y

conocimiento, que denota la importancia de ayudar a las personas y el gusto por el aprendizaje; 3) poder, que concierne a la temática de liderazgo, influencia y control en la toma de decisiones de los demás; 4) salud, hace referencia a los asuntos sobre entender, mejorar o resolver los problemas de salud; 5) motivación externa y afiliativa, se asocia a entablar nuevas amistades y a elementos de influencia externa como padres y amigos; y 6) trabajo con personas, se refiere al gusto de tener contacto frecuente con personas y el deseo de comunicación (Caldera, Reynoso y Zamora, 2019).

Estudios evidencian que aquellos estudiantes con mayor motivación intrínseca tienen mejor rendimiento académico, compromiso y eficiencia, así como menor intento de deserción en comparación con aquellos impulsados por motivos extrínsecos (Caldera, Reynoso y Zamora, 2019; Mancini, Caricati, Panar y Tonarelli, 2015; López, Cruz y Cruz, 2017). La carrera de Licenciatura en Enfermería amerita además de la motivación al ingreso, que el estudiante tenga vocación para lograr una actitud positiva hacia la población a quien

MÉTODO

brindará atención y cuidados (Buitrago-Echeverri, 2008).

Es importante mencionar que los estudiantes que consideran haber tomado una decisión errónea, desarrollan una serie de efectos que van desde desertar temporal o definitivamente hasta cambiar de carrera. De este modo, es necesario que los motivos de ingreso no solo se proyecten en el ámbito académico o disciplinar, si no que los estudiantes estén motivados también por la vocación y un gran sentido altruista (Troncoso, Garay y Sanhueza, 2016).

Otros estudios con perspectiva de género, señalan diferencias significativas en los motivos de elección de la carrera universitaria, en las mujeres se destaca la vocación mientras que, en los varones influyen más los aspectos económicos y de reconocimiento social (Caldera, Pérez y Macías, 2021; Verde, Gallardo, Compeán, Tamez y Ortiz-Hernández, 2007).

En este sentido, el objetivo del presente estudio fue analizar los motivos de ingreso de los estudiantes de Licenciatura en Enfermería de una universidad pública de la zona fronteriza del norte de México.

El tipo de estudio es cuantitativo, transversal y descriptivo comparativo (Grove, Gray y Burns, 2016), el proyecto fue dirigido a la comunidad estudiantil de Enfermería en una universidad pública de Ciudad Juárez. La muestra se conformó por 470 estudiantes, el tipo de muestreo fue por conveniencia, tomando como criterio de selección, aquellos que cursaban el nivel principiante en el primer y segundo semestre, de tal forma que la percepción del motivo de ingreso no se afectara. La recolección de los datos se realizó por medio de encuestas electrónicas con el uso de los recursos digitales institucionales, invitando a los estudiantes a participar en el estudio vía correo electrónico, el cual, contenía la liga de acceso. Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y el instrumento de motivos de ingreso a carreras universitarias de ciencias de la salud validado en población mexicana ($\alpha=0.834$). El instrumento se conforma por 30 ítems y mide seis factores de consideración: 1) prestigio y logro, 2) altruismo y conocimiento, 3) poder, 4)

RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados de 470 estudiantes, con una

salud, 5) motivación externa y afiliativa y 6) trabajo con personas. La interpretación de los resultados se realizó con base a la media teórica de la escala (valor <2.6 : factor de baja consideración; entre 2.6 y 3.4: factor de consideración media y >3.4 : factor de alta consideración) (Caldera, Reynoso, González y Betancourt, 2018). Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package of Social Sciences Versión 25. El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, siendo resultado de un proyecto de investigación registrado en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Este estudio es clasificado con riesgo mínimo, antes de iniciar la encuesta electrónica, se expuso el consentimiento informado que incluyó el objetivo del estudio, los beneficios, la confidencialidad, privacidad de los datos y la libertad de no completar la encuesta, así como la libertad de otorgar o no su consentimiento independientemente de la relación con la Institución Educativa..

media de edad de 19.28 años ($SD=2.549$) y un rango entre los 18 y 45 años. De

acuerdo con las características sociodemográficas, el 76.4% fueron mujeres; prevalecieron los estudiantes solteros, sin embargo, el 6.6% refirió vivir en pareja ya sea en unión libre o casado;

solo 4.7% de los estudiantes tenía hijos. El 32.3% de los estudiantes combinaba la actividad académica con alguna actividad laboral, resalta que un 4% de la población trabajaba en el área de la salud (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	359	76.4
Masculino	111	23.6
Estado civil		
Soltero	437	93.3
Unión libre	13	2.8
Casado	18	3.8
Divorciado	1	0.2
Viudo	1	0.2
Es padre/madre		
No	448	95.4
Si	22	4.7
Situación laboral		
No trabaja	318	67.6
Si trabaja	133	28.3
Si trabaja, en área de la salud	19	4.0

n=470 estudiantes

De acuerdo con los antecedentes académicos de los participantes (Tabla 2), el promedio general del Bachillerato al ingreso a la licenciatura fue de 8.7 (SD=0.66) con un rango de 6.6 a 10, la moda poblacional se ubicó en 9.0. Se indagó si los participantes tenían un área de especialización en el bachillerato, una carrera técnica o universitaria inconclusa

como antecedente académico; el 86.2% no tuvo dicho antecedente, y solo un 6.0% había estudiado una carrera técnica en el área de Enfermería (n=28). Destaca que el 70.2% de los estudiantes había recibido orientación vocacional, sin embargo, únicamente el 47.2% tenía como primera opción estudiar la carrera universitaria de Enfermería; el 40.9% del total de los participantes refirió seleccionar como primera opción la carrera de medicina.

Tabla 2. Antecedentes académicos

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Área de carrera previa		
No tiene carrera previa	405	86.2
Medicina y ciencias de la salud: Enfermería	28	6.0
Medicina y ciencias de la salud: Otros	7	1.5
Biología y Química	4	0.9
Humanidades y ciencias de la conducta	3	0.6
Ciencias sociales y económicas	12	2.6
Ingeniería y tecnologías	11	2.3
Orientación vocacional		
No	140	29.8
Si	330	70.2
Orden de elección de la carrera		
Primera opción	222	47.2
Segunda opción	241	51.3
Tercera opción	7	1.5

n=470 estudiantes

De acuerdo con el principal motivo por el que los participantes eligieron la carrera de Enfermería se pudo observar que, 70% la eligió por que le gusta, 15.3% por que no pudo entrar a otra carrera, 4.7% porque se ejerce tradicionalmente en su familia;

entre otros motivos (2.3%) se mencionaron la falta de recurso económico, la influencia o problemas de salud en la familia, el espíritu de servicio y percepción de qué es una carrera fácil (Tabla 3).

Tabla 3. Motivo principal de elección de la carrera universitaria de Enfermería

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Es la que le gusta	329	70.0
Se ejerce en su familia	22	4.7
Ofrece buenas oportunidades laborales	13	2.8
No pudo entrar a otra	72	15.3
Interés por las ciencias de la salud	12	2.6
Explorar la carrera	11	2.3
Otros motivos	11	2.3

n=470 estudiantes

Con base a la media teórica de la escala para factores de consideración como motivos de ingreso a las carreras universitarias de Ciencias de la Salud, se asume que el “Prestigio y logro”, “Altruismo y conocimiento” y “Salud” son

factores de alta consideración como motivo de ingreso a la licenciatura en Enfermería, mientras que, la “Motivación externa y afiliativa” fue un factor de baja consideración.

Tabla 4. Factores de consideración como motivos de ingreso a la carrera universitaria de enfermería

Factor	Media	Desviación Estándar	Moda	Mediana	Q1	Q3
Prestigio y logro	3.66	0.69	3.78	3.77	3.22	4.11
Altruismo y conocimiento	3.65	0.36	4.00	3.80	3.40	4.00
Poder	3.16	0.80	3.50	3.25	2.75	3.75
Salud	3.56	0.77	4.00	3.50	3.00	4.00
Motivación externa y afiliativa	1.92	0.63	1.80	1.80	1.40	2.35
Trabajo con personas	2.95	0.77	3.00	3.00	2.33	3.33

n=470 estudiantes

Se evidenció la ausencia de distribución normal con base a la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p=0.000$), se realizaron análisis de diferencias de grupo entre los factores de motivos de ingreso y el género, orientación vocacional, área de carrera previa, el promedio académico del bachillerato, orden de elección de la carrera de Enfermería y Campus de adscripción en el programa de licenciatura. No se identificó correlación entre el promedio académico de preparatoria y los factores de motivos de ingreso.

De acuerdo a la prueba U de Mann Whitney existieron diferencias significativas entre el género y los factores de “altruismo y conocimiento” ($Z=-3.92$, $p=0.00$) y “motivación externa y afiliativa” ($Z=-4.86$, $p=0.00$). Asimismo, existió diferencia significativa entre aquellos que recibieron orientación vocacional o no y el factor “prestigio y logro” ($Z=-2.10$, $p=0.03$). Existió diferencia significativa entre el Campus de adscripción y el factor “trabajo con personas” ($Z=-3.14$, $p<0.00$).

De acuerdo con la prueba Kruskal-Wallis existió diferencia significativa entre el área de carrera previa y el factor “poder”

($p=0.02$). Así como entre orden de elección de la carrera de Enfermería y el factor “salud” ($p=0.04$).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio en cuanto al género reafirman uno de los componentes de la sociología de la profesión, según la OMS aproximadamente el 90% de los profesionales de Enfermería en el mundo, son del género femenino (OMS, 2020). Los resultados arrojaron una diferencia significativa entre el género y el factor “altruismo y conocimiento” como motivo de ingreso, este resultado puede estar vinculado a que la Enfermería continua integrada en su mayoría por mujeres, como algunos autores han señalado a través de la historia, que el cuidado goza de características femeninas como lo son el “altruismo”, “atención” y “compasión”; desde la era moderna con Florence Nightingale hacia el siglo XIX eran las mujeres quienes podían optar por formarse como enfermeras; esta perspectiva, de la Enfermería como una profesión predominantemente femenina, ha estado marcada por dos ideologías predominantes: la concepción religiosa sobre el cuidado y el discurso sexista del rol social de la mujer (García, Sáinz y

Botella, 2004; Martí, 2015). Como se puede observar siguen existiendo estereotipos de género que influyen en la identidad profesional enfermera, y la consecuencia inmediata es la desvalorización de la profesión (Lino, Backes, Costa, Martins y Lino, 2018).

A pesar de que la Enfermería era segunda opción en el orden de elección de la carrera, el 70% de los estudiantes reportó que “es la que les gusta”. Lo anterior es relevante debido a que el gusto por la disciplina permite estimar que, en su desempeño laboral futuro, habrá una disposición favorable para involucrarse afectivamente con el ejercicio de su profesión, tratando de ser eficientes y encontrando recompensa en su labor profesional (García, 2007).

El factor “Prestigio y logro” fue de alta consideración como motivo de ingreso a la licenciatura en Enfermería, recordando que este factor se vincula con el valor y satisfacción subjetiva con la carrera; siendo para muchos, vía para mejorar la posición social y económica; y forma de

realización personal. La alta consideración del “Prestigio y logro” indica una motivación centrada en el estatus que da la carrera. En este estudio existió una diferencia significativa entre aquellos que recibieron orientación vocacional o no y el factor “Prestigio y logro”, así mismo un 30% de los estudiantes, no había recibido orientación vocacional; los estudiantes que reciben orientación vocacional, han reportado en la literatura, estar más motivados para elegir una carrera en el área de la salud (Caldera, Reynoso y Zamora, 2019; Enríquez et al., 2017).

Algunos aun sin saber qué es exactamente la Enfermería, deciden estudiar la carrera, quizás por la imagen proyectada por otros profesionales de Enfermería; durante el año 2020 ocurrieron dos hechos relevantes en la historia enfermera, uno de ellos fue que la Asamblea Mundial de la Salud designó el 2020, como “Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería”(OMS, 2019) asimismo con este año iniciaba la pandemia por COVID-19, de este modo, los enfermeros aparecían masivamente en todos los medios de comunicación, incluidas las redes sociales, lo anterior, fue un parteaguas para el prestigio social; la Enfermería aparecía para muchos, como una carrera de

prestigio y relevancia social. Lo anterior concuerda con los escritos de Dubar (2005), quién menciona que, en la elección de la carrera, el individuo se identifica a partir de lo que idealiza para sí mismo (identidad personal) y para otros (identidad social) de una determinada profesión históricamente construida.

Sobre la Enfermería como una vía para mejorar la posición económica, en este estudio solo un 2.8% de los estudiantes, consideran que la carrera podría ofrecerles mejores oportunidades laborales. Este resultado es similar con otros estudios a pesar de la relevancia social que ha tenido en los últimos años, sigue percibiéndose como una carrera donde la paga es baja, incluso los familiares de los estudiantes, lo señalan (Enríquez et al., 2017; Sigaud, De Souza, De Nobrega, Torillama y Costa, 2016).

A pesar de que el factor “altruismo y conocimiento” fue de alta consideración por los estudiantes, el factor “trabajo con personas” fue de mediana consideración; en Colombia se determinó que, entre los motivos de elección de la carrera de Enfermería, destacan la vocación y el servicio, argumento válido siendo una carrera ubicada dentro de las ciencias humanas cuyo propósito fundamental es el

cuidado de los individuos y comunidades (Buitrago-Echeverri, 2008).

En el caso del factor “Poder” este resultó de mediana consideración, tal como en el estudio de Caldera, Reynoso y Zamora (2019) donde los estudiantes de Enfermería tuvieron menor consideración de este factor, en comparación con los de la carrera de medicina y nutrición; así mismo existió diferencia significativa entre el área de carrera previa y el factor “poder”, lo anterior puede estar fundamentado en una baja percepción del liderazgo profesional de Enfermería. Esta diferencia aún es marcada en la actualidad, muy pocos directivos están ocupados por mujeres o por profesionales de Enfermería; la identidad masculina se construyó como trabajo productivo y reconocido por la sociedad, mientras la identidad femenina solo alcanza formas privadas de reconocimiento, instaladas en la esfera doméstica y un lugar subordinado (OMS, 2020; Dubar, 2015).

Otro de los factores de alta consideración entre los estudiantes, fue el “factor salud” que está íntimamente ligado a resolver problemas personales de salud emocional o física, de igual manera este factor, tuvo diferencia significativa en relación al orden de elección de la carrera. Troncoso,

Garay y Sanhueza (2016) mencionan que la experiencia personal en situaciones de alteración del estado de salud o de presentar familiares cercanos con algún tipo de enfermedad, junto a la necesidad de ayudar y su falta de herramientas para colaborar en estas circunstancias, son elementos esenciales en la motivación de la selección de la carrera profesional de un número importante de estudiantes de Enfermería y otras ciencias de la salud, asimismo algunos estudios cualitativos, apoyan la idea de que las experiencias personales y/o familiares, tales como la presencia de enfermedad, así como el contacto con el entorno sanitario, encaminan a los estudiantes a elegir la Enfermería como profesión (Ramio, 2005; San Rafael, Arreciado, Bernaus, Vers, 2010).

Por último, el factor “Motivación externa y afiliativa” fue de baja consideración como motivo de ingreso a la Licenciatura en Enfermería, datos similares a los del estudio de Caldera et al (2019) donde también hubo significancia entre este factor y el género; los hombres consideraron de mayor importancia los motivos externos y relacionados con la amistad. Algunos estudios señalan que no existe una influencia considerable de la

familia, los amigos, los profesores u otras figuras escolares para la selección de la Enfermería como carrera (Fernández, González, Pompa, Garcés y Figueredo, 2018; Troncoso, Garay y Sanhueza, 2016; Sigaud, De Souza, De Nobrega, Torillama y Costa, 2016).

Los resultados exigen aclarar la identidad, el futuro laboral y el campo de trabajo de los profesionales de Enfermería, buscando esclarecer la falsa identidad que los aspirantes pudieran tener sobre el ser y quehacer enfermero, con el fin de generar conciencia para que su elección sea informada al momento de optar por esta profesión para la vida; lo anterior, es una vía para afianzar la identidad profesional, que permita el reconocimiento social y el

liderazgo para que el gremio ocupe posiciones estratégicas, desde las cuales se permita mejorar las condiciones laborales y salariales.

Para concluir se evidenció la necesidad de diseñar un instrumento que mida los motivos de elección de la carrera de Enfermería, a fin de explorar componentes sociológicos y filosóficos que distinguen a la disciplina; igualmente, la inclusión de variables demográficas y educativas, tales como el nivel socioeconómico, el lugar de residencia, el tipo de institución educativa de procedencia y el conocimiento previo, consecuentemente otras características psicométricas al ingreso a la licenciatura.

...

REFERENCIAS

Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. (2020). Anuario Estadístico de la Población Escolar en Educación Superior. <http://www.anuies.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>

Caldera, J. F., Reynoso, O.U., Zamora, M. R. (2019). XV Congreso Nacional de Investigación Educativa: Motivos de Ingreso a las Carreras Universitarias, un estudio en

Alumnos de Ciencias de la Salud [Presentación en artículo]. Acapulco, Guerrero, México. <https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v15/doc/1337.pdf>

Caldera, J.F., Reynoso, O.U., González, S., Betancourt, M.R. (2018). Propiedades psicométricas de un instrumento de motivos de ingreso a carreras universitarias de ciencias de la salud. REDU. Revista de Docencia Universitaria, 16(1), 33-50. <https://ojs.upv.es/index.php/REDU/article/view/6052/10298>

- Dubar, C. (2005). A socialização: construção das identidades sociais e profissionais [Socialización: construcción de la identidad social y profesional]. São Paulo: Martins Fontes.
- Echeverri, M. T. B. (2008). Razones para estudiar enfermería y dudas sobre la profesión-Las voces de los/as estudiantes. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 10(1), 21-38.
- Enríquez, C., Pérez, M., García, M., Quintana, Z., Díaz, D., Pedraza, K. (2017). Preparación del docente de Enfermería para la reafirmación profesional de sus estudiantes. *EduMeCentro*, 9(1), 142-160. <https://www.medigraphic.com/pdf/s/edumecentro/ed-2017/ed171i.pdf>
- Fernández, Y.D., González, N., Pompa, V., Garcés, V., Figueredo, E. (2018). Motivación profesional en estudiantes de enfermería, 2016. *Multimed*, 22(1), 130-142. <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/784>
- Franco, A. (2020). Percepción social de la profesión de enfermería. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (38), 272-281. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n38/1409-4568-enfermeria-38-272.pdf>
- García-Ripa, M. I., Sánchez-García, M. F., & Riquez, A. (2018). Perfiles motivacionales de elección de estudios en estudiantes universitarios de nuevo ingreso. *Universitas Psychologica*, 17(3), 74-84.
- García, A.M., Sainz, A., Botella, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de enfermería*, 13(46), 45-48. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200009&script=sci_arttext&tlng=en
- García, J.M. (2007). Motivación y actitudes hacia la carrera de profesor de educación primaria en estudiantes normalistas de primer ingreso. *Revista mexicana de investigación educativa*, 12(35), 1153-1178. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-66662007000401153&script=sci_abstract&tlng=en
- Grove, S.K., Gray, J.R., Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia.* (Elsevier España, S.L.U., Trans.; sexta edición).(Trabajo original publicado 2016).
- López I, Cruz GM, Cruz GN,. La motivación de los estudiantes de enfermería. En: *II Congreso Internacional Ciencia y Tecnología.* Ecuador: UTMACH; 2017; 1(1): 929-940. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6236192>
- Mancini, T., Caricati, L., Panari, C., & Tonarelli, A. (2015). Personal and social aspects of professional identity.: An extension of Marcia's identity status model applied to a sample of university students [Aspectos personales y sociales de la identidad profesional: una extensión de modelos de identidad de Marcia aplicado en estudiantes universitarios]. *Journal of Vocational Behavior*, 89, 140-150. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2015.06.002>
- Martí, V. (2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia,

- imagen y evolución en España. *Enfermería global*, 14(1), 328-334. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.14.1.198631/169171>
- Motta, M., Schubert, V.M., Da Silva, M.A., Ferreira, M.M., Motta, M. (2018). Pesquisa em enfermagem: Brasil e Portugal na construção da identidade profissional. [Investigación en enfermería: Brasil y Portugal en la construcción de la identidad profesional]. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27. <https://www.scielo.br/j/tce/a/VdrCGwmSJ8DnW8Ry6Cwn9ns/?format=pdf&lang=pt>
- Organización Mundial de la Salud (2019). 2020: Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería. Asamblea Mundial de la Salud, 72. <https://www.paho.org/es/campanas/2020-ano-internacional-profesionales-enfermeria-parteria#:~:text=La%2072a%20Asamblea%20Mundial%20de,los%20recursos%20humanos%20de%20salud.>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Situación de la Enfermería en el mundo-2020: resumen de orientación. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>
- Pérez, I., Macías, G.G., & Caldera, J.F. (2021). Motivos de elección de carreras universitarias por parte de estudiantes de bachillerato en México. Un estudio comparativo desde una perspectiva de género. *Br. J. Ed., Tech. Soc.* 14: 87-98. <http://dx.doi.org/10.14571/brajets.v14.se1.2021.87-98>
- Pucheu, A. (2018). ¿Existen diferencias en la motivación de distintas generaciones en enfermería? *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 336-342.
- Ramió, A. (2010). Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya (Publicación No. 8468981605) [Disertación doctoral, Universidad de Barcelona]. Repositorio Institucional. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/43007>
- Restrepo, A. (2010). Factores relacionados con la deserción estudiantil en el programa de enfermería de la Universidad Libre de Pereira. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 7(2), 5-14.
- San Rafael-Gutiérrez, S., Arceado-Marañón, A., Bernaus-Pouch, E., Vers-Prat, O. (2010). Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería clínica*, 20(4), 236-242. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.04.003>
- Secretaría de Educación Pública. (2021). Principales cifras del sistema educativo nacional 2020-2021. Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa. https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2020_2021_bolsillo.pdf
- Sigaud, C. H. de S., Souza, N. B. de, Nóbrega, A. A. da, Toriyama, A. T. M., & Costa, P. (2016). Motivos de estudiantes de enfermagem para la escolha da carreira. *Revista Iberoamericana de Educación y investigación en Enfermería*, 6(4),

- 18-24.
<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/218/motivos-de-estudiantes-de-enfermagem-para-a-escolha-da-carreira/>
- Troncoso, C., Garay, B., & Sanhueza, P. (2016). Percepción de las motivaciones en el ingreso a una carrera del área de la salud. *Horizonte Médico (Lima)*, 16(1), 55-61.
- <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v16n1/a08v16n1.pdf>
- Verde, E., Gallardo, G., Compeán, S., Tamez, S., Ortiz-Hernández, L. (2007). Motivos de elección de carrera en mujeres estudiantes de profesiones de la salud. *Educ. Educación médica*, 10(1), 44-51.

CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIA

Therapeutic compliance behavior in patients with arterial hypertension

Pérez-Hernández Sonia¹, Contreras-de la Fuente Hilda Saray¹, Gallegos-Acevedo Ma. Guadalupe¹,
Ramírez-Torres Magdiel Alberto¹

Financiamiento: ninguno

Conflicto de intereses: ninguno

Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas¹

sonia.perez@uaz.edu.mx

Recepción:01-12-23

Aceptación 28-12-23

RESUMEN

La hipertensión arterial es un problema de salud pública, la falta de atención primaria, el deficiente apego al tratamiento médico conlleva a complicaciones que ocupan los primeros lugares de mortalidad en el país, si bien se han demostrado acciones que coadyuvan al manejo y control de la hipertensión arterial, el profesional de enfermería requiere aplicar cuidados fundamentados en la práctica basada en la evidencia por lo tanto el propósito de este estudio fue identificar la conducta de cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial atendidos en un Hospital Comunitario. El diseño fue descriptivo, prospectivo y observacional, el muestreo no probabilístico por conveniencia, la muestra se conformó de 127 pacientes encuestados en un lapso de tres semanas. Como instrumento de medición se utilizó el Resultado Conducta de Cumplimiento de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), el estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud. La conducta de cumplimiento terapéutico fue: aceptan el diagnóstico de la enfermedad que padecen, nunca buscan más información acreditada sobre su diagnóstico, siempre realizan el régimen terapéutico según lo prescrito, siempre conservan la cita y expresan los cambios de síntomas a los profesionales de la salud. Además, controlan los efectos terapéuticos de la medicación sin embargo nunca realizan actividades de la vida diaria según la prescripción y tampoco buscan ayuda externa para realizar la conducta sanitaria, dichos resultados tienen connotaciones positivas y negativas que promueven las decisiones clínicas y mejoran la cultura del cuidado.

