

The background of the cover is a vibrant, abstract illustration. A large, light-yellow silhouette of a human head in profile, facing left, serves as the central frame. Inside the head, a dark brown tree trunk grows upwards, branching out to support several large, oval-shaped leaves in shades of orange, red, purple, and teal. The background outside the head is composed of bold, organic shapes in orange, purple, and teal, with a white cloud-like shape on the right. The overall style is modern and artistic.

TEMAS SELECTOS de Salud Reproductiva



EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA

Imelda Socorro Hernández Nava
Maribel Sepúlveda Covarrubias
Martha Leticia Sánchez Castillo
(coordinadoras)

Temas selectos de salud reproductiva



Ediciones Comunicación Científica se especializa en la publicación de conocimiento científico de calidad en español e inglés en soporte de libro impreso y digital en las áreas de humanidades, ciencias sociales y ciencias exactas. Guía su criterio de publicación cumpliendo con las prácticas internacionales: dictaminación de pares ciegos externos, autenticación antiplagio, comités y ética editorial, acceso abierto, métricas, campaña de promoción, distribución impresa y digital, transparencia editorial e indexación internacional.

Cada libro de la Colección Ciencia e Investigación es evaluado para su publicación mediante el sistema de dictaminación de pares externos y autenticación antiplagio. El proceso de dictaminación y su trazabilidad puede consultarse, así como el libro en Acceso Abierto.



www.comunicacion-cientifica.com

[DOI.ORG/10.52501/cc.325](https://doi.org/10.52501/cc.325)




**COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA**
PUBLICACIONES
ARBITRADAS
HUMANIDADES, SOCIALES Y CIENCIAS

CC+I
**COLECCIÓN
CIENCIA e
INVESTIGACIÓN**

Temas selectos de salud reproductiva

Imelda Socorro Hernández Nava
Maribel Sepúlveda Covarrubias
Martha Leticia Sánchez Castillo
(coordinadoras)



Temas selectos de salud reproductiva / coordinadoras Imelda Socorro Hernández Nava, Maribel Sepúlveda Covarrubias, Martha Leticia Sánchez Castillo.— Ciudad de México : Comunicación Científica, 2025. (Colección Ciencia e Investigación).

272 páginas : gráficas ; 23 × 16.5 centímetros

ISBN: 978-968-9738-17-6

DOI: 10.52501/cc.325

1. Salud sexual. 2. Salud reproductiva. I. Hernández Nava, Imelda Socorro, coordinadora. II. Sepúlveda Covarrubias, Maribel, coordinadora. III. Sánchez Castillo, Martha Leticia, coordinadora.

LC: RA788 T46

DEWEY: 613.9 T46

La titularidad de los derechos patrimoniales y morales de esta obra pertenece a las coordinadoras D.R.© Imelda Socorro Hernández Nava, Maribel Sepúlveda Covarrubias y Martha Leticia Sánchez Castillo, 2025. Reservados todos los derechos conforme a la Ley. Su uso se rige por una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0 Internacional, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Primera edición en Ediciones Comunicación Científica, 2025

Diseño de portada: Francisco Zeledón • Interiores: Guillermo Huerta

Fotografía de portada: Sofía Margarita López Navarro, “Agroecologías diversas y diversificadas”, 2025

Ediciones Comunicación Científica, S. A. de C. V., 2025,

Av. Insurgentes Sur 1602, piso 4, suite 400,

Crédito Constructor, Benito Juárez, 03940, Ciudad de México,

Tel.: (52) 55-5696-6541 • Móvil: (52) 55-4516-2170

info@comunicacion-cientifica.com • www.comunicacion-cientifica.com

 comunicacioncientificapublicaciones  @ ComunidadCient2

ISBN 978-968-9738-17-6

DOI 10.52501/cc.325



Esta obra fue dictaminada mediante el sistema de pares ciegos externos.
La trazabilidad de la dictaminación puede consultarse, así como el libro en acceso abierto, en <https://doi.org/10.52501/cc.325>

Índice

<i>Prólogo</i>	13
1. Atención preconcepcional en mujeres gestantes. <i>Nora Hernández Martínez, Norma Edith Cruz Chávez, Jesús Enrique Aguilera Medina</i>	17
2. Relación del apoyo social y la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes. <i>Lucía Caudillo Ortega, María Elvira Moreno Pulido, María Aurora Montañez Frausto</i>	29
3. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en estudiantes del nivel técnico en enfermería. <i>Lluvia Paloma Escobar Sepúlveda, Martha Leticia Sánchez Castillo, Imelda Socorro Hernández Nava, Maribel Sepúlveda Covarrubias, Lucio Díaz González, Carlos Alberto Catalán Gómez</i>	41
4. Factores asociados a la aceptabilidad del embarazo en mujeres primigestas. <i>Cecilia Aurora Cejudo Piza, Viviana Soiré Amaya Iliosa</i>	55
5. Apoyo social y relación de los padres en la adopción de rol materno en adolescentes embarazadas. <i>Maribel Sepúlveda</i>	

	<i>Covarrubias, Imelda Socorro Hernández Nava, Martha Leticia Sánchez Castillo, Lucio Díaz González, Carlos Alberto Catalán Gómez, Nelissa Rodríguez Dorantes, Lluvia Paloma Escobar Sepúlveda</i>	69
6.	Depresión posparto en mujeres guerrerenses. <i>Imelda Socorro Hernández Nava, Martha Leticia Sánchez Castillo, Maribel Sepúlveda Covarrubias, Nelissa Rodríguez Dorantes, Lucio Díaz González, Carlos Alberto Catalán Gómez.</i>	83
7.	Depresión posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla, México. <i>Irving Daniel Catalán Gómez, Imelda Socorro Hernández Nava, Carlos Alberto Catalán Gómez, Yesenia Ramírez Espinobarros, Jesús Alcocer-Carranza, Monserrat Zacarias Martínez</i>	97
8.	Cuidado de enfermería humanizado según factores caritas de Jean Watson al neonato con bajo peso hospitalizado: investigación comparada Perú-México. <i>Lydia Edita Sánchez Arce, Guadalupe Lugo Galán, Rosario del Carmen Camilo Morillo, María Ysabel Paredes Calderón, Eliana Patricia Sandoval Salinas, Andrea Fabian Lagunas.</i>	111
9.	Determinantes sociodemográficos del conocimiento acerca de lactancia materna en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal. <i>Imelda Socorro Hernández Nava, Maribel Sepúlveda Covarrubias, Martha Leticia Sánchez Castillo, Lucio Díaz González, Nelissa Rodríguez Dorantes, Jesús Alcocer-Carranza</i>	131
10.	Conocimiento sobre lactancia materna en madres de lactantes versus técnicas de amamantamiento hospital Valentín Gómez Farías. <i>Tania de la Caridad García Castellanos, Mayte Ramón Nava, Deyra López Evangelista.</i>	147

-
11. Conocimiento de lactancia materna en mujeres atendidas en un centro de salud de Atlixco, Puebla. *Carlos Alberto Catalán Gómez, Irving Daniel Catalán Gómez, Imelda Socorro Hernández Nava, César García Sánchez* 159
 12. Conocimientos sobre la lactancia materna en madres adolescentes. *Norma Edith Cruz Chávez, Nora Hernández Martínez, Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Jesús Enrique Aguilera Medina* 171
 13. Actitud hacia la lactancia materna en madres con hijos recién nacidos con y sin patologías en un hospital de segundo nivel. *Mariela Yoselin Sandoval Muñoz, Lizeth Guadalupe Rodríguez Ramírez* 185
 14. Determinantes asociados al abandono de la lactancia materna en púerperas veracruzanas. *Cecilia Capriles Lemus, Gloria López Mora, María de Jesús Contreras Miranda, María Angélica Ibarra Estela, Gloria Enriqueta Reyes Hernández, Elizabeth Colorado Carmona* 195
 15. Prevalencia y factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres guerrerenses. *Nelissa Rodríguez Dorantes, Lluvia Paloma Escobar Sepúlveda, Martha Leticia Sánchez Castillo, Maribel Sepúlveda Covarrubias, Imelda Socorro Hernández Nava, Edna Edith González Galarza, Laura Edith Galindo Morales, Cinthia Martínez Morales* 207
 16. Conocimiento sobre masculinidades en adolescentes y adultos de una comunidad guerrerense. *Martha Leticia Sánchez Castillo, Maribel Sepúlveda Covarrubias, Imelda Socorro Hernández Nava, Lucio Díaz González, Carlos Alberto Catalán Gómez, Nelissa Rodríguez Dorantes* 225