Palabras clave: Conducta de cumplimiento, Enfermería, Hipertensión

ABSTRACT

High blood pressure is a public health problem, the lack of primary care, poor adherence to medical treatment leads to complications that occupy the first places in mortality in the country, although actions have been demonstrated that contribute to the management and control of the disease. high blood pressure, the nursing professional requires applying care based on evidence-based practice; therefore, the purpose of this study was to identify the therapeutic compliance behavior in patients with high blood pressure treated in a Community Hospital. The design was descriptive, prospective and observational, non-probabilistic sampling for convenience, the sample was made up of 127 patients surveyed in a period of three weeks. The Nursing Outcomes Classification (NOC) Compliance Behavior Result was used as a measurement instrument; the study adhered to the provisions of the Regulations of the General Health Law. The therapeutic compliance behavior was: they accept the diagnosis of the disease they suffer from, they never seek more accredited information about their diagnosis, they always carry out the therapeutic regimen as prescribed, they always keep the appointment and express the changes in symptoms to health professionals. . In addition, they control the therapeutic effects of the medication, however they never carry out activities of daily living according to the prescription and do not seek external help to carry out health behavior. These results have positive and negative connotations that promote clinical decisions and improve the culture of care.

Keywords: Compliance behavior, Nursing, Hypertension

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial no solo es un problema de salud pública, sino también político, social, psicológico y económico debido a los altos costos médicos aunado al deterioro de la atención primaria óptima y la falta de apego al tratamiento por parte de quienes padecen dicha enfermedad (Diaztagle et al. 2022). En este mismo contexto, Herrera-Molina et al. (2022) enfatizan que el número de casos de pacientes en descontrol aumenta e infiere que existe carencia de conocimiento acerca de la enfermedad.

Se estima que en todo el mundo existe una prevalencia de Hipertensión Arterial de 1000 millones de personas, es decir, entre el 20 y el 35% del total de población padece este trastorno, de los cuales 7,1 millones de adultos mueren a causa de patologías originadas por la Hipertensión Arterial como enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. En América Latina el 47.5% prevalece la Hipertensión Arterial en adultos, sobre todo en los países más desarrollados como México, Brasil y Argentina; además, este trastorno afecta mayoritariamente a la población de las zonas urbanas que de las rurales (Martínez et al. 2018).

En este mismo contexto y según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2023) las defunciones por enfermedades del corazón fueron la primera causa de muerte a nivel nacional. Además, para el año 2021, la entidad con mayor incidencia fue Baja California, seguida de Chihuahua, Sinaloa y Coahuila, otros estados con tasas de incidencia altas fueron Zacatecas, Tamaulipas, Nayarit y Veracruz.

Por otro lado, se debe tomar en cuenta que los casos de esta enfermedad han sido más numerosos en mujeres de 50 a 59 años, pero han tenido una tasa de incidencia mayor en el grupo de 60 a 64 años en hombres el mayor número de casos se han registrado en el grupo de 50 a 59 años y la mayor tasa ha ocurrido en el grupo de 60 a 64 años (Panorama Epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México (2021).

Es importante resaltar que, el desarrollo de la hipertensión arterial es multicausal, debido a que podría influir, la raza y el sexo, el padecimiento de enfermedades metabólicas como diabetes mellitus, obesidad e inclusive el consumo de alcohol, tabaco y sedentarismo. (Mejia, Mejia y Tenorio, 2019). Datos encontrados

en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2022) apuntan a la importancia de realizar pruebas de detección o tamizaje con el fin de identificar personas asintomáticas con enfermedades crónicas no diagnosticadas, lo cual permite establecer medidas preventivas para retardar el desarrollo de la enfermedad modificando el estilo de vida del paciente con hipertensión. No obstante, en el Estado de Zacatecas prevalece como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad (Boletín epidemiológico Zacatecas, 2022).

Ante este panorama epidemiológico, la evolución de la profesión de enfermería exige dentro del cuidado la articulación de conocimientos científicos, la experiencia y la atención holística centrada en el paciente. Es por ello, que la atención de enfermería representa en la práctica un alto grado de complejidad que dificulta la toma asertiva de decisiones en virtud a que, se debe tener la capacidad para actuar, procesar e interpretar la información (López-Morales y Barrera-Cruz 2019; Barreto et al. 2023 y Torres-Gómez, 2021). En este contexto el uso de resultados estandarizados facilita los datos necesarios para construir

conocimiento enfermero, avanzar en el desarrollo teórico y determinar la efectividad de las intervenciones entre otras contribuciones con el objetivo de que el quehacer del profesional de enfermería se documente y se haga visible (Moorhead et al. 2019).

Es importante referir que según la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) define a la conducta de cumplimiento como: *“Acciones personales para seguir las recomendaciones de un profesional sanitario para una condición de salud específica”*

Por lo tanto, ante el reto que el profesional de enfermería debe enfrentar en la coordinación de esfuerzos sectoriales y participar con un rol integral en lo que se refiere a cuidados de prevención en este grupo vulnerable, la presente investigación tiene como propósito identificar la conducta de cumplimiento terapéutico que presentan los pacientes que viven con hipertensión arterial atendidos en un Hospital Comunitario del Estado de Zacatecas, con el fin de contribuir en futuras intervenciones de enfermería que coadyuven en la toma de decisiones clínicas asertivas.

MÉTODO

El diseño que se utilizó fue de tipo descriptivo, prospectivo y observacional (Polit y Beck 2018), se describió la conducta de cumplimiento en pacientes con hipertensión arterial, la población de estudio fueron los pacientes que acuden a su control en el programa de enfermedades crónico- degenerativos en el Hospital Comunitario Ojocaliente, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia en un lapso de tiempo del 23 de mayo al 14 de junio del 2023, la muestra se conformó por 127 pacientes encuestados en este periodo de tiempo.

Para la medición en el presente estudio se utilizó el Resultado Conducta de cumplimiento perteneciente a la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Dominio IV: Conducta y conocimiento en salud, Clase Q: Conducta de salud (6ta edición 2019).

En un primer momento se determinaron las características sociodemográficas a través de una Cédula de Datos Personales en la cual se indagó acerca de su edad, ocupación, estado civil, escolaridad, lugar de procedencia, así como el peso, la talla e IMC.

Posterior a ello se procedió a aplicar el instrumento de conducta de cumplimiento, en el cual se abordaron

preguntas como que evalúan la aceptación del diagnóstico que padece, la búsqueda de información sobre su padecimiento, la realización del régimen terapéutico prescrito, la conservación de las citas de seguimiento, la expresión de los cambios de síntomas, así como el control de los efectos terapéuticos. Además, se abordaron las actividades de la vida diaria y la búsqueda externa de conductas sanitarias.

El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987). Artículo 14, fracción V, VI y VII; los Artículos 20 y 36 fracción III (LGS) se solicitó el consentimiento informado de los participantes misma que se evidencia a través de su firma antes de la aplicación de los instrumentos, y se les otorgó la libertad de participar o desistir en el momento que así lo decidieran sin que por ello se afectara la atención solicitada.

Se le garantizó la respuesta a cualquier pregunta y/o aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, así como la seguridad de que no se identificará al participante respetando el

anonimato al omitir en el instrumento su nombre y apellidos, (Artículo 13 y 16) y se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, así como lo establece Artículo 21 fracciones VI, VII y VIII y Artículo 58 fracciones I y II.

Los datos se procesaron a través del paquete estadístico SPSS versión 25

RESULTADOS

El promedio de edad de los pacientes fue de 58.9 años, con un peso de 76.552 y una talla de 1.59 e IMC de 30.4. Además, la media de presión sistólica fue 147 mm Hg y diastólica 82 mm Hg.

Continuando con los datos sociodemográficos, la mayoría eran mujeres, con estado civil casados, se dedicada al hogar, cabe destacar que la mayoría contaba con escolaridad de primaria.

Respecto a la evaluación de la conducta de cumplimiento, en lo que se refiere a la aceptación del diagnóstico que padecen los pacientes respondieron aceptarla en un 88.2%, no obstante, nunca

para Windows. Para caracterizar a la población se utilizaron pruebas de tendencia central como la media, mediana y medidas de dispersión como la desviación estándar y para dar respuesta a los objetivos planteados, se utilizaron frecuencias y proporciones.

buscan información acreditada sobre su diagnóstico (70.1%) y dicen realizar siempre el régimen terapéutico prescrito 67.7%.

Los pacientes refirieron conservar su cita en un 79.6%, además que mencionar expresar siempre los síntomas y dicen tener un control de los efectos terapéuticos en un 72.5% y 61.4% respectivamente.

Finalmente, la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial describen que a veces realizan actividades diarias según la prescripción médica (44.1%), y el 66.1% expresan que nunca buscar ayuda externa para realizar su conducta sanitaria.

Tabla 1

Conducta de cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial

	<i>Nunca demostrad</i>		<i>A veces Demostrado</i>		<i>Siempre demostrado</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
¿Acepta el diagnóstico que padece?	3	2.4	12	9.4	112	88.2
¿Busca información acreditada sobre su diagnóstico?	89	70.1	25	19.7	13	10.2
¿Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito?	2	1.6	39	30.7	86	67.7
¿Conserva la cita con un profesional de la salud?	3	2.4	23	18.1	102	79.6
¿Expresa los cambios de síntomas con el profesional de salud?	8	6.3	27	21.3	92	72.5
¿Controla los efectos terapéuticos de la medicación?	7	5.5	42	33.1	78	61.4
¿Realiza actividades diarias según la prescripción?	51	40.2	56	44.1	20	15.8
¿Busca ayuda externa para realizar la conducta sanitaria?	84	66.1	26	20.5	17	13.4

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje

DISCUSION

La presente investigación permitió describir la conducta de cumplimiento terapéutico de los pacientes con hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital Comunitario Ojocaliente.

Dentro de los resultados de las características sociodemográficas se debe considerar la edad promedio de 58.9 años y el peso de 76.552, talla de 1.59 obteniendo un IMC promedio de 30.4,

misma que según la tabla de evaluación del estado nutricional según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), el valor de IMC igual o superior a 30 corresponde a un estado de Obesidad, lo cual es preocupante por las complicaciones cardiovasculares que llegaran a presentarse aunados a la patología ya presente. Cabe mencionar que entre las causas de esta obesidad se

encuentran el aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y el descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria.

Para dar cumplimiento al objetivo general de describir la conducta de cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial atendidos en este hospital, es importante mencionar que respecto a la aceptación del diagnóstico que padecen los pacientes respondieron aceptar la enfermedad en un 88.2%, éste dato de concientización del paciente es de suma importancia para el personal de salud debido a que según la NOM-030-SSA2, 2009, se deben establecer metas del tratamiento claras, mantener la comunicación con el paciente y estimular el tratamiento conductual.

No obstante, y pese a la aceptación de la enfermedad, nunca buscan información acreditada sobre su diagnóstico, por lo tanto, se infiere que al no buscar información repercute en su autocuidado. En este mismo contexto y en contraste Maldonado et al (2022) refiere que el 75.2% de sus pacientes encuestados refirieron tener niveles de conocimientos altos en hipertensión arterial sin embargo el 83.1% tenían la capacidad de

autocuidado baja. Es aquí donde el profesional de la salud requiere redoblar esfuerzos y fortalecer la educación del paciente mediante la implementación de información impresa como trípticos, folletos ilustrativos y/o la implementación de algunas tecnologías virtuales, donde se amplió el conocimiento acerca de su enfermedad y pueda lograr el manejo conductual, de esta manera se tendrá la capacidad de autocuidado y se evitará el deterioro físico y la exposición a riesgos propios de la enfermedad.

Por otro lado, 67.7%, de los pacientes encuestados dicen que siempre realizan el régimen terapéutico prescrito, sin embargo, éstos datos contrastan con las cifras de presión que ellos mismos manejaron en su última cita y que en promedio de presión sistólica es de 147 mm Hg y diastólica 82 mm Hg y nuevamente se hace mención del IMC promedio de 30.4 correspondiente a un estado de Obesidad clase I, aquí se denota que es subjetivo el considerar que siempre realizan el régimen terapéutico, la NOM-030-SSA2, 2009 refiere que para el control de la hipertensión arterial se requiere de la modificación de los factores de riesgo y en su caso una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico.

Dentro de la conducta de cumplimiento se describe también la conservación de la cita en un 79.6%, sin embargo, se debe poner énfasis en el resto 20.4% que contestaron a veces y nunca conservarla, es por ello que es fundamental la incorporación de la familia en el acompañamiento a pacientes con enfermedades crónico degenerativas no solo en el apoyo para el cumplimiento de la cita establecida sino en el cambio de estilo de vida saludable Puga et al (2022) refieren que no se puede lograr modificaciones en el estilo de vida de los pacientes sin la participación de la familia.

Respecto a la expresión de los síntomas hacia el personal de salud los pacientes refirieron que siempre lo hacen y que además tienen control de los efectos terapéuticos en un 72.5% y 61.4% respectivamente, dichos resultados son importantes para la comunicación efectiva como parte de los indicadores de calidad.

Aunado a lo anterior, se describe que la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial refiere que a veces realiza actividades diarias según la prescripción médica (44.1%), es importante referir que según Pérez et al (2022) el desconocimiento de un balance dietético y la no actividad física pueden

traer consecuencias para los pacientes basados en trastornos endócrino-metabólicos que sean prevenibles además Cruz y Martínez (2019) refieren que el 88.3% de sus pacientes encuestados no tienen como principal concepto el autocuidado.

Finalmente es importante reflexionar acerca de que la mayoría de los pacientes encuestados (66.1%) expresaron nunca buscar ayuda externa para realizar su conducta sanitaria, esto debe tomar relevancia dado que tanto la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2, 2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, la Guía de Práctica Clínica (GPC) Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el primer nivel de atención (2014) y la GPC Intervenciones de enfermería para la atención integral del paciente adulto con hipertensión arterial (2015) emiten recomendaciones acerca del fortalecimiento de las medidas no farmacológicas por su importancia en la reducción de cifras tensionales. En dichas medidas se encuentra la reducción y mantenimiento del peso, actividad física regular, dieta con alto consumo de vegetales y frutas, dieta baja en grasas,

restricción de sal y el consumo moderado de alcohol y fomentar la participación en grupos de ayuda mutua.

CONCLUSION

La conducta de cumplimiento terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Comunitario tiene connotaciones positivas como son: aceptar su diagnóstico de la enfermedad que padecen, realizar siempre el régimen terapéutico según lo prescrito por el médico y conservan la cita, además, expresan los cambios de síntomas a los profesionales de la salud, así mismo, controlan los efectos terapéuticos de la medicación, éstos indicadores deben mantenerse y fortalecerse por parte del profesional de enfermería. Sin embargo, se identifica en este grupo vulnerable áreas de oportunidad que implican el desarrollo

de intervenciones de enfermería debido a que nunca buscan más información acreditada sobre su diagnóstico, nunca realizan actividades de la vida diaria según la prescripción médica y tampoco buscan ayuda externa para realizar la conducta sanitaria. Vincular la medición de resultados NOC e implementar intervenciones no solo hace posible demostrar la efectividad de los cuidados, sino que también se puede medir su calidad, de esa manera se contribuye a la mejora de la cultura de calidad en la práctica clínica y se promueve la enfermería basada en evidencia

REFERENCIAS

- Barreto Zúñiga, W. W., Quilumba Sánchez , C. G., & Alarcón Parrales , P. S. (2023). Taxonomías nic y noc en el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo ii. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 4076-4104.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6465
- Boletín epidemiológico de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica, Zacatecas (2022)

https://saludzac.gob.mx/home/docs/Salud_Publica/Epidemiologia/BOLETIN%202022/Boletin%20Temario/BOLETIN%20SEED%202022.pdf

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General y Secretaría de Servicios Parlamentarios. (2023). Ley General de Salud. México: Autor: Última reforma publicada DOF 24-03-2023
<https://www.diputados.gob.mx/Le>

- [yesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf](#)
- Cruz M, A., y Martínez O. S. (2019) Conocimiento y práctica en el autocuidado de pacientes hipertensos. Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. *SALUD Y VIDA* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097525>
- Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención (2014) Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica:IMSS-076-08 <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/076GRR.pdf>
- Diaztagle J.J., Canal F.J. y Castañeda G. J. (2022) Hipertensión y riesgo cardiovascular Repertorio de Medicina y Cirugía; 31 (3): 230-241 <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1160/2213>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2022) Resultados Nacionales *Instituto Nacional de Salud Pública* <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutnl2022/informes.php>
- Herrera-Molina, A. S., Mendoza, G., Machado-Herrera, P. M., y Mera-Herrera, V. del R. (2022). El autocuidado del adulto hipertenso desde la perspectiva intercultural de las acciones de enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(2), 1306-1314. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.1954
- [Instituto Nacional de Estadística y Geografía \(INEGI\) \(2023\) Resumen México en Cifras](#)
- www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=07000032#collapse-Resumen
- Intervenciones de enfermería para la atención integral del paciente adulto con hipertensión arterial (2015) Guía de Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-739-15 <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/739GER.pdf>
- López-Morales AB. y Barrera-Cruz A. (2016) Enfermería basada en la evidencia y su aplicación en el plan de cuidados de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 24 (3): 161-2 <https://www.medigraphic.com/pdf/s/enfermeriaimss/eim-2016/eim163a.pdf>
- Maldonado Muniz, G., Olguin-Cruz, Y., & Trejo-García, C. A. (2022). Nivel de conocimientos del tratamiento hipertensivo del adulto mayor con hipertensión de un centro de salud del estado de Hidalgo, México. *Boletín Científico INVESTIGIUM De La Escuela Superior De Tizayuca*, 8(Especial), 64-66 <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/investigium/article/view/9909>
- Martinez S. CJ., Guillen V. M., Quintana C. N., Cajilema C. BX., Carche O. LP y Inga G. KL. (2018). Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara. *Revista Ciencia, Tecnología e Innovación: Vol 16* (17) 991-1000 http://www.scielo.org/bo/pdf/rcti/v16n17/v16n17_a04.pdf
- Mejía N.A., Mejía N. JC y Tenorio C.S. (2019) Utilidad de la determinación de anticuerpos en el diagnóstico de las enfermedades

- reumáticas. *Revista Cubana de Reumatología* Vol. 21 (2) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-59962019000200012&lng=es
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E. (2018) Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición e Resultados en Salud, 6ª. Ed. Editorial Elsevier, Barcelona, España.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642
- Organización Mundial de la Salud (2023) Obesidad y Sobrepeso <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pérez-Rodríguez L, Utrera-Díaz G, Rodríguez-Martínez L. (2022) Caracterización de estilos de vida en pacientes hipertensos del consultorio 7 área IV. Cienfuegos, *Medisur [revista en Internet]* :20(6) <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5509>
- Polit, D.F. y Beck, C.T. (2018). Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería. (9ª ed). España: Wolters Kluwer.
- Puga-Garfias, LV., Mejía-Rodríguez O., Kanán-Cedeño EG, Caballero-Díaz P., Medellín-Fontes M.M y Rodríguez-Orozco A.R (2019) Psicoterapia familiar en pacientes con hipertensión no controlada. Estudio preliminar *Arch Cardiol Mex.* 2021;91(4) <https://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v91n4/1405-9940-acm-91-4-396.pdf>
- Secretaría de Salud (2021) Dirección General de Epidemiología: Panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México, Cierre 2021 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/745354/PanoEpi_ENT_Cierre2021.pdf
- Torres-Gómez D., Zurita-Barrón M.A., Vicente-Ruiz M.A y Hernández-Vicente I.A (2021) Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. *Rev Horizonte Sanitario* Vol. 20 (3) www.scielo.org.mx/pdf/hs/v20n3/2007-7459-hs-20-03-315.pdf

PREVALENCIA DE LACTANCIA EN MADRES TRABAJADORAS QUE ACUDEN AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Prevalence of breastfeeding in working mothers attending the first level of care

Zorrilla- Martínez, Laura Berenice¹, Flores-Romo Ana Gabriela¹, Araujo Espino, Roxana¹ y Reveles Caldera Eduardo

Financiamiento: ninguno

Conflicto de intereses: ninguno

Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas¹

lauber2000@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: la lactancia materna constituye el pilar de la alimentación en el recién nacido y contribuye al vínculo de la diada madre e hijo. **Objetivo:** identificar la prevalencia de lactancia materna y factores sociodemográficos en mujeres trabajadoras que acuden al primer nivel de atención. **Metodología:** estudio descriptivo, transversal, muestreo a conveniencia (403 madres trabajadoras), se consideraron los lineamientos establecidos en el Reglamento para la Ley General de Salud en Materia de Investigación. **Resultados:** las madres tuvieron una edad de 26 a 35 años, escolaridad licenciatura (61.8%), promedio de 2 hijos, 70.8% tuvo cesárea, 89.1% recibió información sobre lactancia, 98.3% asistió a control prenatal, 54.3% de los recién nacidos fueron femeninos; a término (80.1%), peso $x = 3.057$ kg, talla $x = 49.3$ cm, perímetro cefálico $x = 39.15$ cm y $x = 5.6$ días de vida extrauterina, se presentó lactancia materna exclusiva en un 53.3%, mixta un 42.4% y fórmula un 2.2%. **Conclusiones:** los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la necesidad de: capacitación para la creación de bancos de leche materna en casa, espacios dignos, privados y cómodos para la extracción de leche en el trabajo y promover la licencia de maternidad para continuar con la lactancia.

Palabras clave: Prevalencia; Lactancia; Madres trabajadoras

ABSTRACT

Introduction: breastfeeding is the mainstay of newborn feeding and contributes to the bonding of the mother-infant dyad. **Objective:** to identify the prevalence of breastfeeding and socio-demographic factors in working women attending the first level of care. **Methodology:** descriptive, cross-sectional, convenience sampling study (403 working mothers), taking into account the guidelines established in the Regulations for the General Health Law on Research. **Results:** mothers were aged between 26 and 35 years, with a bachelor's degree (61.8%), an average of 2 children, 70.8% had caesarean section, 89.1% received information on breastfeeding, 98.3% attended prenatal care, 54.3% of the newborns were female. 3% of the newborns were female; at term (80.1%), weight $x = 3.057$ kg, height $x = 49.3$ cm, head circumference $x = 39.15$ cm and $x = 5.6$ days of extrauterine life, 53.3% were exclusively breastfed, 42.4% were mixed and 2.2% were formula fed. **Conclusions:** the results of this study highlight the need for: training for the creation of breast milk banks at home, decent, private and comfortable spaces for expressing milk at work and promoting maternity leave to continue breastfeeding..

Keywords: Prevalence; Breastfeeding; Working mothers.

Recepción:01-10-2023

Aceptación:14-11-2023

1

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna se considera una estrategia esencial para el primer nivel de atención en salud: promoción, prevención y educación; funciones que son fomentadas por el personal de enfermería el cual además tiene sus funciones docentes y asistenciales enfocadas en la capacitación y orientación las madres sobre la importancia de la lactancia materna para la diada madre -hijo. La Organización Mundial de la Salud (1) recomienda que el lactante sea alimentado con lactancia materna exclusiva desde la primera hora de su nacimiento y hasta los 6 meses de edad, cuando él bebe inicia con la ablactación (alimentación complementaria) y se puede continuar de manera segura con la lactancia materna hasta los 2 años o más si madre e hijo así lo desean (2) La OMS fijo como meta que para el año 2025 que el 50% de los lactantes pudieran ser alimentados por lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de su vida, sin embargo, en México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (3) menciona que solo el 28.4% de las mujeres alguna vez amamantaron ,y solo el tercio mencionó

seguir lactancia materna exclusiva después de los 6 meses de vida del bebe.