17. Violencia ejercida y recibida en mujeres guerrerenses. <i>Martha Leticia Sánchez Castillo, Imelda Socorro Hernández Nava, Maribel Sepúlveda Covarrubias, Lucio Díaz González, Nelissa Rodríguez Dorantes, Carlos Alberto Catalán Gómez</i> . . .	241
<i>Sobre los autores</i>	255

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Instituciones de Educación Superior

Universidad Autónoma de Guerrero, Región Centro

Universidad Intercultural del Estado de México

Universidad Veracruzana, Región Veracruz

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Universidad Nacional de Trujillo Perú

Universidad Autónoma de Guerrero, Región Norte

Universidad Autónoma de Nuevo León.

Universidad de Guanajuato

INSTITUCIÓN DEL SALUD

Hospital de la Madre y el niño Guerrerense
(Sede Chilpancingo Guerrero)

CUERPOS ACADÉMICOS

Universidad Autónoma de Guerrero, Zona Centro
UAGRO-CA 162 Consolidado
“Enfermería y salud reproductiva”

Universidad Autónoma de Nuevo León
UANL-CA 225 Consolidado
“Respuestas humanas a la salud y a la enfermedad”

Universidad Intercultural del Estado de México
UIEM-CA-9 En formación
“Enfermería con enfoque Intercultural en entorno natural saludable”

Universidad Veracruzana, Región Veracruz
UV- CA 275 En formación
“Desarrollo Humano-Veracruz,”

Universidad Autónoma de Guerrero, Zona Norte
UAGro CA-179 En formación
“Grupos vulnerables y calidad de vida”

Prólogo

El presente libro, intitulado *Temas selectos de salud reproductiva*, es una obra que reúne aportaciones científicas de gran relevancia en torno a la atención preconcepcional, anticoncepción, salud mental perinatal, lactancia materna, masculinidades y violencia de género, las cuales son problemáticas que atraviesan la salud sexual y reproductiva en contextos locales y regionales. Su riqueza radica en la mirada crítica y en el compromiso de la enfermería y las ciencias de la salud por responder con evidencia, sensibilidad y ética a las necesidades de mujeres, familias y comunidades.

La salud reproductiva es un campo decisivo para el bienestar de las personas y el desarrollo de sociedades más justas. Convergen en él determinantes biológicos, sociales, culturales y de género que exigen miradas integrales, metodologías rigurosas y traducción expedita de la evidencia a la práctica clínica y comunitaria, así como a las políticas públicas. Esta obra responde a ese reto: articula 17 capítulos que, desde distintos territorios de México y de América Latina, examinan problemas prioritarios —desde la atención preconcepcional y la anticoncepción en jóvenes, hasta la depresión posparto, la lactancia materna, las masculinidades y la violencia contra las mujeres— con un enfoque explícito de derechos y de cuidado humanizado.

La primera sección del libro avanza sobre prevención y decisión informada. Documenta un alto nivel de conocimiento sobre atención preconcepcional entre mujeres gestantes, junto con prácticas preventivas relevantes (evitar sustancias o búsqueda temprana de servicios). A la par, se demuestra

que el apoyo social —proveniente de familia, pareja y personal de salud— se asocia positivamente con la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes. Sin embargo, el estudio en estudiantes de enfermería de nivel técnico revela brechas sobre el conocimiento y el uso efectivo de métodos anticonceptivos, lo que subraya la necesidad de una educación sexual integral y con un énfasis práctico, incluso entre futuros profesionales del cuidado.

En torno a la aceptabilidad del embarazo y la transición materna en adolescencia, los hallazgos indican que edad, estado civil, ansiedad prenatal y redes de apoyo se relacionan con la aceptación del embarazo en primigestas. De igual forma, en adolescentes embarazadas, las condiciones sociodemográficas y la calidad de las relaciones familiares y de pareja influyen en la adopción del rol materno. Estos resultados apuntan a intervenciones que fortalezcan vínculos protectores, habilidades para la vida y acompañamiento psicosocial oportuno.

El libro dedica un bloque sustantivo a la salud mental perinatal. Dos estudios describen la prevalencia y los factores asociados a depresión posparto en Guerrero y en Atlixco, Puebla, evidenciando asociaciones con escolaridad, planeación del embarazo, redes de apoyo, violencia intrafamiliar, satisfacción corporal y experiencias emocionales durante la gestación. La convergencia de estos factores confirma la urgencia de tamizaje sistemático con la EPDS, rutas claras de referencia y abordajes interprofesionales desde el primer nivel de atención.

Un aporte singular es la investigación comparada Perú-México sobre cuidado humanizado de enfermería al neonato con bajo peso, la cual se sustenta en los factores “caritas” de Jean Watson y mantiene un enfoque cualitativo del discurso. El estudio constata que el cuidado humanizado emerge como ciencia, arte y espíritu, en el que destaca la intersubjetividad, la relación auténtica y la creación de ambientes terapéuticos como condiciones para la seguridad y la dignidad del neonato y su familia. Esta perspectiva humanista atraviesa la obra y dialoga con la dimensión técnica del cuidado.

La lactancia materna es examinada desde múltiples ángulos: conocimiento en embarazadas y puérperas, relación entre saber y técnica de amamantamiento, actitud frente a condiciones neonatales patológicas, y determinantes del abandono de la lactancia exclusiva en distintos contextos. Los

trabajos muestran niveles de conocimiento generalmente adecuados, pero no siempre traducidos en práctica sostenida, así como la influencia de factores culturales, laborales, biológicos y psicológicos en el abandono de la LME. La implicación es clara: educación continua, consejería personalizada, protección social a la maternidad y entornos favorables en servicios y lugares de trabajo son componentes imprescindibles para mejorar la continuidad de la lactancia.

Hacia el cierre, el libro abre el lente a temas emergentes y estructurales: el conocimiento sobre masculinidades en adolescentes y adultos de una comunidad guerrerense —con el peso educativo como factor asociado— y la violencia ejercida y recibida en mujeres, donde variables como edad, escolaridad, estado civil y número de hijas/os se vinculan con los distintos tipos de violencia. Estos capítulos invitan a incorporar a los varones en las estrategias de salud sexual y reproductiva, a cuestionar normas de género perjudiciales y a fortalecer la prevención y atención de la violencia desde el primer nivel mediante protocolos sensibles y rutas de protección efectivas.

Metodológicamente, la obra es plural y sólida: diseños descriptivos, correlacionales y comparativos, uso de instrumentos validados (por ejemplo, EPDS, SexContraKnow, escalas de conocimiento y apoyo social), análisis cuantitativos con SPSS y aproximaciones cualitativas de análisis del discurso que enriquecen la comprensión de fenómenos complejos. Pero esta diversidad no es solo técnica; también es interinstitucional e interregional. Participan universidades públicas y hospitales de México y Perú, así como cuerpos académicos consolidados y en formación, en líneas de enfermería, salud reproductiva, respuestas humanas a la salud y enfoques interculturales. La cooperación entre regiones y disciplinas potencia la validez externa de los hallazgos y su pertinencia para escenarios reales de práctica.

El aporte científico y social del libro es doble. Primero, ofrece evidencia accionable para la mejora de programas y servicios: tamizaje de depresión posparto, consejería anticonceptiva con enfoque de apoyo social, estrategias para sostener la lactancia exclusiva, educación sexual integral, cuidado humanizado neonatológico y abordajes sobre masculinidades. Segundo, reafirma el rol estratégico de la enfermería como disciplina que integra ciencia, ética y humanismo para diseñar, implementar y evaluar intervenciones centradas en la persona, la familia y la comunidad.

La audiencia natural de esta obra incluye estudiantes y docentes de enfermería y ciencias de la salud, así como profesionales clínicos, personal directivo de servicios, responsables de programas y tomadores de decisiones que buscan orientar sus acciones con base en evidencia local y regional. Quien se adentre en estas páginas encontrará diagnósticos precisos, marcos conceptuales pertinentes y recomendaciones para la práctica y la política pública.