“La hora de oro” denominada así por la recomendación de la OMS recomienda que el lactante debe ser amamantando desde la primera hora de su vida; en México “la hora de oro” está lejos de ser alcanzada pues según la ENSANUT (2018) menos del 50% de los lactantes empiezan a alimentarse en la primera hora de vida, dicha hora de oro se encuentra incentivada por la OMS desde hace más de 25 años. A nivel internacional la lactancia materna se mantienen en un 58.3% en países como Bolivia, en un 46.7% en El Salvador y en un 53.2% en Guatemala según UNICEF (4) , en México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (3) menciona que la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses predomino en un 22% en el área rural y se continuó en un 29% con la lactación hasta los 2 años en el área rural, entre los motivos para no amamantar destacan los relacionados a una mala técnica o desinformación sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva para la madre y el hijo.

Otra de las problemáticas detectadas fue un trastorno relacionado estrechamente a la alimentación denominado anemia, se detectó que el 48.2% del población preescolar en México la padece, ya que solo la mitad de los niños de 6 a 11 meses consumieron alimentos ricos en hierro como parte de la alimentación complementaria , y el problema se incrementa en las zonas rurales aunado a la disminución de lactancia materna a partir de los 6 meses de edad, de ahí la importancia de promover en las madres la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y continuarla después de la alimentación complementaria del lactante así como incentivar la hora de oro en las mujeres que recientemente acaban de presentar un parto o cesárea. el acceso igualitario a los servicios de salud en México pone de manifiesto la necesidad de fomentar la lactancia materna exclusiva pues constituye una piedra angular de supervivencia y salud infantiles porque proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño. Además, funciona como primera inmunización del lactante, pues lo protege frente a infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y

otras dolencias potencialmente mortales. La lactancia materna exclusiva también ejerce un efecto protector contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida (5)

A nivel internacional se ha comprobado que el aumento en la práctica de la lactancia materna puede impedir que cada año mueran aproximadamente 823,000 infantes y 20,000 muertes maternas por cáncer de mamá, además de los beneficios de la lactancia materna como son: menor número de infecciones, aumento de la inteligencia, la probable protección contra el sobrepeso y diabetes, Incentivar la práctica de lactancia materna puede salvar más de 820, 000 vidas por año, porque la lactancia materna protege contra las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias. La lactancia materna también disminuye los riesgos de cáncer de mama y de ovario en las mujeres que amamantan(Instituto Nacional de Salud Pública (3). Las tasas de lactancia materna exclusiva tienen a aumentar cuando existen marcos y normas políticos y reglamentarios eficaces y cuando se aplican políticas integrales a gran escala países como Sri Lanka, Camboya y

Malawi han experimentado incrementos especialmente notables en las tasas de lactancia natural exclusiva. En el año 2000, solo el 11% de los lactantes camboyanos de 0 a 6 meses de edad recibían lactancia materna exclusiva. Este porcentaje aumentó hasta el 60% en 2005 y el 74% en 2010.

En Camboya, el 89% de los partos tienen lugar en casa, y es poco frecuente que las mujeres reciban atención prenatal y posnatal. La estrategia de Camboya para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva abarcó los siguientes elementos: identificar la lactancia materna como máxima prioridad entre las intervenciones destinadas a incrementar la supervivencia infantil en ese país; coordinar las estrategias de los asociados para incluir la promoción de la lactancia materna en todas las iniciativas y servicios para lactantes y niños pequeños; dictar un sub decreto sobre la promoción de productos para lactantes y niños pequeños, con las correspondientes campañas de difusión; lanzar una «iniciativa de comunidades amigas del niño» que implicó tanto la acreditación de acuerdo con la iniciativa de hospitales amigos del niño como la creación de grupos de apoyo a las madres

para visitas domiciliarias y el asesoramiento y apoyo a las mujeres lactantes en las aldeas; aplicar una estrategia de comunicación que incorporó mensajes sobre la lactancia materna a programas populares de radio y televisión y formó a los periodistas en relación con mensajes clave sobre la lactancia materna, junto con campañas de promoción de ámbito nacional con funcionarios de alto rango (6).

En México entre 1.1 y 3.8 millones de casos anuales reportados de enfermedades respiratorias agudas superiores e inferiores, otitis media y enfermedades gastrointestinales, y entre 933 y 5796 muertes en niños menores de 1 año de edad se atribuyen a prácticas de lactancia inadecuadas. Esta enorme carga representa 27% de la carga anual total de dichas enfermedades, y aunque significan una altísima carga por enfermedad y muerte en México, tales cifras son una cuenta incompleta. En estos cálculos no están considerados los costos de enfermedades no registradas por el sistema de vigilancia epidemiológica en México, ni los gastos por enfermedades crónicas para las cuales la lactancia materna protege al niño, como dermatitis atópica, leucemia, diabetes

tipos 1 y 2. Tampoco están costeados los ahorros debidos a los efectos benéficos de la lactancia materna en la salud materna contra el cáncer de mama, de ovario, diabetes tipo 2 o depresión posparto. (5 y 6) Además se cuenta con la estrategia nacional de Lactancia Materna (ENLM) en cinco objetivos específicos, entre los que se encuentra el trabajo coordinado interinstitucional, para desarrollar las acciones, la medición y evaluación de indicadores y para el seguimiento de los resultados; el fortalecimiento de las capacidades institucionales, que contempla los beneficios de la lactancia materna, no sólo para aquellos recién nacidos en hospitales amigos del niño y la niña, sino que también, fortalecer las capacidades que permitan otorgar estos beneficios y reducir los riesgos de enfermedad y muerte de aquellas/os que nacen más vulnerables, como son las niñas y niños prematuros y/o de bajo peso, para quienes se ha considerado el funcionamiento en red de bancos de leche humana, que permitan alimentarlos con leche humana pasteurizada y el fomento de la técnica canguro que favorezca una pronta recuperación además de mejorar su estado de nutrición; el apoyo a las mujeres

que trabajan fuera de casa, para continuar la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses y hasta los dos años, aun cuando regresan a trabajar, impulsando la creación de salas de lactancia o lactarios institucionales y empresariales; así como la protección y promoción de la lactancia en las unidades de primer nivel de atención, haciendo énfasis en aquellas unidades de salud con menor índice de desarrollo humano que contempla la Cruzada Nacional contra el Hambre (7)

La NOM 007-SSA-2016 6 especifica: “Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan” lo cual contribuye a menor riesgo de mortalidad neonatal, menor riesgo de hemorragia materna y mejora del vínculo madre hijo, el Instituto Nacional de Salud Pública 3 y 7 reporta que el porcentaje de niños que fueron lactados en la primera hora después de nacer en México fue de 57% en hospital público, 38% en hospital privado, según el tipo de parto fue de un 63% en parto vaginal, 38% en cesárea, y por región la zona centro obtuvo un 73% mientras que la región noreste un 61% , la

lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses fue que un 26% no inicio temprano y un 35% mostro un inicio temprano, y dentro de los bebes no lactados un 14% no inicio temprano y un 22% inicio temprano, además La práctica de la cesárea en México supera los límites recomendados por la Organización Mundial de la Salud (10 a 15% del total de nacimientos). El aumento registrado de la cesárea no ha reportado ningún beneficio global para bebés o madres, pero sí se vincula con una mayor morbi-mortalidad para ambos cuando no existe una justificación médica para realizar la intervención. Una alta prevalencia de cesáreas aumenta la probabilidad de enfrentar problemas relacionados con la práctica de la lactancia materna, en especial de la lactancia materna exclusiva (LME).

Otro aspecto a destacar en México es que durante el año 2020 el 40% de los nacidos vivos nacieron por cesárea. La prevalencia de lactancia exclusiva en mujeres que tuvieron parto por cesárea (21.9%) fue considerablemente más baja que en aquellas que tuvieron parto vaginal (35.6%). La prevalencia de niños y niñas menores de seis meses que no fueron

amamantados es mayor en las madres que reportaron cesárea y el doble al compararla con aquellas madres que reportaron parto vaginal (25% vs. 13.7%). Casi la mitad de los recién nacidos por cesárea recibieron alimentos pre lácteos en los primeros días después de nacer, frente a un 26% de aquellos que nacieron por parto vaginal (Encuesta Nacional de Niños, Niñas Y mujeres ENIM, 2018).

En Zacatecas se reporta que el 43% de las madres con un bebé recién nacido abandona la lactancia materna o se vuelve la lactancia materna mixta antes de los 6 meses de edad, lo que se traduce en una situación en la que se presentan más tempranamente las infecciones en los niños, así como la desnutrición, obesidad y la diabetes. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (8). Además, en un estudio realizado en mujeres zacatecas sobre incidencia de abandono de LME reporta (9) que las incidencias del abandono de LME y las clasifica por diferentes factores sociales y /o culturales. Las principales barreras encontradas fueron: 1) Individuales: falta de confianza y capacidad para nutrir a su bebé, enfermedad de la madre, malestares y requerimientos asociados a la LM y el

trabajo fuera del Hogar, 2) Interpersonales: recomendaciones inadecuadas sobre el cuidado, destete, prácticas de ablactación y remedios de malestares por familiares, pareja y proveedores de salud, 3) Institucionales: recomendaciones inadecuadas e inefectiva en los servicios de salud, 4) Comunitarias: de norma social, por ejemplo, aceptación a la fórmula antes de los 6 meses y como reflejo de solvencia económica, 5) De políticas: falta de apoyo del sistema de salud, incumplimiento del código de comercialización de sucedáneos de leche materna, mercadotecnia no regulada de bebidas azucaradas dirigida a niños y políticas laborales que no favorecen la lactancia. El rango de edad predominante en las mujeres lactantes fue de 21-30 años. Se demostró que entre mayor grado de estudios es mayor el porcentaje de práctica de LME.

Por lo antes descrito La situación actual de las prácticas de lactancia en México, indica que se requiere asegurar la implementación de una estrategia coordinada para promover, proteger y apoyar la lactancia materna: promover la adherencia estricta a la normatividad vigente y el empleo de estrategias basadas

en evidencia para la promoción de las prácticas de lactancia, capacitar continuamente al personal de servicios de salud sobre la importancia de las prácticas adecuadas de lactancia materna y la necesidad de apoyar a las mujeres y sus familias para resolver problemas comunes relacionados con ella. impulsar y reforzar acciones, como la iniciativa hospital amigo de la madre y el niño y el cumplimiento del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, promover el manejo adecuado de la práctica de cesárea, disminuyendo su prevalencia en los casos que no la requieran. redoblar esfuerzos en los grupos con prácticas de lactancia inadecuada: niños y niñas nacidos de madres adolescentes, nacidos por cesárea y nacidos en hospitales privados, respetar los derechos laborales que favorecen la lactancia en madres trabajadoras tales como espacios dignos, privados y cómodos para la extracción de leche y promover la extensión de los periodos de licencia de maternidad

La lactancia materna ofrece a todos los niños el mejor comienzo posible en la vida, ya que aporta beneficios de salud, nutricionales y emocionales tanto a los

niños como a las madres. Y forma parte de un sistema alimentario sostenible. Ahora bien, pese a que la lactancia materna es un proceso natural, no siempre es fácil. Las madres necesitan apoyo tanto para iniciar la lactancia como para mantenerla. Los servicios de asesoramiento cualificado pueden velar por que las madres y las familias reciban ese apoyo, además de la información, los consejos y la confianza que necesitan para alimentar a sus bebés de forma óptima. El asesoramiento sobre lactancia materna puede ayudar a las madres a sentirse más seguras, sin dejar de respetar sus circunstancias y decisiones personales. Puede empoderar a las mujeres para superar dificultades y evitar prácticas alimentarias y de atención que puedan perturbar un amamantamiento óptimo, como ofrecer a los lactantes y los niños pequeños líquidos, alimentos y sucedáneos de la leche materna innecesarios (10)

La leche materna es el alimento natural e idóneo para niñas y niños desde su nacimiento y hasta los 2 años de edad (10); contiene todos los nutrientes que necesitan para un sano desarrollo. Proporciona los anticuerpos contra infecciones gastrointestinales y respiratorias agudas

(diarrea, gastroenteritis, meningitis, neumonía, bronquitis y otitis, entre otras), disminuyendo la morbilidad y mortalidad infantiles. Niñas y niños que se alimentan con leche materna tienen menos probabilidad de sufrir sobrepeso, obesidad, diabetes tipo 2, alergias, colitis ulcerosa, arterioesclerosis e infartos en la adolescencia y edad adulta. Coadyuva con el desarrollo intelectual y la visión. Favorece la formación del vínculo entre madre e hijo o hija, y con ello su desarrollo cognitivo y emocional. Los bebés alimentados con leche materna presentan menor incidencia de caries y malformaciones dentales 11 así como la disminución del riesgo de padecer cáncer de mamá o cérvico uterino. Evita que padezcan anemia, depresión o hipertensión posparto. Protege contra la osteoporosis. Contribuye a espaciar los embarazos, ya que prolonga la suspensión de la ovulación después del parto. Favorece la contracción uterina después del parto, previniendo las hemorragias y otras infecciones. Ayuda a la madre a regresar más rápido a su peso previo al embarazo. Genera un importante ahorro económico para las familias, pues se evita la compra de fórmulas lácteas y los gastos de atención médica frecuente

derivada de las enfermedades que pueden presentar niñas y niños que no reciben los anticuerpos naturales de la leche materna.

En la Región de las Américas, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses es de 32.3% (intervalo de confianza [IC] 95%: sin datos). Esto significa que dos de cada tres bebés menores de seis meses no fueron amamantados exclusivamente como se recomienda. Según los últimos datos disponibles, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en lactantes menores de seis meses varía entre los países de las Américas desde el 3.5% más bajo (IC 95%: 0,7-15,1) en Santa Lucía, 2012 hasta el 65.3% más alto (IC 95%: 62.1-68.4) en Perú, 2019. Los países de las Américas con menor prevalencia de lactancia materna exclusiva son Santa Lucía (3.5% [IC 95%: 0.7-15.1]), República Dominicana (4.6% [IC 95%: 3,5-6.4]), Venezuela (7,1% [IC 95%: sin datos]) y Surinam (8.9% [IC 95%: 5.7-13,7]) (11)

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal (13), en la presente investigación se describió la prevalencia

México registra avances positivos en el fomento de la lactancia materna. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud muestran que la lactancia materna exclusiva (LME) durante los 6 primeros meses de vida pasó de 14.4% en 2012 a 28.6% en 2018; asimismo, la lactancia hasta los 2 años de edad se incrementó de 23.8% a 34.4%. No obstante, aún prevalecen las diferencias entre las zonas rurales y urbanas, pues en las primeras el porcentaje de LME es de 37.4% mientras que en las segundas es de 25.2%. (12) En nuestro país se implementó la Estrategia Nacional de Lactancia Materna cuyo objetivo fue incrementar el número de niñas y niños que son alimentados con leche materna desde su nacimiento y fortalecer las competencias institucionales para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. México. Por lo antes descrito la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la Prevalencia de lactancia materna en mujeres que acuden al primer nivel de atención en salud?.

de lactancia materna , se describieron variables sociodemográficas, se incluyó a 403 mujeres que acudieron a toma de

tamiz neonatal del recién nacido en una clínica del primer nivel de atención en salud en el estado de Zacatecas, México que acudieron de enero a mayo de 2023 y que aceptaron participar en el presente estudio con edades comprendidas entre 18 a 49 años, se utilizó un muestreo a disponibilidad (13) los criterios de inclusión fueron ser madre en periodo de puerperio ,tener más de 18 años y aceptar participar en el estudio, se excluyeron aquellas que no aceptaron participar o eran menores de 18 años, y se tomaron en cuenta los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki de 1975 (14) y la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (15) ya que se solicitó consentimiento informado a las participantes, se explicó los objetivos del estudio, beneficios, riesgos y se recalzó que si decidían no participar no se tendría implicación en su atención en la institución.

Se utilizó un cuestionario elaborado por los autores del estudio denominado prevalencia de lactancia materna y una cédula de datos sociodemográficos elaborada por los autores del estudio; el cuestionario de prevalencia de lactancia materna consta de 2 apartados datos de la

madre y datos del recién nacido ,en el apartado de datos de la madre se preguntó sobre: edad materna, estado civil ,escolaridad, ocupación, instituciones de acceso a la salud (tabla 1) datos maternos como: número de gesta, padecimientos de la madre, resolución del embarazo, recibió información lactancia materna, tuvo control prenatal, en los datos del recién nacido (tabla 2):se indago: sexo, semanas de gestación, si recibió transfusiones, presencia de malformaciones, estuvo en cuidados intensivos, si estuvo en cuidados intensivos cuanto tiempo permaneció hospitalizado, lugar de nacimiento y somatometría como peso, talla, perímetro cefálico días de vida extrauterina (tabla 3) además se preguntó el tipo de alimentación del recién nacido (figura 1), Se realizó con el programa estadístico SPSS (versión 23), las variables sociodemográficas fueron analizadas por medio de estadísticas descriptiva, se utilizaron proporciones para las variables dicotómicas y media y desviación estándar para las variables continuas.

Consideraciones éticas

se tomó en cuenta los criterios establecidos en la Ley General de Investigación para la salud ⁽¹⁵⁾, la

declaración de Helsinki de 1975 ⁽¹⁴⁾ y los principios bioéticos: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, se entregó consentimiento informado y se

obtuvo el dictamen favorable del comité de ética en investigación con número de registro CEI-UAMHyCS-02-2023

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 403 madres puérperas y sus recién nacidos con los siguientes resultados: La media de la edad materna fue de 31.8 años (DE=5.347), referente a los factores sociodemográficos, estado civil el 89% fueron casadas y el 11% solteras, escolaridad licenciatura (61.8%), 67% tenían trabajo remunerado y el 69.7% eran derechohabientes del ISSSTE, como se observa en la Tabla 1.

El 38.2% tenía 2 hijos, el 86.1% no tenía ningún padecimiento y el 31% manifestó padecer hipotiroidismo, el 38.7% reportó cesárea de urgencia y el 29.5% parto eutócico, 89.1% recibió información de lactancia materna antes del parto y el 98.3% manifestó llevar a cabo control prenatal véase tabla 2.

De acuerdo a la tabla 3 el 54.3% de los recién nacidos fueron mujeres, a término de 37 a 41 semanas el 80.1%, el 98.8% no

recibió transfusiones y no estuvo en cuidados intensivos, de los 15 recién nacidos que estuvieron en cuidados intensivos el 64% permaneció menos de 1 semana, seguido de 28.8% quienes estuvieron 1 semana a 1 mes y el lugar de nacimiento de la mayoría de recién nacidos fue en zacatecas capital con un 74.9%

En cuanto a la somatometría de los recién nacidos se identifica en la tabla 4: el peso promedio fue de 3,057.43 (DE= 461.57), talla 49.39 (DE=3.14). perímetro cefálico 34.15 (DE= 2.11) y días de vida extrauterina de 5.69 (DE=3.04). Como se observa en la figura 1: el tipo de alimentación del recién nacido fue de lactancia materna exclusiva en un 53.3%, seguido de mixta en un 42.4% y fórmula en un 2.2 %

Figura 1
Tipos de alimentación del recién nacido, hijo de madre trabajadora



Fuente: Cuestionario de lactancia materna (CLM) elaboración propia., f= frecuencia %=porcentaje n=403

DISCUSION

El fomento de la lactancia materna exclusiva constituye una acción primordial en el primer nivel de atención en salud en México, el 54.4% de los recién nacidos son amamantados a partir de la primera hora de vida lo cual coincide con lo reportado en el presente estudio (53.3%) los programas hospital amigo de la madre han logrado incrementar las prevalencias de lactancia materna exclusiva (16) debido a la mayor información de los beneficios de la lactancia materna a la madre trabajadora, referente a datos sociodemográficos de la madre en cuanto a la edad y ser madre trabajadora los resultados coinciden con diversos estudios realizados en Iztacala, México (17), Ecuador (18) y difieren a lo reportado en países como Perú (19 y 20) y Colombia (21) donde se reportan prevalencias menores al 50% en madres trabajadoras, lo cual pudiera deberse a que en nuestro país se han llevado acciones encaminadas a promover la lactancia materna tales como la estrategia nacional de lactancia materna (16) donde se hace hincapié en los beneficios para la salud la economía de las familias y el menor uso de los servicios de salud al mantener una salud óptima de los infantes amamantados

,se han incluido lactarios en las diversas instituciones donde las madres laboran a fin de que se continúe al lactancia, las legislaciones públicas han tenido un papel importante en el incremento de la prevalencia de lactancia materna ya que la NOM 007-SSA-2016 (6) en el numeral 5.7 especifica: “En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna” lo cual se evidencia en el presente estudio ya que solo el 2.2% de las madres alimentaba a sus bebés con fórmula.

Otra característica de las madres a resaltar es si tuvieron o no capacitación sobre lactancia materna en el presente estudio el 98.3% recibió capacitación y acudió a control prenatal un 98.3% lo cual coincide a lo reportado en México (17), al estudio realizado en Tijuana (22) y difiere a lo reportado en Perú (19), en Colombia (21) y Perú (20) donde algunas de las madres encuestadas no acudieron control prenatal y no recibieron información de lactancia materna, contaban con escolaridad incompleta, lo cual pone de manifiesto la importancia de los talleres de capacitación otorgados por personal de enfermería y las

citas de control prenatal brindadas por las instituciones de salud donde se detallan aspectos relacionados a la lactancia materna exclusiva, dentro de las características de las madres entrevistadas se reporta un 70.5% de cesáreas (programadas de urgencia) lo cual no coincide con lo reportado en Tijuana (22) donde se reportan mayor número de partos vaginales, la madre al tener una cesárea puede incurrir en mayores molestias y dolor al momento de iniciar la hora de oro de la lactancia materna lo cual pudiera incidir en su abandono, dentro de los datos adicionales de la presente investigación el 7.7% de las entrevistadas mencionaron padecer hipotiroidismo no se encontró algún estudio que abordara los padecimientos previos de la madre para la lactancia materna pero si se hace hincapié en que la lactancia materna puede ayudar a la disminución de enfermedades como obesidad, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en el recién nacido(4)

La edad de las participantes en el estudio fue de 26 a 35 años lo cual coincide a lo reportado en Perú (19) y difiere a los estudios realizados en Colombia, Ecuador, Tijuana (18,21 y 22), donde las edades

tenían una media de 19 a 29 años, en el estudio de Perú (19) se refiere que a mayor edad mayor incremento de lactancia materna, también pudiera influir la planificación de los hijos que se quieren tener cuando ya la mujer cuenta con una estabilidad económica, familiar y social pudiendo acceder a servicios de salud donde la capacitación sobre lactancia materna es continua a lo largo del embarazo debido a que en estudios como en Colombia (18) y en Tijuana (22), así como en Ecuador (18) las participantes no trabajaban tenían edades menores y por lo tanto prevalencias de lactancia menores, cabe destacar que en el estudio realizado en madres trabajadoras en Iztacala México (17) se obtuvo una prevalencia del 50.7% similar a la presentada en el presente estudio lo cual pudiera deberse al apoyo que se da a las madres trabajadoras para que continúen la lactancia materna por medio de lactarios en su área de trabajo, elaboración de bancos de leche e incluso espacios donde se puedan sentir seguras a la hora de amamantar.

Referente a los datos del recién nacido no se encontraron estudios relacionados que abordaran la somatometría y si esta se encuentra relacionada o no a la lactancia

materna exclusiva ,se reporta sin embargo en el presente estudio que la mayoría de los recién nacidos fueron a término, sexo femenino, con un peso de 3.057 y una talla de 49 cm lo cual se clasifica como recién nacido sano ,acudieron a toma de tamiz neonatal entre el 5to y 6to día de vida extrauterina cuando ya tenían el tipo de alimentación establecida y es relevante mencionar que el 53.3% tenía lactancia materna exclusiva, el 42.4% mixta y solo el 2.2% fórmula, la prevalencia del tipo de alimentación mixta(lactancia materna y fórmula) del recién nacido casi similar a la lactancia materna exclusiva pudiera deberse a que la mayoría de las madres eran trabajadoras remuneradas y no podían contar con estrategias como realizar bancos de leche en casa a fin de no concluir de manera definitiva la lactancia y por medio de su red de apoyo(esposos, madres o familiares) continuar ofreciendo

leche materna a través de un biberón por lo que se optaba por ofrecer fórmula láctea cuando la madre aún no había llegado de trabajar y él bebe mostraba signos de hambre situación referida por las entrevistadas.