Invito a leer este volumen como un mapa de problemas y soluciones que, sin eludir las complejidades contextuales, ofrece rutas concretas para avanzar en la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva. La potencia de este libro reside en su coherencia entre lo que investiga y lo que propone: cuidado informado por evidencia, con perspectiva de género y enfoque humanizado, capaz de transformar trayectorias de vida desde el primer contacto con los servicios hasta la crianza y el desarrollo temprano.

En resumen, *Temas selectos de salud reproductiva* ofrece un recorrido por los problemas más apremiantes que atraviesa la experiencia reproductiva en nuestra región, analizados desde la ciencia del cuidado y con una mirada crítica de género y derechos humanos. Cada capítulo muestra cómo la enfermería, en diálogo con otras disciplinas, es capaz de generar conocimiento situado, transformar prácticas y fortalecer políticas que dignifiquen a las mujeres, a sus familias y comunidades. Esta obra trasciende lo local y se proyecta hacia una visión latinoamericana en salud sexual y reproductiva, al tiempo que reafirma la riqueza y pertinencia de la investigación desarrollada en diversos contextos de México para contribuir a sociedades más equitativas, saludables y humanizadas.

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES TORRES LAGUNAS
*Profesora de Carrera Titular "B" de T.C. de la Facultad de
Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma
de México, adscrita la línea de cuidado, cultura y Sociedad
y a la Sublínea de estudios de género y salud de las mujeres.
Actual Coordinadora del Programa de Maestría y Doctorado
en Enfermería de la unam y Presidenta de la Academia
Nacional de Enfermería de México (ANEM, A.C.)*

1. Atención preconcepcional en mujeres gestantes



NORA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ*

NORMA EDITH CRUZ CHÁVEZ**

JESÚS ENRIQUE AGUILERA MEDINA***

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.01>

Resumen

Introducir la atención preconcepcional (ATP) puede ayudar a aumentar los resultados positivos durante la gestación mediante el compromiso de las mujeres. El objetivo es determinar el nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional en mujeres gestantes. Para la metodología se diseñó un estudio descriptivo transversal con 60 mujeres mayores de 18 años en un muestreo por conveniencia. Los resultados muestran que con una media de edad de 19, el estado civil en un 56.7% señaló estar casada, el 50% no cuenta con ningún grado de educación, el 43.3% indica ser ama de casa, el 60% señaló haber escuchado hablar sobre la ATP, el 35% personal de salud proporciona la información acerca de la ATP, se encontró un 83% tenía conocimiento alto de la ATP. Respecto a la práctica, el 55% de las participantes visitó una institución de salud antes del embarazo, 75% indicó haber evitado tomar sustancias ilícitas antes del embarazo, el 60% de las participantes creó un ambiente saludable antes del embarazo. Concluimos que el conocimiento de la ATP fue alto en este estudio, el 60% de las mujeres señalaron haber escuchado hablar sobre la ATP.

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Docente de pregrado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8713-6255> ; correo electrónico: nora.hernandezmz@uanl.edu.mx

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8532-5415>

*** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0361-3086>

Palabras claves: *atención preconcepcional, embarazo, suplementación.*

Introducción

La atención preconcepcional (ATP) promueve la salud de la mujer que está planificando un embarazo (Rebollo-Garriga et al., 2018). La evidencia señala que las mujeres o las parejas que hacen uso de la ATP una vez que se ha confirmado el embarazo o posterior, esta contribuye a efectuar cambios de conducta saludable. Existen factores de riesgo, como las exposiciones ambientales desfavorables o la presencia de hábitos tóxicos, hábitos dietéticos o enfermedades crónicas descompensadas, que pueden afectar negativamente a este desarrollo y ocasionar efectos de larga duración para la salud de la mujer, el feto o ambos. La ATP puede ayudar a aumentar los resultados positivos durante la gestación mediante el compromiso de la mujeres (Mombiola et al., 2017; van Dijk et al., 2017; Rebollo-Garriga et al., 2018).

El objetivo de la ATP es identificar riesgos biológicos, conductuales y sociales para la salud de las parejas o mujeres y mejorar la evolución del embarazo. Se estima que un porcentaje considerable de las mujeres que inician la gestación presentan problemas de salud previo a que ellos pudieran agravarse durante el embarazo para la madre, el feto o para ambos. La consulta preconcepcional es donde se puede realizar la prevención y el tratamiento oportuno, pero solo un 10% de esas futuras madres acuden a ella, pese a que el personal médico la recomiendan con énfasis a las parejas o mujeres que buscan la gestación. La consulta preconcepcional comprende una actualización de la situación clínica, detectar complicaciones, actividades preventivas y recomendaciones de los cuidados de alimentación, riesgos laborales y ambientales (Alemu y Teklu, 2019).