CONCLUSIONES

La prevalencia de lactancia materna en mujeres que acudieron al primer nivel de atención evidenciada en el presente estudio pone de manifiesto la necesidad de seguir implementando estrategias como : capacitación para la creación de bancos de leche materna en casa, el apego a la legislación por las instituciones donde las madres trabajan a fin de promover espacios dignos, privados y cómodos para la extracción de leche y promover la extensión de los periodos de licencia de maternidad para en medida de lo posible continuar con la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Mensaje con ocasión de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2023, México OMS; 2023 [citado el 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/31-07-2020-world-breastfeeding-week-2020-message>
- 2 Morales Lopez S, Colmenares Castaño M., Cruz Licea V., Iñarritu Pérez MC, Maya Rincón N., Vega Rodríguez A, et al . Recordemos lo importante que es la lactancia materna, Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [internet].2022 [citado el 23 de mayo 2023]; 65 (2): 9-25. Disponible en <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.2.02>
- 3 Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, México INSP; 2023 [citado el 29 de mayo de 2023]. Disponible en:

- https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut_2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- 4 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna 2020, México UNICEF; 2020 [citado el 29 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna#:~:text=Lactancia%20materna%20exclusiva&text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20\(OMS\)%20y%20UNICEF2,e1%20uso%20de%20f%C3%B3rmulas%20infantiles.](https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna#:~:text=Lactancia%20materna%20exclusiva&text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20(OMS)%20y%20UNICEF2,e1%20uso%20de%20f%C3%B3rmulas%20infantiles.)
 - 5 Secretaría de Salud. Iniciativa Hospital Amigo del niño y la niña y Unidad Amiga del niño y la niña 2023, México SS; 2023 [citado el 09 de mayo de 2023]. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/salud/ihan_uhan
 - 6 Secretaría de salud. Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2012 sobre Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación 2023, México SS; 2023 [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: ntranet.dif.cdmx.gob.mx/transparencia/new/art_121/1/_anexos/NOM-043-SSA2-2005_Servicios_Basicos_de_Salud.pdf
 - 7 Gobierno de México. Lactancia Materna, 2023, México GOB; 2022 [citado el 05 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/en/acciones-y-programas/lactancia-materna-cnegsr-12034#:~:text=Se%20recomienda%20la%20lactancia%20materna,pol%C3%ADtica%20nacional%20de%20alta%20prioridad.>
 - 8 Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018, México ENANID; 2018. citado el 08 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
 - 9 Galicia Rodríguez AG, Aguiñiga Saldívar LK, Herrera Gutiérrez SA, Castro Lugo MP, Acuña Ruiz A, Herrera Medrano AM. Incidencias del abandono de lactancia materna exclusiva en mujeres del hospital de la mujer Zacatecana, Contexto Odontológico [internet], 2022 [citado el 13 de mayo de 2023]; 10 (19) 30-40. Disponible en: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=yxjCtHQAAAAJ&citation_for_view=yxjCtHQAAAAJ:2osOgNQ5qMEC
 - 10 Organización Mundial de la Salud. programa general de trabajo 2019-2023, promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables 2023. México OMS; 2023 [citado el 29 de mayo de 2023]. Disponible en : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328843/WHO-PRP-18.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 - 11 Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna y alimentación complementaria 2023. México OPS; 2023 [citado el 09 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
 - 12 Comisión Nacional de Derechos Humanos. Lactancia Materna: un derecho humano 2023. consultado el 03 de marzo de 2023. México CNDH; 2023 [citado el 03 de mayo de 2023]. Disponible en : https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-02/Trip_Lactancia_Materna_DH.pdf
 - 13 Polit DF, Tatano B CH. Investigación en enfermería, fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería. 9na edición. España: Wolters Kluwer; 2020.
 - 14 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki 1975. consultado el 03 de marzo de 2023. México AMM; 2023 [citado el 03 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 - 15 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 06 de enero de 1987. consultado el 08 de mayo de 2023. México GOB; 2023 [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
 - 16 Santiago Cruz RS, Alvarado de Luzuriaga E, Monroy Azuara MG, Arciga Vázquez G C, Cano Vázquez EN, Cruz Apanco U, et al. Lactancia materna y alimentación

- infantil en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet].2022 [citado el 25 enero 2023.]; 57(6): 387-394 Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98875>
- 17 Castañeda Durán RN y Guel García GP. Factores que influyen en apego a la lactancia materna exclusiva en embarazadas y lactantes, Hospital Municipal Huehuetoca agosto 2022 a enero 2021. [Tesis de licenciatura en enfermería inédita]. Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Estudios Superiores de Iztacala; 2022. [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/DGB_UNAM/TES01000823182/3/0823182.pdf
- 18 Hernández Chingal G S y Guerrón Saldaña AE. Abandono temprano de la lactancia materna. Factores determinantes en las mujeres trabajadoras de Ecuador. [tesis inédita de pregrado] Universidad Central de Ecuador: Facultad de ciencias Económicas y estadísticas, Quito, Ecuador.2022. [citado el 13 de mayo de 2023].Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/26370>
- 19 Salsavica Javier JM. Factores sociodemográficos y adherencia a la lactancia materna exclusiva: un análisis de la ENDES 2018 [tesis inédita de licenciatura] Universidad Ricardo Palma: Facultad de Medicina Humana Manuel Huamán ; Guerrero, Perú. 2020. [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3226/JSALSAVILCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 20 Oblitas González A, Herrera Ortiz JU y Flores Cruz Yohana. Lactancia materna exclusiva en Latinoamérica: una revisión sistemática. Rev Invest Salud Publica [Internet],2022[citado el 13 de mayo de 2023]; 5(15) 874-888. Disponible en <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.195>
- 21 Figueroa Alcalá M, Meléndez Caraballo , Rodríguez Arévalo N y Romero Angarita MB Factores sociales y familiares asociados a la prevalencia de lactancia materna exclusiva en madres lactantes inscritas al programa madres FAMI de la zona rural de Cartagena [tesis inédita de pregrado]Universidad de Cartagena: Facultad de Enfermería de Cartagena; Colombia, 2020 [citado el 13 de mayo de 2023].Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/15163>
- 22 Tatum Tejeda Lopez M. Actitudes, autoeficacia y obstáculos hacia la lactancia materna de mujeres que acuden a centros de atención primaria a la salud en Tijuana, B.C. [Tesis de posgrado inédita] Universidad Autónoma de Baja California : Facultad de Medicina y Psicología /Maestría en Nutrición. México 2022. [citado el 13 de mayo de 2023].Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/handle/20.500.12930/9613>
- 23 Morales Pulido GA, Cabrera Jiménez M y Del Rayo Gutiérrez De anda M. Evaluación del grado de conocimiento sobre Lactancia Materna en puérperas primigestas en el HGZ No. 20 [tesis de maestría] Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México 2019. [citado el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/11337>

Tablas

Tabla 1.

Características sociodemográficas de las participantes

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
18-25	51	12.6
26-35	251	62.3
Más de 35 años	101	25.1
Estado civil		
Soltera	91	22.6
Casada	239	59.3
viuda	7	1.7
Unión libre	66	16.4
Escolaridad		
Primaria	27	6.7
Secundaria	48	11.9
Preparatoria	61	15.1
Licenciatura	249	61.8
Posgrado	18	4.5
Ocupación		
Amas de casa	115	28.5
Estudiantes	18	4.5
Trabajo remunerado	270	67
Institución de acceso a la salud		
ISSSTE	281	69.7
IMSS	16	4.0
SSZ	9	2.2
Hospital privado	89	22.1
Ninguno	8	2.0

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos (CDS) elaboración propia., *f*= frecuencia
%=porcentaje *n*=403

Tabla 2.

Datos maternos

variable	<i>f</i>	%
Número de gesta		
1	107	26.6
2	132	32.8
3	112	27.8
4	38	9.4
5	12	3.0
6	2	0.5
Padecimientos de la madre		
Hipotiroidismo	31	7.7
Hipertensión arterial sistémica	16	4.0
Diabetes mellitus	3	0.7
Ninguno	347	86.1
Otro	6	1.5
Resolución del embarazo		
Parto eutócico	119	29.5
Cesárea programada	128	31.8
Cesárea de urgencia	156	38.7

Recibió información de lactancia materna antes del parto		
Si	359	89.1
No	44	10.9
Control prenatal	396	98.3
Si	7	1.7
No		

Fuente: Cuestionario de lactancia materna (CLM) elaboración propia., *f*= frecuencia
 %=porcentaje *n*=403

Tabla 3.
Datos del recién nacido

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
femenino	219	54.3
masculino	184	45.7
Semanas de gestación	37	9.2
Pretérmino menos de 37 semanas	323	80.1
Termino de 37 a 41 semanas	43	10.7
Postérmino más de 42 semanas		
Recibió transfusiones		
Si	5	1.2
No	398	98.8
Presencia de malformaciones		
Si	5	1.2
No	398	98.8
Estuvo en cuidados intensivos	14	3.5
Si	389	96.5
No		
Tiempo en cuidados intensivos	9	64
Menos de una semana	4	28.8
1 semana a 1 mes	1	7.2
Mas de 1 mes		
Lugar de nacimiento del recién nacido		
Zacatecas capital	302	74.9
Guadalupe zacatecas	90	22.3
Algún municipio de zacatecas	8	2.0
Otro estado del país	3	0.7

Tabla 4.
Somatometría del recién nacido

Características	\bar{x}	<i>DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Peso	3057.43	461.57	1445	4430
Talla	49.39	3.14	30	58
Perímetro cefálico	34.15	2.11	33	43
Días de vida extrauterina	5.69	3.04	3	29

Fuente: Cuestionario de lactancia materna (CLM) elaboración propia., *f*= frecuencia
 %=porcentaje *n*=403

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO RELACIONADO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE ZACATECAS.

Courage violence related to alcohol consumption in adolescents of Zacatecas

Dra. Maricruz Vidales-Jara. Dra. Verónica Ortega-Gómez, Dra. Liliana Elizabeth Calderón Botello. MCE.
Luz Ma. Delgadillo-Legaspi

Financiamiento: ninguno

Conflicto de intereses: ninguno

Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas¹

maricruz.vidales@uaz.edu.mx

Recepción: 17-09-2023

Aceptación: 14-11-2023

RESUMEN

Se utilizó un diseño descriptivo y correlacional con el **objetivo** de determinar las prevalencias de consumo de alcohol e identificar la relación que existe entre el consumo de alcohol y la violencia en el noviazgo en 327 adolescentes de un bachillerato en Zacatecas. Se utilizó una cedula de datos personales, el cuestionario de prevalencias de consumo de alcohol, y la Escala de Violencia en el Noviazgo. Se obtuvo un Alfa de Crombach .80. **Resultados** la mayor proporción fueron del sexo masculino (51.1%). La media de edad fue de 17.7 años, el 48.0% tiene una relación actual de noviazgo. Respecto al consumo de alcohol las prevalencias indican 80.4% ha consumido alguna vez en la vida, 63.6% el último año, 42.5% el último mes y 25.1% en los últimos 7 días. Referente a la violencia por sexo, no se encontraron diferencias significativas ($p > .05$), los hombres presentan medias más altas de violencia que las mujeres ($Me = 6.8$ y $Me = 6.06$, respectivamente). Para el objetivo principal se encontró una relación positiva y significativa del consumo de alcohol y la violencia en general ($r_s = 154$, $p < .01$) así mismo se encontró relación positiva y significativa del consumo con la violencia Psicológica, Física y Sexual ($p < .05$). Se **concluye** que a mayor consumo de alcohol existe mayor violencia en el noviazgo.

Palabras clave: alcohol, violencia en el noviazgo, adolescentes

ABSTRACT

A descriptive and correlational design was used with the **objective** of determining the prevalence of alcohol consumption and identifying the relationship that exists between alcohol consumption and dating violence in 327 adolescents from a high school in Zacatecas. A personal data card, the alcohol consumption prevalence questionnaire, and the Dating Violence Scale were used. A Cronbach's Alpha .80 was obtained. **Results:** The largest proportion were male (51.1%). The average age was 17.7 years, 48.0% have a current dating relationship. Regarding alcohol consumption, the prevalence indicates that 80.4% have consumed it at some point in their life, 63.6% in the last year, 42.5% in the last month and 25.1% in the last 7 days. Regarding violence by sex, no significant differences were found ($p > .05$), men present higher averages of violence than women ($Me = 6.8$ and $Me = 6.06$, respectively). For the main objective, a positive and significant relationship was found between alcohol consumption and violence in general ($r_s = 154$, $p < .01$). Likewise, a positive and significant relationship was found between consumption and Psychological, Physical and Sexual violence ($p < .05$). It is **concluded** that the greater the consumption of alcohol, the greater the violence in dating.

Keywords: alcohol, dating violence, teenagers.

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema de salud pública que afecta a todos los sectores de la población, su estudio da inicios en la década de los cincuenta donde Kanin (1957) documenta el primer estudio realizado específicamente sobre violencia en el noviazgo, es a partir de este que se han generado evidencias de la alta prevalencia de la violencia en el noviazgo, con consecuencias graves para adolescentes (Telumbre, et al 2020; Ahumada, et al. 2020) y más reciente en el estudio de Javier, et al (2023). La Organización Mundial de la Salud OMS (2023) refiere que tres de cada 10 adolescentes denuncian que sufren violencia en el noviazgo, sin embargo, sigue siendo un problema poco visibilizado y menos denunciado. Así pues la violencia interpersonal es una de las principales causas de mortalidad de adolescentes y jóvenes en el mundo, aunque su importancia varía sustancialmente según la región. a

La violencia durante la adolescencia también acrecienta el riesgo de sufrir traumatismos, infecciones por el VIH, así como de transmisión sexual, problemas de salud mental, mal

rendimiento y abandono escolar, embarazos precoces, problemas de salud reproductiva, y enfermedades transmisibles y no transmisibles (OMS, 2023). En el caso de México, 76% de las adolescentes entre 15 y 17 años ha sufrido violencia psicológica 17% sexual y 15% violencia de tipo física, estos datos de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo (ENVIN) referido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016). Peña et al. (2018) describen datos superiores para la violencia sexual (73%) y física (38%) en estudiantes de secundaria y preparatoria. Es importante asimilar que la direccionalidad de la violencia en muchas ocasiones no es solo del hombre a la mujer.

La violencia de pareja (VP) es una de las manifestaciones más extendidas de violencia (Casique y Castro, 2019) y también es probable que sea la más letal, ya que la mayoría de los feminicidios derivan de una situación de violencia, en la que hay un alto grado de control terrorismo íntimo, o la resistencia violenta (Johnson et al, 2019). Se define la violencia en el noviazgo como los comportamientos

agresivos de tipo verbal, físico, psico-emocional, sexual o de género, que ocurre en una relación con el fin de lastimar o controlar a la pareja (Martínez et al., 2016). En ese sentido en el presente trabajo se entenderá a la violencia en el noviazgo como cualquier violencia o acoso psicológico, físico, emocional o sexual perpetrado por los adolescentes de bachillerato que tienen o tuvieron una relación de noviazgo y que además consumieron alcohol.

Respecto al consumo de alcohol, constituye un importante problema de salud pública, que tiene consecuencias adversas en algunos casos, ya sea en la salud individual, así como en la integración familiar, desarrollo y estabilidad social; su práctica ha sido relacionada frecuentemente con otras conductas de riesgo, como el empleo de violencia en las relaciones de pareja (Ahumada, et al. 2020). Así pues en algunos países, según la OMS el consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia suscita gran preocupación ya que de una cuarta parte de las personas de entre 15 y 19 años es decir unos 155 millones de adolescentes las consumen. Se calcula que, en 2016, el 13,6% de los adolescentes de entre 15 y 19 años en mayor medida, los

hombres son los que han consumido ocasionalmente grandes cantidades de alcohol, aunado a esto se declara que la violencia en la adolescencia llega a presentarse por un contacto temprano con alcohol, la facilidad del acceso a las bebidas y además el abuso de alcohol es un factor de riesgo ligado al individuo adolescente, a la familia, pareja y a la comunidad (OMS, 2023).

En México uno de los principales referentes de las prevalencias de consumo de alcohol es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2022)

la cual dentro de sus datos refiere que el consumo actual de alcohol en la población adolescente mexicana fue de 20.6% (IC95%: 18.8,22.6). A pesar de que no se observaron diferencias significativas por sexo, la prevalencia fue mayor en hombres (22.0% [IC95%: 19.8,24.5]) que en mujeres (19.2% [IC95%: 16.7,22.0]). El consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses fue de 13.9% (IC95%: 12.3,15.6) y el consumo excesivo en los últimos 30 días fue de 5.2% (IC95%: 4.3,6.3). Tanto para el consumo excesivo en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días, las prevalencias fueron ligeramente mayores en hombres que en

mujeres, aunque no significativas (ENSANUT, 2022).

Ahora bien en estudios previos se ha encontrado relación positiva y significativa de la violencia en el noviazgo y el consumo de alcohol en los adolescentes así mismo el consumo de alcohol se asoció con la pertenencia a la clase de violencia psicológica moderada y control digital alto y con la pertenencia a la clase de violencia generalizada alta, así mismo se evidencia que estudiantes que sufren violencia psicológica consumen más bebidas alcohólicas (Ahumada, et al, 2020; Martinez, et al. 2020; Telumbre, et al. 2020; Bautista, et al. 2023; Javier, et al. 2023)

MÉTODO

Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional (Polit & Tatano, 2018) en una población de 1283 estudiantes de diferentes semestres en curso. Sin embargo, a petición de los directivos se solicita la aplicación en los estudiantes de sexto semestre, quedando una muestra de 327 estudiantes de un bachillerato en un municipio de Zacatecas, con las siguientes características, la media de edad fue de 17.7 años ($DE= .529$), el 48.1% eran mujeres y 51.1% representado por hombres. El 48% de los participantes

Por lo anteriormente descrito el objetivo del presente estudio es describir las prevalencias de consumo de alcohol y determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol y la violencia en el noviazgo en estudiantes de bachillerato en Zacatecas con la finalidad de construir evidencia que contribuya a consolidar el conocimiento sobre este tema, además de cooperar en la exploración y definición de este fenómeno, para generar intervenciones de enfermería más específicas desde el ámbito educativo y de salud para sustentar acciones de enfermería con mayor conocimiento científico y certeza.

tenían una relación actual de noviazgo. La edad del primer noviazgo obtuvo una media de 14.1 años ($DE= 1.82$ años), respecto al número de relaciones de noviazgo se encontró una media de 3.2 ($DE=1.78$). La edad de inicio fue a los 12.4 años ($DE=6.43$), la cantidad de copas en un día típico fue una Media de 1.94 ($DE=3.89$). El estudio se apejó en todo momento en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SSA, 2014) se

cuidó la integridad de los participantes y se respetaron sus derechos.

Para la medir las variables personales y de consumo de alcohol de los participantes se utilizó una cedula de datos personales, el cuestionario de prevalencias de consumo de alcohol, además del instrumento de violencia en el noviazgo. Este último seleccionado con base a su utilización en estudios similares (Reyes, 2012; Adrián, 2015) y en función de su fácil aplicación. Respecto a las variables sociodemográficas: se recogió información en relación al sexo y edad. Se utilizó un cuestionario ad-hoc de tres ítems en el que se evaluó las relaciones de noviazgo, donde se les pregunto si actualmente tiene una relación de noviazgo, a qué edad fue su primera relación de noviazgo y cuantas relaciones de noviazgo ha tenido.

La variable de consumo de alcohol se midió mediante siete reactivos por medio de un cuestionario de consumo de Alcohol, que aborda aspectos relacionados con la prevalencia de consumo global (alguna vez en la vida), lápsica (en el último año), Actual (último mes), e Instantánea (últimos siete días) también se midió la cantidad de consumo del mismo, evaluados por la cantidad de consumo de

bebidas alcohólicas estándar que bebe actualmente en un día típico, la edad de inicio al consumo, y días a la semana consume alcohol.

Para medir la variable de violencia se utilizó la Escala de Violencia en el noviazgo, se reporta que este cuestionario ha sido validado y se ha aplicado en población joven, por el Instituto Mexicano de la Juventud y el INEGI en el año 2008. El cuestionario consta de 14 secciones, para fines del presente estudio se utilizaron solo tres apartados permitiendo evaluar diferentes indicadores de la violencia física, psicológica y sexual, percibidas por los adolescentes en sus relaciones de noviazgo. La primera sección consideró la violencia psicológica, la cual consta de 11 reactivos, donde se obtiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 22. La segunda sección incluye la violencia física, consta de 12 reactivos, obteniendo como puntuación mínima 0 y máxima 24. Finalmente, la tercera sección incluye la violencia sexual con ocho reactivos, con una puntuación de 0 a 16 puntos. Es una escala de medición tipo Likert donde 0= ninguna vez, 1= una vez y 2= varias veces. Esta escala ha sido utilizada por Adrián (2015) en población adolescente

mexicana, reportando consistencia interna, Alpha de Cronbach $\alpha = .82$.

En primer lugar, conto con la aprobación de la coordinación de investigación de la Unidad Académica de Enfermería, posteriormente se solicitó autorización por escrito a las autoridades de la institución educativa. Después de obtener la autorización correspondiente, se acudió a solicitar las listas de los grupos de alumnos de sexto semestre para entregar el asentimiento y el consentimiento informado del padre o tutor en su caso. A los grupos seleccionados se les buscó en cada aula de clase en coordinación con el personal de la preparatoria y se les citó, en una hora determinada y en el aula asignada por las autoridades de la institución. Una

RESULTADOS

Respecto a los resultados obtenidos con el objetivo de describir las prevalencias, se presentó una prevalencia global alta (80.4%) y una prevalencia instantánea del 5.5%. Así mismo se encontró que del total de la muestra 37% de las mujeres y 43.4% de los hombres consumieron alcohol

vez reunidos se recogieron los asentimientos y consentimientos informados firmados y se procedió a explicar de forma clara y sencilla los objetivos de la investigación, instrumentos de recolección y el tiempo requerido para contestar los cuestionarios. Finalmente, se les agradeció su participación y se les informo que de ninguna manera serian vulnerados sus derechos, ya que se manejaría confidencialmente toda la información brindada. Para el análisis estadístico, los datos fueron procesados con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para Windows. Utilizando estadística descriptiva e inferencial.

alguna vez en la vida, durante el último año el 25.6% de las mujeres y 37.9% de los hombres lo consumieron, en la prevalencia actual el 13.7% y 28.7% lo seguían consumiendo y en la prevalencia instantánea el 5.8% de las mujeres y el 19.2% de los hombres lo seguían consumiendo.

Tabla 1 Prevalencias del consumo de alcohol.

Prevalencia			IC. 95%	
	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Alguna vez en la vida (Global)				
Si	263	80.4	0.63	0.75
No	64	19.6		
En el último año (Lápsica)				
Si	208	63.6	0.54	0.61
No	119	36.4		
En el último mes (Actual)				
Si	139	42.5	0.43	0.37
No	188	57.5		
En los últimos 7 días (instantánea)				
Si	82	25.1	0.25	0.33
No	245	74.9		

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, IC= Intervalo de confianza *LI*= límite Inferior, *LS*, Limite Superior. *n* = Muestra= 327

De acuerdo al puntaje total de instrumento de violencia en el noviazgo se obtuvo una media de 6.44 (*DE*=7.24). Para la subescala de Violencia Psicológica se obtuvo una media de 12.0 (*DE*= 12.3), en la subescala de Violencia física una media de 4.01 (*DE*=7.53). Respecto a la subescala de violencia sexual se obtuvo una media de 2.35 (*DE*= 6.33).

Tabla 2 Relación entre el consumo de alcohol y la violencia en el noviazgo

Variable	Consumo de alcohol	
2 Violencia general	<i>r_s</i>	.154**
	Valor de p	.005
3 Violencia psicológica	<i>r_s</i>	.127*
	Valor de p	.022
4 Violencia Física	<i>r_s</i>	.141*
	Valor de p	.011
5 Violencia Sexual	<i>r_s</i>	.185**
	Valor de p	.001

Nota: *r_s*= coeficiente de correlación de Spearman, *p*= significancia **= la correlación es significativa al nivel 0.01. * = la correlación es significativa al nivel 0.05

Se identificaron relaciones consumidas en un día típico) y la violencia positivas y estadísticamente significativas (tabla 2). Esto indica que, a mayor entre el consumo de alcohol (medido a consumo de alcohol, mayor violencia través del número de bebidas alcohólicas

general, violencia psicológica, física y sexual en el noviazgo.

DISCUSION

La presente investigación tuvo como objetivo, describir las prevalencias de consumo de alcohol y determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol y la violencia en el noviazgo en adolescentes de bachillerato, dentro de los resultados obtenidos se observa que la edad de inicio al consumo de alcohol fue de 12.4 años, estos datos son menor que lo reportado por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017) ya que reporta que la edad de inicio en la población general es de 17 años o menos. Esta situación es preocupante debido a que, al iniciar el consumo de alcohol a edades muy tempranas, puede generar dependencia al alcohol en la adultez y predisponer a los adolescentes al consumo de otro tipo de sustancias psicoactivas. Así mismo el consumo de alcohol en menores trae consigo consecuencias graves como realizar actividades riesgosas, violencia, vandalismo, comportamiento sexual de riesgo. Es importante mencionar que por sexo sigue prevaleciendo el consumo en los varones, por lo que es importante realizar acciones de prevención

incluyendo la variable de sexo, y no excluir a las mujeres, sino aumentar los factores protectores para evitar el consumo en ambos sexos.

Respecto al primer objetivo, se presenta una alta prevalencia de consumo, más del 80% de los estudiantes consumieron alguna vez en la vida, coincidiendo con lo reportado por Telumbre et al. (2020) en su estudio, donde presenta una prevalencia más alta. Difiere de lo encontrado por (Ahumada et al. 2020; Osorio et al. 2021; ENSANUT, 2023; Hernández et al. 2023) quienes reportan menores prevalencias, sin embargo, es importante resaltar que los participantes en estos estudios son aun adolescentes quienes están en etapas de proceso de cambio y el paso a la madurez, por lo que el consumo debe ser nulo, ya que afecta estos procesos, y la mala toma de decisiones.

Se reconocen tres principales tipos de violencia: física, psicológica/emocional y sexual, en el presente estudio se presentó con mayor prevalencia la psicológica con la media más alta, posteriormente la física y finalmente la sexual, se debe destacar

que en la mayoría de los estudios revisados (González, et al. 2019; Borges, et al. 2020; Telumbre, et al. 2020; Ahumada, et al. 2020; Javier, et al. 2022; Piguave et al, 2022; Javier, et al. 2023) señalan concordancia dado que el fenómeno de la violencia en las relaciones afectivo-sexuales como el noviazgo en los adolescentes, es catalogada como un grave problema de salud pública y social, además demuestran que se asocia a varios factores desencadenantes, lo que hace que sea aún más complejo este tema por su Multicausalidad.

A diferencia de lo reportado por Rojas y Romero (2022), quienes encontraron mayor violencia directa severa, correspondiendo a la de tipo física y sexual. Estos resultados son una problemática que se evidencia al momento, afectando tanto la vida de las víctimas como de su vínculo relacional. Por esto es sumamente importante y necesario diagnosticar a tiempo este tipo de vulneraciones, puesto que en muchas situaciones de parejas maritales o adultas que conviven juntas, se han dado casos de violencia y se ha demostrado que en el noviazgo ya presenciaban comportamientos agresivos por parte de su pareja (Osorio, et al. 2021). Es necesario

mencionar que la violencia en el noviazgo es de difícil identificación por la percepción y el romanticismo, pero sobre todo es poco o nulamente denunciada, aunado a la direccionalidad de los diferentes tipos de violencia ejercida, coadyuvando a la aparición de trastornos psicológicos y/o emocionales como depresión, pérdida de autoestima, agresividad y problemas en futuras relaciones de noviazgo.

Respecto al objetivo que indica determinar la relación que existe entre la violencia en el noviazgo y el consumo de alcohol se encontró que el consumo de alcohol se relaciona positiva y significativamente con la violencia general ($p < .01$), violencia psicológica ($p < .05$), la violencia física ($p < .05$), y la violencia sexual ($p < .01$) Estos resultados coinciden con diversos autores (Ahumada, et al 2020; Telumbre, et al. 2020; Javier, et al 2022; Piguave, et al. 2022; Javier, et al. 2023) Quienes reportan que los participantes consumen alcohol y presentan, presencian o perpetran algún tipo de violencia, destacando la violencia psicológica, emocional. Sin embargo, difiere por lo reportado en el estudio de Borges, et al. (2020) quien encontró que el consumo de alcohol no presenta relación

significativa con el tipo de violencia verbal-emocional perpetrada.

Estos resultados reflejan que los adolescentes en su mayoría, han experimentado una o varias formas de violencia, por lo cual se requiere la atención e intervención de profesionales de la salud, debido a que se ha encontrado que la violencia puede aumentar considerablemente en las relaciones de pareja, ya que al ser adolescentes no visualizan o lo perciben como violencia, o simplemente lo han normalizado. Además, cabe resaltar que la evidencia señala que el consumo de alcohol, tiene un papel

CONCLUSION

De manera general se concluye que existe una alta prevalencia global de consumo de alcohol, es decir más de la mitad de los jóvenes consumieron alcohol alguna vez en la vida y una cuarta parte lo siguieron consumiendo en los últimos siete días de la aplicación de la encuesta, respecto a la violencia, prevalece la violencia psicológica en concordancia con diferentes autores, se destaca que se encontró que existe relación de la

REFERENCIAS

Adrián D.G. (2015) Consumo de Drogas y Violencia en el Noviazgo en

importante en las actividades violentas ya que esta sustancia está relacionada con los cambios provocados por los efectos psicofarmacológicos, que da como resultado conductas violentas. También estos resultados podrían explicarse de acuerdo a la teoría de las actividades rutinarias y los estilos de vida (citada por Javier, et al. 2023) menciona, que es probable que los adolescentes consuman alcohol con sus parejas, por lo que al disminuir su percepción del riesgo puede existir mayor vulnerabilidad a ser víctima de violencia.

violencia en general con el consumo del alcohol, lo que significa que a mayor consumo de alcohol, mayor presencia de violencia en los jóvenes. Se recomienda realizar estudios de la violencia en el noviazgo relacionada con otras variables como la percepción y el uso de tecnologías, y sobre todo comparar la direccionalidad de la violencia.

Agradecimientos:

Un profundo agradecimiento a Ilseli, Diana y Anita por su apoyo en la presente investigación.

- Adolescentes de Preparatoria del Estado de Nuevo León. Tesis de Maestría. FAEN/UANL.
- Ahumada. C. JG, Bacasegua. V. JA., Gámez. M.E y Valdez M. C. (2020) Violencia de pareja en las redes sociales y consumo de alcohol en adolescentes. *Rev. Eureka*. Asunción Paraguay 17 (M) 236-253 disponible en
- Bautista H. G., Techalotzi, A. A., Vera, N, J. Á., & Tánori Q, J. (2023). Alcohol consumption and partner violence in college students from native peoples. *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*, 9(1), 80–87. <https://doi.org/10.28931/riiad.2023.1.08>
- Borges, L. J., Heine, J. A., & Dell'Aglio, D. D. (2020). Personal and contextual predictors for adolescent dating violence perpetration. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(2), 449-459. <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.2.16>
- Casique, I., y Castro, R. (2019). Cambios y constantes en los niveles y factores asociados a las violencias de parejas en México. En R. Castro (ed.), *De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios. Violencias contra las mujeres en México (Endireh 2016)* (pp. 161-270). Cuernavaca: CRIM-UNAM e Inmujeres.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2022) Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca: INSP, 2022 [citado febrero 16, 2023]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf
- González-Cordero C, Cervera-Flores W, Alvarado-Ríos V, Izquierdo-Príncipe A, Neyra W, Morales J. (2019) Violencia de pareja en adolescentes estudiantes de colegios estatales de Lima Norte. *Rev. Peru. Investig. Salud*. [Internet]; 4(2): 57-64. Available from: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/330>.
- INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Usuarios de Tecnologías de Información. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/internet2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez JA, Reséndiz-Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón –Cirett, M., Cañas- Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso- Ito, D., Fleiz- Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez- Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Recuperado de: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx
- Javier, J, S.P, Hidalgo, R. C. A., Díaz, R. F. J. y Vizcarra, L. M. B. (2021) Abuso cibernético en el noviazgo y relación Intrafamiliar en

- adolescentes Mexicanos. estudiantes *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 29, N° 1, pp. 127-143
<https://doi.org/10.51668/bp.8321107s>
- Javier, J, S.P. y Hidalgo, R. C.A. (2023) victimización por violencia en el noviazgo y consumo de alcohol en adolescentes estudiantes del sur de Jalisco, México *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(6):1675-1684.
- Javier, J, S.P. y Hidalgo, R. C.A. (2023) victimización por violencia en el noviazgo y consumo de alcohol en adolescentes estudiantes del sur de Jalisco, México *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(6):1675-1684.
- Johnson, H., Eriksson, L., Mazerolle, P., y Wortley, R. (2019). Intimate femicide: the role of coercive control. *Feminist Criminology*, 14(1), 3-23.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1557085117701574>
- Kanin, E. J. (1957). Male aggression in dating-courting relations. *American Journal of Sociology*, 63, 197-204.
<https://doi.org/10.1086/222177>
- Martinez, G.D., Gutiérrez, R. MA., Soto, C, DM., Rodriguez, N.VF., Gomez, C.JP y Rodriguez, R.JM. (2020) Relación entre consumo de alcohol y violencia de pareja en estudiantes de educación superior *Rev Enferm Inst. Mex Seguro Soc.* 28 (2) :75- 81
- Organización Mundial de la Salud (2023) violencia juvenil, nota descriptiva sobre la violencia juvenil. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Osorio, G.M., Prado, R.C y Rodriguez, Ch. O. R. (2021) El maltrato en el noviazgo en una muestra de estudiantes de bachillerato. *Simbiosis. Revista de Educación y Psicología. 1* (1) p 06-14.
- Peña, F., Zamorano, B., Villarreal, K., Vargas, J. I., Velázquez, Y., Hernández, G. I., Parra, V., & Ruíz, L. (2018). Violencia en el noviazgo jóvenes y adolescentes en la frontera norte de México. *Journal Health NPEPS*, 3(2), 426-440.
<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/download/3117/2589>
- Piguave, Ch. E. G y Vera, M. K. M. (2022) Violencia en el noviazgo en estudiantes de la Unidad Educativa Almirante Alfredo Poveda Burbano de la parroquia José Luis Tamayo. *Revista Científica Arbitrada de Investigación en Comunicación, Marketing y Empresa REICOMUNICAR*. Vol. 5, Núm. 10 (Ed. Esp. Septiembre 2022) ISSN: 2737-6354. DOI:
<https://doi.org/10.46296/rc.v5i10e-despsep.0086>
- Polit, D., & Tatano,. (2018). *Investigación Científica en Ciencias de la salud*. (7ma ed). México: Mc Graw - Hill Interamericana.
- Reyes, B. S (2012). Consumo de Drogas Lícitas e Ilícitas y Violencia en el Noviazgo en Estudiantes de Preparatoria (Tesis de Maestría) Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León
- Rojas-Solís, J.L. y Romero-Méndez, C.A. (2022). Violencia en el noviazgo: Análisis sobre su direccionalidad, percepción, aceptación, consideración de gravedad y búsqueda de apoyo (Dating

Violence: Analysis of its directionality, perception, acceptance, consideration of severity and help-seeking). Health and addictions, 22 (1), 132-151. Secretaria de Salud [SS], (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. [Consultado el 16 de marzo del 2014], disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Telumbre Terrero JY, López Cisneros MA, Castillo Arcos LC, Maas Góngora L, Arguelles Cámara RJ, Mendoza Catalán GS. Consumo de alcohol y violencia psicológica en las relaciones de noviazgo en jóvenes universitarios. Rev. Iberoam. Educ. investí. Enferm. 2020; 10(3):8-15

CONSUMO DE MARIHUANA EN MUJERES Y CREENCIAS SOBRE EL CONSUMO DE MARIHUANA EN MADRES JÓVENES.

Marijuana use in women and beliefs about marijuana use in young mothers

Liliana Elizabeth Calderón Botello, Luz Ma. Delgadillo Legaspi, Maricruz Vidales Jara Verónica Ortega Gámez

Financiamiento: ninguno

Conflicto de intereses: ninguno

Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas¹

liliana.calderon@uaz.edu.mx

Recepción: 17-10-2023

Aceptación: 14-11-2023

RESUMEN

Introducción: El consumo de marihuana representa un problema de salud mundial debido a los efectos producidos por la ingesta, generando múltiples consecuencias físicas, socioeconómicas, culturales y familiares, en mujeres jóvenes embarazadas, se ha observado un aumento de consumo de dicha sustancia, trayendo consigo consecuencias a corto y largo plazo hacia la consumidora y el producto gestante. **Método:** Muestra de 290 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de una Universidad Pública del Estado de Zacatecas, se utilizó una cédula de datos personales y prevalencia del consumo de marihuana y posteriormente tres preguntas abiertas para evaluar las creencias sobre el consumo de marihuana que presentan las mujeres embarazadas y madres jóvenes. **Resultados:** la mayoría cree que el consumo de marihuana es malo para la salud ($f=69$), pero buena para uso terapéutico o medicinal ($f=45$), mencionan que las principales causas que tienen las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia ingerir marihuana es porque creen que les puede causar algún daño al bebe, como abortos, malformaciones o muerte ($f=65$). Indican que depende de la cantidad que se consume de marihuana para que tenga un efecto negativo porque es natural ($f=4$). **Conclusiones:** es relevante indicar que algunas de las participantes indicaron que el consumo de esta sustancia es malo, dependiendo de la cantidad porque la consideran "natural".

Palabras clave: consumo, marihuana, mujeres, estudiantes enfermería, creencias

ABSTRACT

Introduction: Marijuana use represents a global health problem due to the effects produced by its ingestion, generating multiple physical, socio-economic, cultural and family consequences, in young pregnant women an increase in the use of this substance has been observed bringing with it short- and long-term consequences for the consumer and the pregnant product. **Method:** Sample of 290 students of the Bachelor's Degree in Nursing at a Public University in the State of Zacatecas, a personal data card and prevalence of marijuana use was used, followed by three open-ended questions to assess beliefs about marijuana use held by pregnant women and young mothers. **Results:** Most believe that marijuana use is bad for their health ($f=69$), but good for therapeutic or medicinal use ($f=45$), They mention that the main causes of pregnant and breastfeeding women ingesting marijuana is because they believe that it can cause some harm to the baby, such as miscarriages, malformations, or death ($f=65$). They indicate that it depends on the amount of marijuana consumed to have a negative effect because it is natural ($f=4$). **Conclusions:** It is relevant to indicate that some of the participants indicated that the consumption of this substance is bad. depending on the amount because they consider it "natural".

Keywords: Marijuana, Marijuana, Women, Students, Nursing, Beliefs

INTRODUCCIÓN

El consumo de marihuana representa un problema de salud mundial debido a los efectos producidos por la ingesta, generando múltiples consecuencias físicas, socioeconómicas, culturales y familiares (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2021). Según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2021, existen 192 millones de consumidores en todo el mundo. En México, se estiman 1.3 millones de personas que ha consumido marihuana durante el último año; destacando que el consumo de dicha sustancia es más alto en hombres (19.7%) en comparación a las mujeres (16.5%) (Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2018; Stephen et al. 2022). Respecto a lo anterior, el uso de marihuana trae consecuencias de durante el embarazo, generando repercusiones en la madre, como mayor riesgo de aborto, anemia, malnutrición e infecciones de transmisión sexual, así mismo el tetrahidrocannabinol (TCH) es secretado por la leche materna; respecto al área psicológica está relacionado con un riesgo más alto de enfermedades mentales, como son esquizofrenia, depresión, ansiedad y pensamientos suicidas (NIDA, 2023).

Además, trae consecuencias negativas al producto a corto plazo, tales como bajo peso

al nacer, nacimiento prematuro, disminución de la perfusión uteroplacentaria, restricción del crecimiento uterino, temblores, alteraciones en los reflejos oculares, retardo en la maduración del sistema nervioso, trastornos neuro comportamentales como trastornos del sueño, alteraciones visuales, hiperactividad; daño a la función de la placenta y aumenta el riesgo de retracción del crecimiento fetal, separación prematura de la placenta, convulsiones fetales, pasaje intrauterino del meconio y muerte del feto, destacando una de las consecuencias más comunes a corto plazo: el Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN). Además, son múltiples las consecuencias negativas a largo plazo que se generan en el niño asociado a déficits cognitivos, provocando cambios neurológicos durante períodos de desarrollo del cerebro asociado a una baja memorización, poca atención a las actividades escolares, lo cual repercute en riesgo de abandono y fracaso escolar aumentando en un 60%, trastornos neuro comportamentales como trastorno del sueño, alteraciones visuales, déficit atencional e hiperactividad (NIDA, 2023).

Al respecto, el tema del consumo de la marihuana ha generado debates de interés mundial en los últimos años (Gobierno de la

República Mexicana, 2018). De acuerdo a lo anterior, se declaró la autorización de fármacos que son elaborados a base de TCH (componente principal de marihuana), se propone que no se considere delito la posesión de 28 gramos o menos de marihuana por persona; en 2016, se emitió, cuatro autorizaciones a ciudadanos amparados por la Suprema Corte de Justicia de la Nación para poder cultivar, sembrar, cosechar, preparar, poseer, transportar y consumir marihuana con fines recreativos y recientemente el Presidente electo Andrés Manuel López Obrador presentó una iniciativa de Ley en el Senado que regula la producción, la venta y el consumo de marihuana (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2018).

Debido a estos eventos sobre la promoción, intención de legalización, autorización en el incremento de gramos de marihuana para la portación y uso de marihuana para tratamiento farmacológico, es importante conocer si las situaciones señaladas anteriormente son percibidas por las mujeres jóvenes, mujeres embarazadas, o en periodo de lactancia ya que es probable que la percepción del riesgo por consumo de marihuana disminuya, debido a las creencias erróneas que se pueden generar. Las mujeres pueden ser vulnerables al consumo de marihuana debido a una serie de factores

relacionados con las creencias y la cultura, muchas de ellas no tienen conocimiento acerca de la sustancia, consumo y consecuencias; debido a que la realidad no es basada en la evidencia científica (NIDA, 2021).

Una de las posturas para estudiar las creencias que tienen las madres jóvenes sobre el consumo de marihuana es la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) de Ajzen & Fishbein (1980), que plantea que las creencias son una probabilidad subjetiva, dada entre la relación de un objeto y algún otro concepto o valor, indica que las creencias conductuales son quienes dirigen el comportamiento del individuo dando lugar a una actitud, que llevará a la persona a generar una intención que finalmente influirá en la conducta que ejecutará. En este sentido, es posible que la intención de realizar el consumo de marihuana de la mujer esté determinada por las creencias personales que adquiere en su contexto personal y social; además, si la mujer embarazada o en periodo de lactancia era consumidora previamente antes del embarazo, es probable que su consumo aumente en el embarazo o lactancia y la percepción sobre el riesgo que ocasiona el consumo de marihuana disminuya, considerándola apta para algunos síntomas en el embarazo. Se creó, que las adolescentes

consumen esta droga para reducir los dolores que provoca un parto; a la par de que esta práctica se pone de moda entre gente que lo ha hecho y le ha resultado útil, así se genera la conducta de aceptación entre las jóvenes que la consumen y la recomiendan a otras jóvenes, las cuales piensan que por ser una droga de origen “natural”, no tendrá consecuencias para ellas ni el producto (NIDA, 2023).

En razón de lo expuesto, se consideró importante realizar el presente estudio, con el propósito de conocer las creencias sobre el consumo de marihuana en madres jóvenes. Las creencias se han abordado en otros países como Estados Unidos y Canadá; en México aún no se localizada literatura de las creencias sobre el consumo de marihuana en madres jóvenes, por lo que se espera que los

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, la población de estudio se conformó por 1166 mujeres estudiantes de la Licenciatura en Enfermería en una Universidad Pública del estado de Zacatecas, México. El muestreo fue no probabilístico a disponibilidad, la muestra se calculó para una población finita y como parámetro principal fue estimar la proporción con un nivel de confianza del 95% y un límite de error de

resultados de este estudio contribuyan a la ciencia de la enfermería al aportar mayor conocimiento y comprensión del concepto de creencias sobre el consumo de marihuana en población mexicana. Además, se espera que los resultados del estudio permitan obtener un perfil de las consumidoras de la sustancia y que dicho conocimiento respalde y aporte contenidos de utilidad para el desarrollo de programas de enfermería enfocados a la prevención del consumo de marihuana en mujeres y madres jóvenes.

Por lo anterior, objetivo general fue describir las creencias sobre el consumo de marihuana en madres jóvenes y el objetivo específico fue identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de marihuana en las mujeres jóvenes consumidoras de marihuana

estimación del .05, se obtuvo un tamaño de muestra de 290 mujeres jóvenes (Polit y Tatáno, 2018), de las cuales que aceptaron participar de manera voluntaria, se excluyó a mujeres que no se encontraron inscritas en la Licenciatura en Enfermería, que no contesto por completo las preguntas y quien no acepto el consentimiento informado. Se utilizó Cédula de Datos Personales y Prevalencia del Consumo de Marihuana elaborada por los

autores del estudio y con la finalidad de identificar de manera descriptiva las creencias que tienen madres jóvenes acerca del consumo de marihuana y debido a que los instrumentos validados que se encontraron en la literatura no son exclusivos sobre el consumo de marihuana en mujeres embarazadas ya que miden en conjunto otro tipo de drogas (Flynn et al, 2003), se plantearon tres preguntas abiertas indagando las creencias sobre el consumo de marihuana: primero, se abordaron las creencias sobre la ingesta de marihuana, posteriormente las creencias enfocadas en las causas más importantes que tienen las madres jóvenes para consumir marihuana y finalmente se exponen las creencias dirigidas hacia los resultados positivos o negativos que generan al producto del embarazo, el consumo de marihuana durante los primeros seis meses en mujeres embarazadas y en período de lactancia; se realizó una codificación por cada respuesta y posteriormente se clasificaron en categorías para ser presentadas finalmente en frecuencias.

El estudio fue revisado por el Comité de Ética en Investigación de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas, con número de registro: CEI-UAE-UAZ-24. Al ser autorizado el estudio se montaron los instrumentos de medición auto

aplicables en línea a través de formularios google.

Se invitó a las mujeres estudiantes inscritas en la Licenciatura en Enfermería de la UAE de la UAZ a participar en el estudio en línea por medio de la plataforma google meet y formularios de google, quienes aceptaron se les proporcionó un Consentimiento Informado a las menores de edad la participante se les proporciono el Asentimiento Informado y un Consentimiento informado para el Padre o Tutor, se hizo hincapié en que la información es totalmente confidencial y que en ningún momento se expondrá la información, así mismo se indicó que no tendrá repercusión alguna con su escuela o con sus maestros. Al término de la recolección del cuestionario se les agradeció su participación en el estudio, e informó que los cuestionarios estarán resguardados durante doce meses por los autores y posterior a ello serán destruidos. Finalmente, se les entregó en línea un tríptico informativo llamado “Conoce los efectos sobre el consumo de marihuana en tu cuerpo” evidenciando las consecuencias que genera el consumo de marihuana a mujeres, madres jóvenes y en periodo de lactancia y al producto a corto y largo plazo.

El estudio se realizó con base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

Investigación para la Salud (2014), la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación y lineamientos éticos en el área de la salud. Los datos se procesaron electrónicamente mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva para analizar

RESULTADOS

De acuerdo a los datos sociodemográficos se encontró que la edad que predominó fue de 20 a 24 años (53.10%), la mayoría de las participantes no tiene pareja (69.70%) y cursan el primer semestre de la Licenciatura en Enfermería (29.70%). En el cuestionamiento sobre la ocupación de las participantes, el 72.40% mencionó solo dedicarse a estudiar y el 27.60%, además de estudiar trabaja, la mayoría de ellas se desempeña como empleada de mostrador (28.75%), seguido de actividades de enfermería (20%), restaurant y/o puestos de comida (17.50), entre otros (33.5%).

Respecto a las semanas de gestación de las mujeres participantes en la investigación que contestaron estar embarazadas ($n= 25$), predominó 12 semanas de gestación (SDG) con el 16.00%, seguido de 4, 19 y 20 SDG (12.0% respectivamente). Con respecto al número de hijos vivos que reportaron las participantes ($n= 34$), predominó un hijo con

los datos sociodemográficos y prevalencia del consumo de marihuana y para dar respuesta al objetivo general se cuantificaron las respuestas en frecuencias, posteriormente, se analizaron los resultados en base a la mayor frecuencia de respuestas y se presentan en tablas.

79.42%, seguido de dos hijos (11.76%). Además, se les preguntó si al momento de la aplicación de las preguntas de investigación estaban lactando a su bebé, el 17.02% respondió con un sí.

Para dar respuesta al objetivo general que indica describir las creencias sobre el consumo de marihuana en madres jóvenes, se concentraron las respuestas en tres preguntas abiertas. En la tabla 1 se observa la frecuencia sobre las creencias identificadas de manera descriptiva, se puede observar que la creencia con mayor frecuencia que tienen las estudiantes universitarias es que el consumo de marihuana es malo para la salud ($f = 69$), indican que puede ser terapéutica pero adictiva ($f = 53$), y que es buena para uso terapéutico o medicinal ($f = 45$).

En la siguiente pregunta que indaga la descripción de las creencias sobre las causas más importantes que tienen las mujeres embarazadas y mujeres que proporcionan

lactancia materna para consumir marihuana, se puede observar que es porque creen que les puede causar algún daño al bebé, como abortos, malformaciones o muerte ($f = 65$), indican que lo hacen por adicción, gusto o dependencia ($f = 57$), además 42 estudiantes mencionan que lo hacen por alguna preocupación, depresión, estrés, problemas emocionales, frustración, desesperación ($f = 42$) (Tabla 2).

Finalmente se describen las creencias que reportan las mujeres embarazadas o en período de lactancia sobre las consecuencias del consumo de marihuana al producto (bebé), indican creencias negativas y entre ellas mencionan que genera consecuencias negativas ($f = 113$), causa daño al desarrollo del bebé ($f = 45$), malformaciones ($f = 36$), adicción al bebé ($f = 21$), produce daños neurológicos ($f = 15$). De acuerdo a las creencias positivas, cuatro participantes mencionan que tiene consecuencias positivas para el bebé, indican que depende de la cantidad que se consume de marihuana para que tenga efecto negativo ($f = 3$), y creen que no afecta el producto ($f = 2$) porque es natural

($f = 1$). Sin embargo, tres estudiantes indican que el consumo de marihuana tiene efectos tanto positivos como negativos para el bebé (diada) (Tabla 3).

Finalmente, para dar respuesta al objetivo específico que fue identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de marihuana en las mujeres jóvenes consumidoras de marihuana, se identificó que el 37.60% mencionó haber realizado esta conducta alguna vez en la vida, 16.55% lo hizo durante los últimos 12 meses, 3.10% inhaló marihuana los últimos treinta días y el 1.70% consumió durante los últimos siete días ($n=260$). Respecto a la frecuencia de consumo de marihuana por ocasión, el 65.19% de las mujeres refirió consumir marihuana cada tres meses, el 13.05% consume cada quince días y el 10.88% consumen marihuana cada dos meses; en lo que concierne a la cantidad de consumo de marihuana, el 65.45% informó ingerir solo algunas inhaladas al cigarro de marihuana por ocasión, el 20.00% consume medio cigarro de marihuana por ocasión y el 9.09% consume un cigarro de marihuana por ocasión.

Tabla 1

Descripción de las creencias sobre el consumo de marihuana

Creencias sobre el consumo de marihuana que presentan las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia	f
Buena para uso Terapéutico o Medicinal	45
No fumo, no es algo que necesite. Respeto a quien lo hace	4
Desestresante y Relajante	31
No opino	7
Es mala y más para embarazadas	4
Por moda	1
Causa daños neurológicos	9
Mala para la salud y adictiva	69
Es una droga	10
Es natural	2
La probé no me gusto y no la volveré a consumir	3
Terapéutica pero también puede ser adictiva	53
Apruebo sea legalizada para fines médicos	3
Mala si se consume en exceso	5
Causa enfermedades cardiacas	1
Daña el sistema nervioso	1
En moderación no es mala	15
Es opcional su consumo	6
Mala para la salud , provoca problemas familiares y sociales	6
Me hace sentir mejor que cuando estoy sobrio	2

Nota: f = Frecuencias

n = 290

Tabla 2

Descripción de las creencias sobre las causas más importantes que tienen las mujeres embarazadas y mujeres que proporcionan lactancia materna para consumir marihuana

Variable	f
Preocupación, depresión, estrés, problemas emocionales, frustración, desesperación	42
Adicción, gusto, dependencia, abuso de sustancias	57
Dolor, náuseas, disminuir síntomas del embarazo, por sedación en el parto, o malestares durante este	20
No sabe, no tiene idea.	46
Maltrato físico, emocional, violencia, falta de apoyo, presión social, problemas con la pareja o familia y o abandono.	18
Porque cree que provocara algún daño al bebe como aborto, malformaciones, muerte	65
Porque las relaja, por placer, o para olvidarse de sus problemas	16
Irresponsabilidad, embarazo a temprana edad, o por embarazo no deseado	5
Desconocimiento, falta de información	10
Influencia de otros, pareja, amigos, familia o por experimentar	4
Por antojo del embarazo, llamar la atención, escapar de la realidad.	6
Por pensar en él bebe	1

Nota: f = Frecuencias

Tabla 3

Descripción de las creencias sobre el consumo de marihuana en mujeres embarazadas y en mujeres en periodo de lactancia durante los primeros seis meses, resultados negativos y positivos al producto (bebé)

Creencias de las mujeres embarazadas o en período de lactancia sobre las consecuencias del consumo de marihuana al producto	f
Negativas	
...Genera consecuencias negativas	113
...Causa daño al desarrollo del bebé	45
...Malformaciones	36
...Causa adicción al bebé	21
...Produce daños neurológicos	15
...El bebé puede nacer con alguna patología	14
...Produce bajo peso al nacer	13
... Causa problemas respiratorios	10
...Aborto	10
...Afecta el aprendizaje y desarrollo cognitivo	7
...Produce parto prematuro	7
...Complicaciones durante el parto	4
...Complicaciones durante el embarazo	2
...Produce enfermedades a corto y largo plazo	1
...Dificultades motoras	1
Positivas	
... Tiene consecuencias positivas al bebé	4
... Depende de la cantidad que se consume de marihuana	3
... No afecta al producto	2
... La marihuana no tiene ningún efecto negativo en el bebé	1
... La marihuana no afecta al bebé, es natural	1
Tiene efectos tanto positivos como negativos	3

Nota: f = frecuencias

DISCUSION

El presente estudio permitió identificar las creencias sobre el consumo de marihuana en madres jóvenes en una muestra de 59 mujeres y el consumo que presentan las mujeres jóvenes (n = 290).

De acuerdo, al objetivo general que indica, describir las creencias sobre el consumo de marihuana en madres jóvenes, la mayoría cree que el consumo de marihuana es malo para la salud, indican que puede ser terapéutica pero adictiva y que es buena para uso terapéutico o medicinal, así mismo indican que las principales causas

que tienen las mujeres embarazadas y mujeres que proporcionan lactancia materna para consumir marihuana es porque creen que les puede causar algún daño al bebe, como abortos, malformaciones o muerte. Es importante destacar que algunas mujeres mencionan creencias positivas e indican que depende de la cantidad que se consume de marihuana para que tenga un efecto negativo porque es natural.

Esto difiere a lo encontrado por algunos autores en donde se reportan que las

mujeres piensan que las ayuda con las náuseas durante el embarazo, vómitos, falta de apetito, dolor, insomnio, ansiedad, depresión, y fatiga (Castro et al., 2016). Sin embargo, algunas creencias coinciden con lo reportado por Ko, Farr, Tong, Creanga y Callaghan (2015), en donde las mujeres piensan que es un riesgo leve el consumir marihuana porque es natural.

Actualmente estudios informan que la marihuana contiene sustancias químicas que al ser sintetizadas son útiles para tratar afecciones como náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia en pacientes con cáncer, incremento de apetito en pacientes con sida, dolor neuropático en esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson, no obstante es perjudicial para la madre tanto como para el producto (NIDA, 2023).

Por lo anterior recientemente El Diario Oficial de la Federación en México declara el uso de marihuana con fines médicos, que es a base de fármacos elaborados de tetrahidrocannabinol (TCH) y aceite de cannabidiol (CBD) extraído de la planta de marihuana (Gobierno de la República Mexicana, 2018). Estos resultados pueden ser debido a las experiencias personales, informaciones recibidas de otras personas como la familia, amigos o medios de

comunicación hacia las mujeres, en donde existe información distorsionada generando dudosas creencias, es probable que se genere en el pensamiento de la estudiante una dualidad entre lo bueno y lo malo sobre lo que significa el consumo de marihuana, ya que por una parte la estudiante puede conocer que la marihuana es una droga ilícita con efectos positivos como negativos, y por otro lado los pronunciamientos políticos, en salud, y en materia de jurisprudencia realizados desde el año 2016 a la fecha, crean una visión del consumo de marihuana como algo bueno (NIDA, 2023).

Respecto al objetivo específico, que fue identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de marihuana en las mujeres jóvenes consumidoras de marihuana, el 37.6% mencionó haber realizado esta conducta alguna vez en la vida, el 16.5% lo hizo durante los últimos 12 meses, 3.1% inhaló marihuana los últimos treinta días y el 1.7% lo hizo los últimos siete días; según algunos autores estos datos son más elevados indicando una prevalencia de consumo de marihuana global de 15.7%-29.1%; sin embargo es más baja la ingesta comparada con la prevalencia lápsica (16.0%), actual (5.0%), e instantánea

(8.2%) (Castro et al., 2016 y Galván-Sánchez, 2015).

CONCLUSION

El consumo de marihuana se da en mayor frecuencia cada tres meses, cada quince días y en menor proporción cada dos meses, en cuanto a la cantidad la mayoría de las estudiantes ingiere solo algunas inhaladas por ocasión, seguido de medio cigarro y un cigarro de marihuana por ocasión.

Respecto a las creencias sobre el consumo de marihuana se encontró que las mujeres piensan en general que el consumo de marihuana es malo para la salud, pero es buena para uso terapéutico o medicinal;

Limitaciones

Una limitación para abordar el presente trabajo de investigación, fue que en la literatura científica no se encontró un instrumento empírico para la medición de

Recomendaciones

Se recomienda diseñar en el futuro intervenciones de enfermería para prevenir el consumo de marihuana en las mujeres jóvenes, madres jóvenes en estado gestacional y de lactancia, fortaleciendo las creencias sobre las consecuencias negativas del consumo de marihuana tanto en la madre como en el producto a corto y

además reportan que las principales causas que tienen las mujeres embarazadas y mujeres que proporcionan lactancia materna para consumir marihuana es porque creen que les puede causar algún daño al bebe, como abortos, malformaciones o muerte. Sin embargo, algunas de ellas mencionan creencias positivas indicando que depende de la cantidad que se consume de marihuana para que tenga un efecto negativo porque es natural.

la variable “creencias sobre el consumo de marihuana” en población de madres jóvenes.

largo plazo, informando las consecuencias negativas que genera el consumo de la sustancia.

Realizar un estudio cuantitativo comparando el consumo de marihuana entre mujeres sin hijos, mujeres en estado gestacional y mujeres en periodo de lactancia.

Se recomienda realizar un estudio cuantitativo para describir la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de marihuana en mujeres jóvenes por estado civil, grado escolar y ocupación.

Se sugiere considerar las creencias identificadas en este estudio de manera descriptiva, en futuros estudios cualitativos para enriquecer la variable de estudio.

REFERENCIAS

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Centros de Integración Juvenil. (2018). Diagnóstico del consumo de drogas en el área de influencia del CIJ Miguel Hidalgo. <http://www.cij.gob.mx/ebco20182024/9430/9430CD.html#:~:text=L a%20prevalencia%20del%20consumo%20de%20drogas%20en%20 hombres%20y%20mujeres,present aron%20consumo%20en%20el%20% C3%BA ltim o>
- Castro, M.M., Duarte, M.V., Barceló, J.G., Báez, P., González, G., Sosa, C. (2016). Consumo de tabaco, alcohol y marihuana según auto declaración en mujeres que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rosell. *Revista Médica Uruguay*. 32(4), 234-241. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v32n4/v32n4a02.pdf>.
- Flynn, H. A., Marcus, S. M., Barry, K. L. & Blow, F. C. (2003). Rates and correlates of alcohol use among pregnant women in obstetrics clinics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(1), 81-87. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000046595.47491.37>
- Galván, G., Sánchez-Carballo, A., Gómez-Morales, I., Humánez-Julio, O., Guerrero-Martelo, M., & Vásquez, H. F. (2016). Sistema de creencias en relación al cannabis, su uso y consecuencias: consumidores versus no consumidores de una población de universitarios colombianos. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 27, 434-442. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/vertex130e.php>
- Gobierno de la República Mexicana. (2018). Debate nacional sobre el uso de marihuana. Recuperado de <https://www.gob.mx/debatemarihuana>
- Ko, J.Y., Farr, A.L., Tong, T.V., Creanga, A.A., Callaghan, W.M. (2015). Prevalence and patterns of marijuana use among pregnant and nonpregnant women of reproductive age. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 201. 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.03.021>
- National Institute on Drug Abuse. (2023). ¿El consumo de marihuana durante el embarazo y después del parto puede perjudicar al bebé? (NIDA. Serie de reportes de investigación). <https://nida.nih.gov/es/publicacion/es/serie-de-reportes/la-marihuana/el-consumo-de->

- [marihuana-durante-el-embarazo-y-despues-del-parto-puede-perjudicar-al-bebe](#)
- National Institute on Drug Abuse. (2021). Substance Use in Women Research Report. (NIDA. Serie de reportes de investigación). <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/summary>
- Polit, D. y Tatano, C. (2018). *Investigación en Enfermería* (9.ª ed.). Wolters Kluwer.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (02 de abril de 2014). <https://up-pe.libguides.com/c.php?g=1043492&p=7615241>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2021). Estrategia ONUDC 2021-2015. https://www.unodc.org/res/strategy/full-strategy_html/full-strategy-ES.pdf
- Secretaría de Gobernación. (2018). Debate nacional sobre el uso de marihuana. Recuperado de <https://www.gob.mx/debatemarihuana>
- Stephen, N., Pastori, B., O'Brien, C y Hardisty, M. (2022). The Global Cannabis Report. New Frontier data. <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Drogas de Abuso/Articulos/GlobalCannabisReport2022.pdf>

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA PRÁCTICA DE AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS DE EDAD EN LA COMUNIDAD SANTUARIO IRA. SECCIÓN DE JALPA DE MÉNDEZ, TABASCO, MÉXICO”.

“Educational intervention on the practice of Breast Self-Examination in women between 20 and 50 years of age in the Santuario Ira Community. Section of Jalpa de Méndez, Tabasco, Mexico”

Mariana López López, Aralucy Cruz León

Financiamiento: ninguno

Conflicto de intereses: ninguno

enfer_123@hotmail.com

Recepción: 13 06 2023

Aceptación 25 11 2023

RESUMEN

El cáncer de mama es la réplica sin control de células en la glándula mamaria, es curable si se descubre en etapas iniciales. La Organización Mundial de la Salud recomienda la autoexploración mamaria como una práctica que empodera a las mujeres, en la que ellas son responsables de su propia salud, como parte de su autocuidado. **Objetivo.** Evaluar la efectividad de la intervención educativa sobre el conocimiento y la práctica de la Autoexploración mamaria (AEM) en mujeres de una comunidad del estado de Tabasco. **Material y Método.** El método utilizado fue cuantitativo con diseño cuasi experimental con un grupo control; el grupo experimental se sometió a tres dosis de intervención educativa y con prueba previas y posteriores a ambos grupos. **Resultados.** En el grupo control con una n= 30 mujeres de 20 a 50 años de edad, en el pre test de conocimiento de la Autoexploración mamaria (AEM) se obtuvo un resultado de 56.7% no sabe en qué consiste la AEM, en relación a la práctica de la AEM en el pre test el 100% de las mujeres obtuvieron una mala práctica. En el grupo experimental con una n=30 participantes en el pre – test el 60 % si tenía conocimiento de la AEM, al término de la intervención el 93.3% presentó conocimiento de la AEM. En los datos obtenidos del pre - test con relación a la práctica de la AEM, el 93.3% tuvo mala práctica, después de la intervención el 100 % tuvo buena práctica. Para ambas variables se corrió una t de Student a la variable de Conocimiento de la autoexploración mamaria en la primera y segunda medición, así como a la de Práctica de la autoexploración mamaria. **Conclusión.** Posterior a la aplicación de la intervención educativa el 100 % las mujeres obtuvieron el conocimiento en la AEM, y practica correcta.

Palabras clave: intervención educativa, autoexploración mamaria, práctica

ABSTRACT

Objective. To evaluate the effectiveness of educational intervention on the knowledge and practice of WEA in women in a community in the state of Tabasco. **Material and Method.** The method used was quantitative with a quasi-experimental design with a control group; the experimental group was subjected to three doses of educational intervention and with pre and post test to both groups. **Results.** In the control group with a n= 30 women from 20 to 50 years of age, in the pre-test of knowledge of breast self-examination (BSE) a result of 56.7% was obtained. In relation to the practice of BSE in the pre-test 100% of the women obtained a bad practice. In the experimental group with a n = 30 participants in the pre - test 60% if they had knowledge of EMA, at the end of the intervention 93.3% presented knowledge of EMA. In the data obtained from the pre-test in relation to the practice of AEM, 93.3% had bad practice, after the intervention 100% had good practice. For both variables a t Student was run to the variable of Knowledge of breast self-examination in the first and second measurement, as well as to the variable of Practice of breast self-examination. **Conclusion.** After the application of the educational intervention, 100% of the women obtained knowledge in the AEM, and correct practice

Key words: educational intervention, breast self-examination, practice

INTRODUCCIÓN

El cáncer es el crecimiento acelerado de las células, es la reproducción sin control de células en la glándula mamaria; siendo una neoplasia que causa la muerte a millares de mujeres alrededor del mundo. Hoy en día la patología no distingue, raza, posición económica, zona geográfica. Según el Modelo de Patología Mamaria de la SS el Cáncer es curable si se detecta en etapas tempranas, debe ser diagnosticado antes de que desarrolle a metástasis; utilizando cirugía y radioterapia.

Aunque no se conoce la causa que lo desarrolle, existen diversos factores que lo desencadenan. La Norma Oficial Mexicana 041 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de Mama (NOM-041-SSA2, 2011) clasifica los factores de riesgo para el CaMa como: biológicos, iatrogénicos o ambientales, de historia reproductiva y de estilos de vida.

Actualmente constituye la primera causa de muerte en el mundo, con base a los a datos de International Agency Research Of Cancer los países con más defunciones en el 2012 son: Estados Unidos de América con 293 353, en

América Central México 40 053, en Sudamérica Argentina 31 260 y Brasil 103 606; China 776 485, India 326 100, Federación de Rusia 138 223, Japón 155 832, Alemania 100 029 y Ucrania con 38 789 defunciones.

La prevalencia y mortalidad del CaMa aumentará en los próximos años, para 2025 la OMS pronostica que incremente 2.5 millones de nuevos casos y 800,000 muertes (Acuña y Gutiérrez, 2015).

En México desde el 2006, el CaMa ocupa el primer lugar de mortalidad en mujeres, desplazando al Cáncer de Cuello Uterino, desde entonces se ha incrementado la tasa de defunciones. Según datos del Sistema Epidemiológico Estadístico SIMBA (Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud) en el 2018 ocurrieron 5228 casos de mortalidad, con una tasa de 12.38 por cada 100,000 en mujeres de 20 años y más. En el 2015 el grupo de mujeres de 25 años y más se registraron 6,252 fallecimientos con una tasa cruda de 18 decesos por 100,000 mujeres.

Según el análisis planteado por el Instituto Nacional de Estadística y

Geografía (INEGI) en México la tasa de mortalidad por CaMa ha aumentado durante el periodo 2011 al 2016, en el 2011 en mujeres de 20 años y más se obtuvo una tasa de 13.92 en comparación con el 2016 donde se nota el incremento con un 16.12, con 16 defunciones por cada 100 000 mujeres; los grupos de edad donde se ve reflejado el incremento de casos de mortalidad es de 30 a 59 años con una tasa de 14.36 por cada 100 000 habitantes. En el 2017 se obtuvo una tasa de 19.2 con un total de 6942 defunciones ocurridas, de acuerdo a datos preliminares de la base de la DGIS de la SS.

En México de acuerdo con datos del (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018) la mortalidad por CaMa ha presentado un aumento en el periodo del 2011 al 2016. En el 2011 en mujeres de 20 años y más se obtuvo una tasa de 13.92 por cada 100,000 mujeres, siendo el 2016 el año con la tasa más elevada con 16.12, es decir 16 decesos por cada 100,000 mujeres de 20 años y más.

Las entidades con donde se presentó incremento de la mortalidad por CaMa fueron: Sonora (28.6), Nuevo León (26), Coahuila (25.7), Chihuahua (24.8), Cd. México (24.7) y Sinaloa (22.2). La edad promedio de aparición de los casos

fue de 54.9 años, mientras que la incidencia se registra en el grupo de 50 a 59 años con el 45% de todos los casos, de acuerdo a Datos de Información Estadística de CAMA de la SS.

El CaMa se presenta más en países con economía emergentes que en los países con ingreso alto, esto debido a los alcances que se tiene para su detección oportuna en relación a estrategias y tecnología.

En el Estado de Tabasco la mortalidad por este padecimiento ha venido aumentando cada año, se posiciona en primer lugar en mujeres por neoplasias, en el 2010 y en el 2016 en mujeres de más de 25 años de edad se obtuvo una tasa de mortalidad de 13.7 y 13.1.

La NOM O41- SSA, (2011) refiere que la incidencia y la mortalidad aumentara significativamente a causa del envejecimiento poblacional, las modificaciones en los patrones reproductivos, a un incremento de prevalencia de los factores de riesgo y a las dificultades para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento idóneo; entre las medidas de prevención secundaria se encuentra la enseñanza de autoexploración a mujeres

desde los 20 años y la exploración clínica mamaria de 25 años y más. Establece que se debe hacer promoción para una oportuna detección de CaMa en la que se incluya a la autoexploración mamaria (AEM) explicando los síntomas de la patología, la realización de exploración clínica mamaria a toda mujer mayor de 25 años y la mastografía a mujeres de 40 a 69 años de edad.

En la revisión sistemática de Menor, Aguilar, Mur y Santana (2016), de la efectividad de las intervenciones educativas en salud, en el cual revisó 24 estudios publicados desde el 2010 hasta marzo de 2016, teniendo como año de publicación promedio fue el 2015 \pm 2.87, concluye que los estudios indican que las intervenciones educativas conforman un recurso apto para obtener cambios en los estilos de vida, específicamente en las edades tempranas. Refiere que las intervenciones que tienen relación con el vínculo familiar en gran medida son efectivas. Las actividades que ayudan a las personas para que acepten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que favorezcan a la salud, establecen elementos esenciales de una intervención educativa eficaz, se logran mejores

resultados las intervenciones más duraderas. Refiere que una intervención en salud son acciones dirigidas para fomentar hábitos convenientes, prevenir enfermedades, complicaciones y mejorar la calidad de vida; es una pieza clave para la atención en salud. El objetivo de las intervenciones es transmitir e incentivar a la población o grupo a que apliquen dicha acción admitida y mantengan prácticas saludables; que se realice un cambio en la formación del capital humano y por supuesto en la investigación.

Según Santana, Zepeda, González y Meléndez (2015) propone que es fundamental estandarizar la técnica de la AEM teniendo como base la guía de práctica clínica y en la enseñanza al personal de salud para efectuar la exploración clínica y aclarar las dudas de las pacientes. Éstas generalmente enfocan la autoexploración en la palpación de la mama, excluyendo la búsqueda sistemática de ganglios cervicales supraclaviculares, axilares y la expresión del pezón. En la población predomina el poco interés en el aprendizaje de la autoexploración mamaria. Sugiere que es fundamental fomentar aún más las campañas educativas centradas a la

población donde sean más jóvenes y vulnerables.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa sobre el conocimiento y la práctica correcta de la AEM en mujeres de 20 a 50 años de edad?

Objetivos General

Evaluar la efectividad de la intervención educativa sobre el conocimiento y la práctica de la AEM en mujeres de una comunidad rural del estado de Tabasco.

MÉTODO

El método que se usó es cuantitativo con diseño cuasi experimental con un grupo control; el grupo experimental se sometió a tres dosis de intervención educativa y el control el cual no tendrá ninguna, con prueba previas y posteriores a ambos grupos.

Población, muestreo y muestra. La siguiente investigación tuvo por objeto de estudio mujeres de 20 a 50 años de edad de la comunidad Santuario del Municipio de Jalpa de Méndez, Tabasco.

Se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio, para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó de la fórmula para población finita (Castellanos, 2011), la cual fue 60 mujeres de las cuales se dividió

Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de la población a estudiar.

2. Evaluar el conocimiento de las mujeres a estudiar y la práctica correcta de la AEM

3. Comprobar la eficacia de la intervención educativa mediante la práctica de la AEM en la población a estudiar

30 para el grupo experimental y 30 para el grupo control, estuvieron seleccionadas de manera aleatoria del censo nominal de la Unidad de Salud de mujeres mayores de 20 hasta los 50 años.

Criterios de inclusión

Mujeres de 20 a 50 años de edad y disponibilidad de los participantes

Criterios de exclusión

Mujeres de que hayan padecido cáncer de mama o que tengan mastectomía

Procedimiento de recolección de datos. Se aplicaron tres sesiones educativas cada semana del periodo de diciembre del 2019 a febrero 2020, en la que el grupo control fue dividido en 15 personas para que fuera más efectivo el aprendizaje. Al término de

la última sesión se evaluó a los 8 días; se efectuó la prueba post test para evaluar el conocimiento y práctica de la AEM.

Para la recolección de datos se ejecutó en 3 momentos

1.- Se procedió a realizar visita domiciliaria a las mujeres seleccionadas para efectuar entrevistas con las participantes de los ambos grupos, al grupo experimental se les explicó el procedimiento de la formación del grupo y los objetivos de la intervención, tiempo y duración de los mismos. Posteriormente se aplicaron los pres test a ambos grupos.

2. Intervención educativa

Se realizó una intervención educativa con 03 sesiones, con una de duración de 02 horas con 50 minutos aproximadamente cada una; en un intervalo de tiempo de una sesión cada 8 días en el Centro de Salud de la comunidad, debido a que no hubo otro espacio disponible. Se impartieron los siguientes temas:

- Sesión 1. Anatomía y Fisiología de la glándula mamaria. Mediante la proyección de diapositivas haciendo revisión de la literatura en el Manual de Exploración Clínica mamaria, se describió la anatomía de la glándula mamaria, así como su función en el organismo

- Sesión 2. CaMa y la AEM. Mediante la proyección de diapositivas se explicó la patología; los signos y síntomas de alarma que todas mujeres debe tener presente al momento de efectuarse la AEX (NOM -041- SSA, (2011).

- Sesión 3. Enseñanza de la técnica de la AEM mediante la demostración de un modelo anatómico de mamas de textura de silicón, de acuerdo a lo estipulado por el Manual de la Exploración Clínica Mamaria y la NOM- 041- SSA (2011).

3.- Evaluación. A los 8 días posteriores al término de la intervención educativa se procedió a realizar la aplicación del post test, simultáneamente también al grupo control.

Instrumentos y Mediciones. Se usó dos instrumentos uno para evaluar el conocimiento que poseen las mujeres en ambos grupos acerca de la AEM; se aplicó al grupo control y antes de la intervención educativa al grupo experimental.

El primer instrumento que se utilizó para evaluar el nivel de conocimiento que también fue empleado por Blossiers, M (2012) consta de 06 ítems; en el cual se consideró una escala de 01 punto para la respuesta correctas y 0 puntos para alternativas incorrecta. Se califica mayor o igual al 70%, cuando 04 respuestas son

correctas de 0 a 6 preguntas, y menos de 04 respuestas incorrectas. El valor obtenido del coeficiente Alfa de Crombach fue de 0.632.

Posteriormente para evaluar la práctica correcta se requirió de una lista de chequeo correspondiente a la autoexploración mediante la técnica de observación; consta de 17 ítems para marcar Sí o No, la cual contiene: presentación, instrucciones, pasos de la técnica de autoexamen de mamas y evaluación, en la cual para tener una buena práctica el resultado fue de 9 a 17 puntos (53- 100%) y para una mala práctica de 0 a 8 punto (menos del 53%). La lista de chequeo implementada fue elaborada por las investigadoras en su residencia con el objetivo de evaluar la

RESULTADOS

En cuando a los aspectos sociodemográficos en el grupo Experimental los 22 años fue la edad mínima y de 49 años la máxima, y la edad promedio de 34 años de edad; el rango donde predomino la cantidad de participantes fue de 30 a 34 años representando el 33.3% (10). Por ocupación las mujeres encuestadas el 76.7% (23) señalaron que son ama de casa; el 83.3% (25) profesan la religión católica. El estado civil que predomino fue la

práctica del Autoexploración de mamas, tuvo una validez del 93.05% de confiabilidad.

Consideraciones Éticas. Esta investigación se efectuó bajo los lineamientos del artículo 17 del Reglamento perteneciente a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, al tratarse de una intervención educativa no puso en riesgo la integridad de las participantes, cuyos nombres se mantuvieron en estricto anonimato, se requirió y firmaron el consentimiento informado, considerando también los principios éticos para la las investigaciones medicas en seres humanos correspondientes a la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial , 2017).

casada con el 56.7% (17), seguidas por el 33.3% (10) que viven en unión libre. El 43.3% (13) tiene 3 hijos. En el grupo Control la edad mínima fue de 20 años, la edad promedio fue en el grupo etario de 30 - 34 años con un 26.6% (8), el estado civil casada predominó con un 53.3% (16). El número de hijos que más prevaleció es de 1 a 3 con un 76.6% (23).

Determinación de nivel de conocimiento y la autoexploración mamaria

En la pre evaluación el grupo Experimental el 60% (18) posee conocimiento de la autoexploración mamaria, de las cuales el 50 % sabe cuándo debe efectuarse la autoexploración mamaria, el 63.3% refieren como deben de auto examinarse las mamas, mientras que en el grupo Control el 56.7% (17) de las mujeres encuestadas poseen el conocimiento de la autoexploración

mamaria, y el 80% sabe de la importancia de la autoexploración mamaria. En la Evaluación (post test) se observó que el grupo que fue sometido a la intervención, obtuvo una medición del 96.7% aumento su nivel de conocimiento de la autoexploración mamaria mientras que en el grupo Control el 50 % (15) solo tienen conocimiento de la misma. (Ver tabla 1).

Tabla 1

Post test. Nivel de Conocimiento de autoexploración en ambos grupos

Conocimiento	Grupo experimental		Grupo control	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Con conocimiento	29	96.7%	15	50.0
Sin conocimiento	1	3.3%	15	50.0

Fuente: elaboración propia a partir del procesamiento de datos del CCOUEX n=30

Nota: *f* (frecuencia), % (porcentaje)

Determinación de nivel de práctica de la autoexploración mamaria en el Grupo Experimental y Control

En el grupo Experimental el resultado de la primera evaluación (pre test) de la variable de práctica de autoexploración mamaria el 93.3% (28) tiene una mala práctica, y solo el 6.7% tiene buena práctica; mientras que en el grupo Control el 100% (30) tienen mala práctica.

Al grupo experimental, en la segunda evaluación el 100%(30) obtuvo una buena práctica; en la cual el 93.3(28)% sitúa las manos en la cintura y frente al espejo; el 66.7% (20) realiza la búsqueda de asimetría en el desarrollo de las mamas, si hay retracciones en la piel que descubren las mamas, si hay edema o ulceración del pezón; el 96.7% (29)

realiza el paso de estar sentada o parada palpa las axilas con movimientos redondeados hasta el área supra e infra clavicular procurando reconocer la

existencia de bultos. En el grupo Control persevero el nivel de mala práctica con el 100% de las participantes. (Ver tabla 2).

Tabla 2

Post test. Determinación del nivel de práctica de la autoexploración mamaria en ambos grupos

Práctica	Grupo experimental		Grupo control	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Buena práctica	30	100.0	-	-
Mala práctica	-	-	30	100

Fuente: elaboración propia a partir del procesamiento de datos del CPAUEX $n=30$

Nota: *f* (frecuencia), % (porcentaje).

De acuerdo a los resultados del pre test de la lista de chequeo para evaluar la práctica de la AEM en el Grupo Experimental se obtuvieron los siguientes datos: el 90% (27) de las participantes no efectúa el posicionamiento de las manos en la cintura y frente al espejo, el 90%(27) no buscan la asimetría en el desarrollo de las mamas, si hay retracciones en la piel que descubren las mamas, si hay edema o lesión del pezón; el 93.3% (28) no efectúa el paso de continuar con el área, desde la periferia hasta la areola y el pezón; mientras que el 72% (22) no examina las axilas con movimientos circulares hasta el

área supra e infra clavicular tratando de identificar la existencia de nódulos. Mientras que en el post test se los datos obtenidos fueron: el 93.3% si coloca las manos en la cintura y frente al espejo; el 66.7% (20) indaga en la asimetría de las mamas, si hay retracciones en la piel que descubren las mamas, si hay edema o ulceración del pezón; el 53.3% (16) continúa con el área, hasta el pezón; y el 100% (30) efectúa el paso para ambas mamas, en la cual se debe posicionar la mano detrás de la cabeza , elevar el codo, revisión de pezón, la axila y las área de supra e infra clavicular.

Los resultados del Pre test de la lista de chequeo para evaluar la práctica de la AEM del grupo control : el 100% (30) de las participantes realiza de manera incorrecta la observación de las mamas frente al espejo con los brazos a los costados; el 96.7% (29) no realiza la inspección de las mamas frente al espejo con los brazos a los laterales; el 96.7%(29)

no continúa con el área, hasta llegar al pezón; el 60% (18) ejecutan de forma incorrecta la presión al pezón con el dedo pulgar y el índice, y el 76.7% (23) para ambos senos no lleva a cabo la colocación de la mano detrás de la cabeza, y no las palpa, así como las áreas supra e infra clavicular.

Prueba t de Student de las variables Conocimiento y Práctica de la autoexploración mamaria en ambos grupos.

Tabla 3

Prueba t – Student Pretest y post test del Grupo experimental de las mediciones de Conocimiento de la autoexploración mamaria y Práctica de la Autoexploración mamaria

	Med	DE	Error típico de la med	95% IC		t	gl	Sig (bilateral)
				inferior	Superior			
Pre test CCOAUEx – Post test CCOAUEx	-1.400	1.545	.282	-1.977	-.823	-4.964	29	0.000
Pre test y post test CPAUEx	-9.633	4.375	.799	-11.267	-8.000	-12.062	29	0.000

Nota: CCOAUEx =Cuestionario de Conocimiento de la autoexploración mamaria CPAUEx = Cuestionario de la Practica de la Autoexploración mamaria, Med= mediana, DE= desviación estándar, t= t de student, gl= grados de libertad, sig= significancia, Ic= intervalo de confianza

En relación a la variable de Conocimiento de la autoexploración mamaria en la primera y segunda medición se observa un valor de t de -4.964 , $gl = 29$ grados de libertad y $p = 0.000$, menor que 0.05 por lo que el nivel de conocimiento es diferente entre la primera y la segunda medición (Pre test y post test, ver tabla 5).

En cuanto a la variable Práctica de la autoexploración mamaria se observa un valor de t de -12.062 , $gl = 29$ grados de libertad y $p = 0.000$, menor que 0.05 por lo que el nivel de práctica de la autoexploración es diferente entre la primera y la segunda medición (Pre test y post test).

Tabla 4

Prueba T – Student de muestras relacionadas en el Grupo Control de las mediciones de Conocimiento de la autoexploración mamaria y Práctica de la Autoexploración mamaria

	M	DE	Error típico de la med	95% IC		t	gl	Sig (bilateral)
				Inferior	superior			
Pre test – CCOAUE X	.43	1.1	.213	-.002	.868	2.03	29	.051
Post test 3		65				7		
Pre test y post test CPAUEX	.30	1.1	.210	-.129	.929	1.43	29	.163
		49				0		

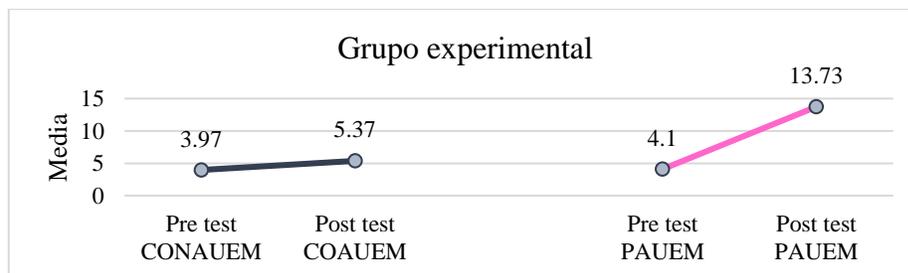
Nota: CCOAUEX =Cuestionario de Conocimiento de la autoexploración mamaria CPAUEX = Cuestionario de la Practica de la Autoexploración mamaria, Med= mediana, DE= desviación estándar, t= t de Student, gl= grados de libertad, Sig= significancia, IC= intervalo de confianza

En el grupo control en ninguna de las variables hay incremento de las variables por lo tanto no hay significancia estadística. (Ver tabla 4)

Determinación de la intervención educativa en el grupo experimental

Tabla 5

Representación gráfica el resultado de la Media en el Grupo experimental antes y después de la intervención



Fuente:

Elaboración propia a partir de análisis de los datos, de las muestras relacionadas Pre test y Post test.

La práctica de la autoexploración mamaria donde se obtuvo una media de 5.37 antes de la intervención educativa y después una de 13.73, con una relación negativa de $r = -.450$, $p = 0.013$

DISCUSION

El objetivo de esta investigación fue el evaluar la efectividad de la intervención educativa en mujeres de 20 a 50 años de edad en la comunidad de Jalpa de Méndez Tabasco, estuvo conformado por dos grupos: Experimental y Control. Lo resultados fueron los siguientes: en el grupo experimental en relación al conocimiento de la autoexploración mamaria en el pre evaluación se obtuvo el 60% de las participantes contaban con conocimiento, en la cual el 50% conoce de la frecuencia de la realización del AEM; posteriormente a la intervención se incrementó a un 96,7% de las participantes, aumentando en un 93,3% el conocimiento de la frecuencia de la realización de la AEM. Dichos resultados coinciden con los logrados en la investigación de Martínez et al (2016) en el cual en la post evolución los resultados fueron un 90% de las mujeres el nivel de conocimiento obtenido fue alto. Mientras que en el estudio de Blossiers (2014) de conocimiento y práctica de la AEM; el 89.52% de las encuestadas tenían conocimiento de la AEM, donde el

62.10% no conoce el periodo de práctica de la AEM

En el estudio de Huamanchumo (2016), previamente a la intervención educativa las participantes el 63% el conocimiento de la AEM fue malo, mientras que después de ésta el nivel fue bueno en el 94% de las encuestadas. En el pre test el resultado fue del 93.3 % de las participantes tenían mala práctica de la AEM, de los cuales el 97% no busca las características al momento de efectuar la AEM: asimetría de senos, retracciones de la piel, edema o ulceración del pezón; mientras que el 72% no inspecciona las axilas con movimientos circulares hasta el área supra e infra clavicular, pretendiendo distinguir la presencia de bultos, coincidiendo este último paso con el estudio de Santana et al (2015) que refiere falta de la revisión de la región supraclavicular, cervical lateral o axilar.

La evaluación post test se obtuvo que el 100% de las participantes tuvieron buena práctica, reflejando un aumento del 66.7% de las encuestadas si busca asimetría de las mamas, desplazamiento en la piel,

edema o ulceración del pezón; el 53.3% efectúa el paso de la palpación desde la periferia hasta la areola y el pezón, en cambio Santana et al (2015) en su investigación obtuvo que en la segunda evolución hubo un incremento en los pasos en la revisión del área supraclavicular, orden de la palpación de la mama y exploración de la cara lateral del cuello.

Los resultados en el grupo control fueron de la siguiente manera: nivel de conocimiento el pre test se obtuvo un 56.7% no tenían conocimiento de la AEM, mientras que el post test se obtuvo un 50%; estos resultados no presentaron una variación importante. Mientras que el nivel de práctica de la AEM el 100% de las mujeres que conformaban este grupo tuvo mala práctica en las dos evaluaciones, estos datos obtenidos de la pre test y post test coinciden con los obtenidos en el estudio de Martínez et al (2016) el 100% de la encuestadas no realizan la técnica de la AEM.

Para determinar si la intervención educativa influyó para generar más conocimiento y la práctica correcta en las mujeres que participaron en este estudio se corrió la prueba t de Student en los resultados de pre test y post test del grupo experimental, se obtuvo una $t = -.964$, $gl =$

29 grados de libertad y $p = 0.000$ menor que 0.05, el nivel de conocimiento es diferente entre la primera y la segunda medición. En cuanto a la práctica de la UEM se tuvo de t de -12.062 y $p = 0.000$, menor que 0.05 por lo que el nivel de práctica de la autoexploración es diferente entre la primera y la segunda medición (pre test y post test) por lo que hay una significancia estadística.

En cambio, en el grupo Control de igual forma se corrió la prueba paramétrica t de Student la cual no se obtuvo una significancia estadística en las evaluaciones de pre test post test de conocimiento de la AEM cuya t fue de 2.037 y una $p = 0.51$ mientras que en la práctica de la AEM el resultado de la $t = 1.430$ con una $p = .163$.

Castañeda et al (2017) en su estudio Señala que al realizar intervenciones con enseñanzas en la práctica de la AEM incrementa y refuerzan el conocimiento de las mujeres; Santana et al (2015) refiere que la AEM supervisada puede utilizarse como método complementario de educación a la población.

Para Cancela et al (2015) concluye en su estudio que la mayoría de las mujeres poseen el conocimiento de la AEM, pero no llevan a cabo la técnica correcta.

CONCLUSION

De acuerdo a los resultado obtenidos más del 60% de las mujeres que conformaron ambos grupos poseen los conocimiento sobre la AEM, sin embargo no llevan un práctica adecuada, posterior a la intervención en el grupo experimental las mujeres obtuvieron los conocimiento y la

práctica correcta de la AEM, se logra a través de la enseñanza educativa que las mujeres adopten una conducta promotora en este caso que se efectúen correctamente la AEM, la cual juega un papel fundamental para que conozcan su cuerpo y soliciten la asesoría médica para un diagnóstico oportuno del CaMa.

REFERENCIAS

- Asociación Médica Mundial, 2017. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Blossier, M.C.M. (2012). Conocimientos y prácticas del autoexamen de mamas en universitarias de la escuela Académico Profesional de Medicina Humana y la facultad de educación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3770>
- Cancela, R.M.A; Contreras, H.J.M; Phinder, P.M; Acevedo, M.A y Sánchez, V.E.A. (2016) Nivel de conocimiento sobre autoexploración mamaria en mujeres de 20 a 59 años. *Revista de Medicina e investigación*, 4(1), 10-14. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-nivel-conocimiento-sobre-autoexploracion-mamaria-S221431061600008X>
- Castañeda, G, y Arce, J. (2017) Estrategias de enseñanza para incrementar los conocimientos de cáncer de mama y a técnica de autoexploración en m mujeres de San Pedro Rosal (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/70684/Tesis%20Estrategias%20de%20ense%C3%BAanza%20de%20enfermer%C3%ADa%20para%20incrementar%20los%20conocimientos%20de%20c%C3%A1ncer%20de%20mama%20y%20la%20t%C3%A9cnica%20de%20autoexploraci%C3%B3n%20mamaria%20en%20mujeres%20de%20San%20Pedro%20de%20Rosal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Compendio de Patología Mamaria (2002). Secretaria de Salud. México D.F. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15141/CompendioPatologiaMamariaCNEGSR.pdf>
- Diario oficial de la federación. Ley general de salud en materia de

- Investigación en Salud. (2014). Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- García, D.M., Pinchi, G.L.K y Jara, S.R.M. (2018). Conocimiento y prácticas del autoexamen mamario en mujeres del asentamiento humano Sol Naciente Distrito de Belén. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazona Peruana. Iquitos, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/6052>
- Huamanchumo, CH.M. (2017). Efecto de una intervención educativa sobre autoexamen en el conocimiento de las adolescentes de la Institución Educativa José Yataco Panchas Pueblo Nuevo (tesis de pregrado). Universidad Privada de San Juna Bautista, Lima Perú. Recuperado de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1232/T-TPLEMilagros%20Angelica%20Huamanchumo%20Chirinos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- International Agency for Research on Cancer. (2018). Cancer today. World Health Organization. Recuperado de http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-force-bubbles?mode=cancer&mode_population=continents&population=900&sex=2&cancer=15&type=1&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default
- Información Estadística de Cáncer de mama. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. (2016). Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Ccn>
- egsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama
- Manual de Exploración Clínica de las Mamas. (2007). Secretaría de Salud. Recuperado de <https://epdf.tips/manual-de-exploracion-clinica-de-las-mamas.html>
- Martínez, B.D.R., Medina, S.K.M y Verástegui, C.R.P. (2016). Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama en mujeres de 20 a 45 años para la detección de masificaciones en una comunidad urbano marginal de Lima Metropolitana (tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Perú. Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/842/Efectividad_MartinezBecerra_Dalia.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Menor, R.M.J., Aguilar, C.M.J., Mur, V.N y Santana, M.C. (2016). Efectividad de las intervenciones educativas en salud. Revisión sistemática. Medisur, 15 (1), 1-87. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms11115.pdf>
- Norma Oficial Mexicana 041 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de Mama (NOM-041-SSA2, 2011). Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011#gsc.tab=0
- Santana, Ch.L.A., Zepeda, F.S.E., González., M.L y Meléndez., M.J. (2015). Efectividad de la autoexploración mamaria

supervisada como estrategia educativa. Ginecología y Obstetricia de México, 83,522-528. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom159c.pdf>

Polit FD, Tatano BC. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería. 9ª ed. Barcelona, Spain. LWW. 2018

REFLEXIÓN SOBRE JUGUETE TERAPÉUTICO, DERECHOS DEL NIÑO Y BIENESTAR INFANTIL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.

Reflection on therapeutic play, children's rights and child welfare

Julia Maricela Torres Esperon, JMTE y Ledia Lazara Ramos Garcia, LLRG

Financiamiento: ninguno
Conflicto de intereses: ninguno
torresesperonm@gmail.com
Recepción: 25 11 23
Aceptación 25 12 23

RESUMEN

Jugar es un derecho de los niños como está aprobado en La Convención sobre los Derechos del Niño y en la hospitalización el juguete terapéutico es utilizado para minimizar los efectos negativos y les permite a los profesionales de enfermería brindar una atención humanizada. **Objetivo:** Realizar una reflexión sobre el uso de juguete terapéutico, los derechos del niño y el bienestar infantil durante la hospitalización. **Diseño metodológico:** Se trata de un teórico reflexivo. **Conclusiones:** La utilización de la tecnología de juguete terapéutico en los servicios de pediatría permitirá la humanización del cuidado, con la posibilidad de comprender la interacción que los infantes no consiguen entender, disminuir el estrés, el miedo y fortalecer la triada pediátrica, con lo cual se podrá restablecer la salud física y emocional de manera más rápida y mejor. Con ello además se responde a lo que recomienda La Convención sobre los Derechos del Niño, la Carta Europea de los niños hospitalizados y las definiciones de bienestar infantil.

Palabras clave: juguete terapéutico, enfermería, bienestar infantil, hospitalización

ABSTRACT

Playing is a right of children as approved in the Convention on the Rights of the Child and in hospitalization, the therapeutic play is used to minimize negative effects and allows nursing professionals to provide humanized care. **Objective:** To reflect on the use of therapeutic play, children's rights and child welfare. **Methodological design:** It is a reflective theorist. **Conclusions:** The use of therapeutic play technology in pediatric services will allow the humanization of care, with the possibility of understanding the interaction that infants cannot understand, reduce stress, fear and strengthen the pediatric triad, with which the possibility of the restoration of physical and emotional health is faster and better. This also responds to what is recommended by the Convention on the Rights of the Child, the European Charter for hospitalized children and the definitions of child welfare.

Keywords: therapeutic play, nursing, child welfare, hospitalization

INTRODUCCIÓN

En los servicios de Enfermería pediátrica es necesario contribuir en la ampliación de la asistencia humanizada y optimizar la calidad de la atención, la tecnología de Juguete Terapéutico les ofrece a los infantes la posibilidad de preparación ante la espera de lo que va a suceder. Es realizada con el objetivo de disminuir la ansiedad, miedo y dudas asociadas a una situación no habitual. (Koller, 2008, Claus et al., 2021)

Las investigaciones han evidenciado las ventajas que el juguete terapéutico afirman que el juego como una acción asistencial de los profesionales de enfermería, mejora las prácticas y realiza un cuidado humanizado. Estos profesionales asumen un rol de gestión, formación y promoción en un ambiente lúdico, con acciones integradas entre jugar y cuidar, en el cuidado infantil. (Maia, et al, 2022). Es por ello la utilidad de su aplicación en el proceso de hospitalización, el que se torna una situación difícil para los pacientes pediátricos, alejados de su entorno familiar, en un medio desconocido y agresivo.

Una forma de promover y proteger los derechos de la infancia es la Convención sobre los Derechos del Niño, a lo largo de

sus 54 artículos, reconoce que los niños (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones. Además, la Convención es también un modelo para la salud, la supervivencia y el progreso de toda la sociedad humana. (Rodríguez, 2020)

Otros derechos también aprobados para los niños son los de la hospitalización, lo que se aprobaron en la Carta Europea de los niños hospitalizados, (serie A-Documento A 2-25/87-14 de abril de 1986. El Presidente del Parlamento Europeo transmitió esta resolución al Consejo de Europa, al Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y a la Organización Mundial de la Salud, (Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 1986).

De ahí que los profesionales de la salud como prestadores de los servicios, deben garantizar al niño durante su estadía la vigencia plena de todos sus derechos: a la vida, la salud, la alimentación, la educación, la cultura, la recreación, a la libertad, al respeto, a la dignidad, a la convivencia familiar, a no ser separado de sus padres, a la información, a la integridad física, moral y psicológica, el

derecho a ponerlos a salvo de todas las formas de negligencia y proporcionar bienestar.

La búsqueda del bienestar ha sido una importante motivación, generadora de acciones y eventos, incidiendo en la trayectoria sociocultural del colectivo humano. (Gutiérrez-Carmona et al, 2019). Dada la importancia que tiene el tema para humanizar el cuidado en los servicios de pediatría y las ventajas que ofrece en la recuperación de los infantes, se escribe este artículo con el objetivo de reflexionar sobre la relación entre el juguete terapéutico, los derechos del niño y el bienestar infantil durante la hospitalización.

Diseño metodológico: Se trata de un estudio teórico reflexivo, en el que se realizó revisión bibliográfica y documental de los temas abordados y se realiza un análisis de las autoras al respecto. Se contextualizan los principales temas empíricos y teóricos de una investigación en curso sobre la aplicación del juguete terapéutico para humanizar el cuidado en los servicios de ortopedia y traumatología pediátrica.

I- Los derechos del niño.

La Convención fue aprobada como tratado internacional de derechos humanos para

transformar las vidas de los niños, fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York (Estados Unidos de América) el 20 de noviembre de 1989. Dentro de los derechos fundamentales se encuentran: el derecho a la vida, todo niño tiene el derecho a vivir y hacerlo en condiciones óptimas. Cada niño tiene derecho a recibir una educación, la educación primaria debería ser gratuita, la educación secundaria y superior deben estar al alcance de todos los niños, los niños tienen derecho a una identidad, a una inscripción oficial de quiénes son, que incluya su nombre, nacionalidad y relaciones familiares, los niños tienen derecho a que se les proteja de realizar trabajos que sean peligrosos o nocivos para su formación, su salud o su crecimiento, todos los niños tienen derecho al descanso, a relajarse, a jugar, a participar en actividades culturales y creativas. Y tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, la libertad de expresión, la protección, la alimentación.

La Convención sobre los Derechos del Niño fue una inspiración para una mejor organización de la estancia de los niños y las niñas en el hospital, estos derechos se encuentran dentro de la Carta Europea de

los niños hospitalizados, se mencionan algunos a continuación:

- Los niños hospitalizados tendrán el derecho a estar acompañados durante todo el tiempo por sus padres o la persona que los sustituya.

- Los niños serán hospitalizados junto a otros niños con las mismas necesidades evolutivas y no serán ingresados en plantas de adultos. No habrá restricciones de edad para los visitantes de los niños hospitalizados.

- Los niños tendrán plenas oportunidades para el juego, las actividades recreativas y educativas que sean adecuadas a su edad y características, así como a estar en un entorno diseñado, amueblado, atendido y equipado en función de su necesidad.

- Los niños y sus padres tendrán el derecho a ser informados de manera apropiada a su edad y grado de comprensión. Se ofertarán las medidas necesarias para reducir su estrés físico y psicológico.

- Los niños serán atendidos por personal cualificado, con una formación y unas aptitudes que les permitan dar respuesta a las necesidades físicas, emocionales y de desarrollo, tanto de los niños como de sus familiares.

Hay que promover medidas de acción positiva que garanticen el pleno goce y ejercicio de los derechos establecidos en los tratados internacionales, en particular respecto de niños y niñas para garantizar su bienestar durante la hospitalización.

II- Bienestar infantil

El bienestar infantil es el conjunto de percepciones, evaluaciones y aspiraciones de los niños y las niñas sobre sus vidas. Es importante el desarrollo emocional, social y físico de un niño pequeño ya que tendrá un impacto directo en su desarrollo general y en el adulto que se convertirá. (Castilla-Peón, 2014). Su nivel de bienestar variará considerablemente en función de muchos factores vinculados a su situación personal y de contexto. De hecho, no todos los ámbitos o aspectos concretos de la vida de un niño influyen de la misma manera o tienen el mismo peso en su bienestar general.

Se ha comprobado también, que la salud física y el bienestar se relacionan de forma bidireccional. La percepción de salud física influye en la percepción del bienestar, y el sentir bienestar influye en todas las manifestaciones de la esfera humana, incluyendo las acciones que promueven y mantienen la salud. En tanto, altos niveles de bienestar intervienen en la

percepción de la salud física. (Gutiérrez-Carmona et al, 2019).

La aplicación del Juguetes Terapéuticos contribuye a promover el bienestar infantil, responde a la perspectiva de la atención centrada en el niño y respeta el derecho de jugar aun durante la hospitalización. Es factible en las edades de la infancia y la adolescencia y puede ser realizado por profesionales de diversas áreas.

El ingreso hospitalario bien sea para diagnóstico, revisión o tratamiento, enfrentan al niño a integrarse en un nuevo sistema que origina una importante fuente de conflictos y tensiones. El niño dejara sus actividades habituales de estudio, juego, hábitos alimenticios y de sueños para encontrarse en un medio hostil que provoca inseguridad, miedo, dudas, temores. Es deber de los hospitales y de sus funcionarios ayudar a atenuar y sobrellevar este momento difícil en la vida de los niños y proporcionarle las mejores condiciones durante su permanencia en la Institución. (De Mula Fuentes, et al,2018)

El bienestar infantil debe ser una premisa en las estrategias de atención de las instituciones hospitalarias, donde se busquen alternativas que minimicen los

efectos de la hospitalización, el juguete terapéutico puede una de ellas.

III Juguetes terapéuticos como tecnología para el cuidado

El juguete terapéutico es cada vez más utilizado en la perspectiva de la humanización del cuidado infantil, el uso de esta tecnología del cuidado ofrece ventajas que benefician la salud y recuperación del niño en el hospital. Dentro de ellas se encuentran que favorece la autonomía y el autocontrol, ayuda a lidiar con el ambiente desconocido. (Coelho et al,2021, Claus et al,2021)

Así mismo, los prepara para los procedimientos estresantes, mediante la simulación de situaciones hospitalarias por medio de la cual, tanto el niño como la niña, recibirá explicaciones sobre los procedimientos a los que será sometido. Con ello descargan la tensión después de dramatizar los procedimientos y de interactuar con los instrumentos utilizados o juguetes que los representan. En esta perspectiva ayuda a recuperarse de forma positiva, reduce el estrés y la necesidad de sedación en algunas intervenciones, ofrece beneficios a largo plazo, con respuestas de comportamientos más efectivos para enfrentar experiencias futuras. (Bertolini, et al.,2021, Claus et al.,2021)

El juguete terapéutico tiene diferentes modalidades que pueden ser aplicadas durante la hospitalización. Una sesión que se inicia con una modalidad puede acabar transformándose en otra durante el juego, no son los juguetes los que son terapéuticos, es el juego y la conducción del mismo lo que es terapéutico. Lo que debe permitir a los infantes total libertad de expresión. (Ribeiro et al., 2006, Bertolini et al., 2021) Los principales tipos se describen a seguir.

- Dramático. En este los niños y niñas descargan las emociones, dominan la situación, revelan sus necesidades, exploran los límites, permiten reconocerse mejor, cuestionan y reflexionan sobre la realidad.

- Capacitador de Funciones Fisiológicas. Se utilizan las funciones fisiológicas, permite potencializar las funciones orgánicas, enseña al infante sobre las funciones diarias.

- Instruccional. Se prepara a los infantes para los procedimientos, van a expresar sus dudas, miedos y temores.

Se describe que el juguete terapéutico permite a los profesionales de enfermería comprender sobre las necesidades individuales y emociones de niñas y niños. Facilita establecer un vínculo de confianza

con la enfermera que juega un rol fundamental en la triada pediátrica. (Ribeiro et al., 2006, Claus et al., 2021)

Esta tecnología va a contribuir en la ampliación de la asistencia humanizada y optimizar la calidad de la atención de los servicios de pediatría de la institución, dada la posibilidad que ofrece en la preparación del infante ante la espera de lo que va a suceder. Con el Juguete Terapéutico se proporciona la manipulación del material, el juego de rol, con lo que se facilita el conocimiento sobre los procedimientos a que serán expuestos. Se convierte en una vía mediante la cual puede expresar sus sentimientos, preocupaciones, favorece el afrontamiento y la adaptación de experimentar situaciones traumáticas y estresantes, e influye positivamente en su recuperación física y emocional. (De Mula Fuentes et al., 2018, Caleffi, 2016)

Se describe que el juguete terapéutico es un recurso para enfermería pediátrica que viabiliza el afrontamiento de los infantes en el proceso de enfermedad y hospitalización. (Coelho et al., 2021, Claus et al., 2021). Además, favorece que el niño se enfrente a las adversidades del nuevo contexto para él y se convierte en un medio de comunicación que revelan singularidad

y brindan confianza entre niños, profesionales familias. Las propias familias reconocen la fuerza de juguete terapéutico como aliado para que el niño se sienta más seguro ante el ingreso hospitalario y los miedos inherentes a la situación de hospitalización (Coelho et al,2021, Claus et al., 2021). Con ello se percibe las ventajas del empleo de esta tecnología y, además, la posibilidad de continuar la exploración en otras áreas de la pediatría para demostrar su pertinencia y aplicabilidad. (Berté et al.,2017, Coelho et al,2021, Claus et al, 2021)

IV –Relación entre juguete terapéutico, derechos del niño y el bienestar infantil

El juego tiene un importante papel en el desarrollo de la afectividad e identidad en las etapas iniciales permitiendo la libre expresión de emociones y el uso de la imaginación. Asimismo, no cabe duda tampoco de la importancia de esta actividad para el adecuado desarrollo psicomotor del niño, ayudando a la integración sensorio motora y contribuyendo por ello también al progreso de las estructuras cognitivas. En cuanto al desarrollo de la creatividad y la flexibilidad el juego cobra un protagonismo especial, de igual modo mediante el juego se adquieren pautas de

comunicación y socialización. (Requeiro Almeida, 2020)

El juego aparece como un elemento fundamental en los cuidados, tanto por su capacidad para promover un desarrollo equilibrado de los niños, como por las posibilidades terapéuticas que ofrece para mejorar la autoestima y aprender recursos de control y expresión emocional, o mejorar las relaciones entre los niños enfermos y su entorno. (Berté et al, 2017, Claus et al., 2021). Para estudiosos del tema como Freud, Piaget y Vygotsky el juego constituye un aspecto central del proceso de desarrollo Infantil. (Linaza, 2013)

Sin el juego, la persona no puede desarrollar su creatividad, su imaginación, su afectividad, su socialización, su espíritu constructivo, su capacidad crítica y su capacidad de comunicación y sistematización, por tanto, se habla de una actividad esencial para el desarrollo integral de la persona. (Gallardo López, 2018).En tal sentido se debe considerar la necesidad del juego en cualquiera de las circunstancias en las que se encuentre un niño o una niña, como es el caso de la hospitalización.

Al considerar que el juego aporta múltiples beneficios a niños y niñas, que ante

situaciones especiales como la hospitalización se convierte en un instrumento esencial para reducir la ansiedad, el estrés, y el de los padres, así como para facilitar la elaboración y aprendizaje de estrategias de afrontamiento eficaces.(Serradas Fonseca, 2021).Durante la hospitalización el juguete terapéutico favorece positivamente los efectos negativos de la misma y ofrece bienestar infantil a los niños y niñas. (De Mula Fuentes et al, 2018, Koller, 2008)

Lo que se persigue con la puesta en práctica de la tecnología de juguete terapéutico en el contexto hospitalario es promover una adecuada adaptación del paciente pediátrico a la experiencia de la enfermedad y la hospitalización. Se evidenció como estrategia efectiva en la reducción del miedo, la tensión, el dolor, disminuyó la preocupación y fortaleció la relación del niño con el profesional de enfermería. (Coelho et al, 2021, Claus et al, 2021)

El juego en el hospital es un derecho, juega un papel importante en la vida del niño, es crucial para su desarrollo motor, emocional, mental y social, proporciona bienestar y autoconfianza. Es una forma de comunicarse con el medio, de expresar sus

fantasías, sus deseos, sus experiencias vividas, sus conflictos, lo utiliza para mitigar sus sufrimientos. (Coelho et al, 2021)

Mediante el juego, los niños aprenden valores, normas, roles, conductas, actitudes, interiorizan conceptos y desarrollan capacidades, exploran el mundo que les rodea, lo comprenden y se relacionan con él, se relacionan socialmente, conocen rasgos de su cultura, desarrollan su pensamiento e inteligencia, se integran en el mundo adulto y se divierten. Es decir, el juego, contribuye positiva y significativamente al desarrollo integral en la etapa infantil. Es, además, un importante vehículo que tienen los niños para aprender y asimilar nuevos conceptos, habilidades y experiencias. (Gallardo López, 2018).De ahí la valoración del juguete terapéutico como una herramienta que ayude a los infantes a entender y expresar sus experiencias en el proceso de hospitalización, así como canalizar sus dudas, miedos e incertidumbre.

Según las experiencias de hospitales de otros países muestran la eficacia de la incorporación de las actividades lúdicas como estrategia de mejora de la calidad de vida de los niños hospitalizados.

Constituye una intervención relevante para la enfermería pediátrica, dado que es necesario para su aplicación, articular acciones destinadas a aumentar la sensibilidad en estos servicios y para mejorar el bienestar infantil. (Serradas Fonseca, 2021, Coelho et al., 2021, Faccioli, et al, 2021)

Hacer que los Derechos del Niño sea un marco referencial permanente para los profesionales de la salud y las instituciones, aplicarlos a todos los espacios donde se desarrolla la vida de los menores y en el caso de los infantes hospitalizados es deber de las instituciones de salud hacer cumplir estos derechos.(Serradas Fonseca, 2021). Los programas de vida infantil son un componente importante de los hospitales pediátricos, centrar el cuidado para abordar las preocupaciones psicosociales que acompañan la hospitalización y otras experiencias de atención de salud.

Es un derecho jugar y es un componente esencial en la vida de los infantes, los beneficios de esta práctica como actividad normalizadora para pacientes pediátricos es particularmente valioso, para los niños que están ansiosos o luchando para hacer frente a circunstancias estresantes. Los servicios de pediatría mejoran la calidad

del cuidado y resultados en la atención pediátrica, así como la experiencia del paciente y la familia para afrontar los efectos negativos durante la hospitalización. (Claus et al, 2021, Caleffi et al, 2016) Con resultados positivos para la salud de los niños.

Es de destacar que, según los estudios de varios países, dentro de ellos Brasil, al estructurar el juguete terapéutico a través de un modelo asistencial se promueve el cuidado de enfermería con una asistencia específica, sistematizadora, que une la ciencia y la práctica. (Pedrinho et al. 2021, Faccioli et al, 2017). Por lo que con el empleo de esta tecnología en los servicios y su aprobación como parte de la práctica cotidiana los modelos de atención pediátrica pueden ofrecer una atención más personalizada y con ello humanizar el cuidado.

Con el uso del juguete terapéutico y sus modalidades para la preparación psicológica como herramientas, en colaboración con el equipo de profesionales y la familia facilita el afrontamiento y el ajuste en ocasiones y en circunstancias que de otro modo podrían resultar abrumadoras para el niño.(Claus et al.,2021,Almeida, Miranda, Maia, 2022).Un ejemplo de ello son las

dinámicas de juguete instructivo muy utilizadas para la preparación psicológica de procedimientos invasivos, en la dinámica el niño realiza previamente el de violencia.

CONCLUSION

La utilización de la tecnología de juguete terapéutico en los servicios de pediatría permitirá la humanización del cuidado, con la posibilidad de comprender la interacción que los infantes no consiguen entender, disminuir el estrés, el miedo y fortalecer la triada pediátrica, con lo cual

procedimiento a un muñeco y después se le aplica a él, con ello disminuye la ansiedad y el miedo. (Maia et al 2022).

la posibilidad del restablecimiento de la salud física y emocional sea más rápida y mejor. Con ello además se responde a lo que recomienda La Convención sobre los Derechos del Niño, la Carta Europea de los niños hospitalizados y las definiciones de bienestar infantil.

REFERENCIAS

- Aranha, B. F., Souza, M. A. D., Pedroso, G. E. R., Maia, E. B. S., & Melo, L. D. L. (2020). Utilizando o brinquedo terapêutico instrucional durante a admissão de crianças no hospital: percepção da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180413>
- Berté, C., Ogradowski, K. R. P., Zagonel, I. P. S., Tonin, L., Favero, L., & Junior, R. D. L. A. (2017). Brinquedo terapêutico no contexto da emergência pediátrica. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(3). <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20378>
- Berteloni, G. M. D. A., Remijo, K. P., Bazzo, A. P. G., Ferrari, R. A., & Zani, A. V. (2013). Aplicação do brinquedo terapêutico em uma unidade pediátrica: percepções dos acadêmicos de enfermagem. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1382-1389. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11623/13684>
- Caleffi, C. C. F., Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J. D., Burciaga, V. B., & Serapião, L. D. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>
- Castilla-Peón, María Fernanda. (2014). Bienestar infantil: ¿es posible medirlo? *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(1), 61-64. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000100010&lng=es&tln g=es
- Castilla-Peón, María Fernanda. (2014). Bienestar infantil: ¿es posible medirlo?. *Boletín médico del*

- Hospital Infantil de México, 71(1), 61-64.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000100010&lng=es&tln g=es
- Claus, M. I. S., Maia, E. B. S., Oliveira, A. I. B. D., Ramos, A. L., Dias, P. L. M., & Wernet, M. (2021). A inserção do brincar e brinquedo nas práticas de enfermagem pediátrica: pesquisa convergente assistencial. *Escola Anna Nery*, 25. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0383>
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. UNICEF. (2006).
<https://www.un.org/es/events/chil drenday/pdf/derechos.pdf>
- De Amorim Almeida, F., Miranda, C. B., & Maia, E. B. S. (2022). Implementação do Brinquedo Terapêutico em unidades pediátricas hospitalares: Perspectiva dos profissionais de saúde integrantes do BrinquEinstein. *New Trends in Qualitative Research*, 13, e710-e710.
<https://doi.org/10.3636.7/ntqr.13.2022.e710>
- Europea C. Carta Europea de los Niños Hospitalizados. (1986). *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*; 148 (37). https://lecturafacil.net/media/resources/Carta_infants_hospitalit zats_cast_LF.pdf
- Faccioli, S. C., Tacla, M. T. G. M., de Cândido, L. K., Ferrari, R. A. P., & Gabani, F. L. (2017). Punção venosa periférica: o olhar da criança hospitalizada. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/ElectronicJournalCollection Health*, ISSN,2178, 2091. https://www.acervosaude.com.br/doc/26_2017.pdf
- Gallardo-López, J. A., & Gallardo-Vázquez, P. (2018). Teorías sobre el juego y su importancia como recurso educativo para el desarrollo integral infantil. *Hekademos: Revista educativa digital*, (24), 41-51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6542602>
- Gutiérrez-Carmona, A., & Urzúa, A. (2019). ¿Los valores culturales afectan el bienestar humano? Evidencias desde los reportes de investigación. *Universitas Psychologica*, 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-1.vcab>
- Koller, D. (2008). *Child Life Council Evidenced-Based Practice Statement: Therapeutic Play in Pediatric Health Care: The essence of child life practice*. Rockville, MD: Child Life Council. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.517.4281&rep=rep1&type=pdf>
- Linaza, J. L. (2013). El juego es un derecho y una necesidad de la infancia. *Bordón. Revista de pedagogía*. <https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/brp.2013.65107>
- Maia, E. B. S., Banca, R. O. L., Rodrigues, S., Pontes, E. D. C. D., Sulino, M. C., & Lima, R. A. G. D. (2022). A força brincar-cuidar na enfermagem pediátrica: perspectivas de enfermeiros em grupos focais. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0170>
- Pedrinho, L. R., Shibukawa, B. M. C., Rissi, G. P., Uema, R. T. B., Merino, M. D. F. G. L., &

- Higarashi, I. H. (2021). O brinquedo terapêutico na atenção primária: contribuições para a sistematização da assistência de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0616>
- Pereira Coelho, H., dos Santos Dias de Souza, G., da Silva Freitas, V. H., Alves dos Santos, I. R., de Alencar Ribeiro, C., Ferreira de Lima Silva, J. M., ... & Ribeiro de Castro, A. P. (2021). Efectos del juguete terapéutico instructivo en la terapia intravenosa en niños hospitalizados. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(2), e3743. Epub 01 de junio de 2021. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?scri](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000200013&lng=es&tln g=pt)
- Requeiro Almeida, R. (2020). Revisión bibliográfica sobre el juego infantil en condiciones de identidad y globalización. *Conrado*, 16(72), 350-356. <https://hal.science/hal-02516612/>
- Rodríguez, B. V. (2020). 30 Aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño. Logros y retos desde una perspectiva multidisciplinar. *Dykinson*. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/57899/30%20Aniversario%20de%20la%20Convencio%20n%20sobre%20los%20Derechos%20del%20Nin%20o-1-9-1.pdf?sequence=>