Se ha evidenciado que en países desarrollados las tasas de mortalidad perinatal y materna han presentado un notable descenso. Sin embargo, la importancia de la ATP es relevante por los efectos de no realizarla, como la mortalidad materna. A nivel mundial se ha reportado como 412/100.000 nacidos vivos relacionado por complicaciones en el embarazo y el parto, donde son más frecuentes la hemorragia obstétrica e hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia) (Alkema et al., 2016). En México la morta-

lidad materna ha reportado 679 defunciones a nivel nacional, en el estado de Nuevo León es de 22 defunciones maternas por cada 100 mil nacimientos.

Para optimizar la salud materna e infantil la ATP ofrece un conjunto de intervenciones para identificar riesgos para el embarazo, lo que ha favorecido a prevenir los partos prematuros, la interrupción de embarazo y embarazos no deseados, además, promueve la nutrición saludable, la ingesta de suplementos, detección, identificación y manejo de la salud mental, promueve la inmunización, previene las infecciones de transmisión sexual, así como la violencia en la pareja, ayuda tener un mejor parto y posparto evitando complicaciones, como hemorragias posparto, endometritis puerperal, infecciones urinarias, mastitis y depresión posparto (Hawks et al., 2018; Hernández et al., 2019).

Respecto al conocimiento de cómo prepararse para un embarazo, la evidencia señala que este es escaso sobre los elementos de la atención preconcepcional. Un tercio de la población a nivel internacional señala conocer los riesgos laborales, enfermedades crónicas, ejercicio y vacunación, sin embargo, la asistencia es mínima a este servicio un 39%, los motivos que guían a que una pareja busca la información son el deseo de embarazarse y de carácter preventivo. La evidencia señala que la información es proporcionada por personal capacitado como un médico familiar o personal de enfermería (Chiquillan et al., 2023; El Rheem et al., 2019).

La etapa preconcepcional proporciona una oportunidad para identificar en la mujer riesgos que pueden trascender en su descendencia, mejorar comportamientos poco saludables en la mujer, y planificar un posible embarazo, el cual requiere un cuidado continuo que debe ser proporcionado por profesional calificado; al respecto, la Norma Oficial Mexicana 007 señala la importancia de proporcionar información sobre la Atención Preconcepcional, ya que favorece para evaluar riesgos posibles (Secretaría de Salud, 2019). Sin embargo, la evidencia señala la baja asistencia a este servicio de salud, así como el escaso conocimiento de las intervenciones de la atención preconcepcional, por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es el nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional en mujeres gestantes?

Metodología

En esta investigación se utilizó un diseño de estudio descriptivo transversal. La población estuvo conformada por mujeres gestantes con una muestra de 60 mujeres mayores de 18 años, y muestreo por conveniencia (Hernández et al., 2014).

Criterios de inclusión: mujeres gestantes en cualquier trimestre, mujeres mayores de 18 años y mujeres que tengan al menos un hijo menor a 3 años.

Criterios de exclusión: mujeres con más de 2 hijos, que no cuente con acceso a internet.

Instrumento: para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario denominado Conocimiento de atención preconcepcional en mujeres de Fekene et al. (2020). Este cuestionario evalúa el nivel de conocimiento y la práctica que tiene una mujer sobre la atención previa al embarazo, el cual fue proporcionado y autorizado para ser aplicado en la presente investigación por el autor principal, este cuestionario ha reportado una buena consistencia interna de .93, por lo que también ha sido aplicado en Etiopía en idioma inglés. El cuestionario está conformado por 32 preguntas, las cuales se componen de cuatro sesiones, la sesión uno recoge datos sociodemográficos y la sección dos, datos obstétricos.

La sesión tres evalúa el conocimiento de la atención preconcepcional, incluye 11 preguntas que abordan los aspectos de conocimiento de la ATC, el patrón de respuesta es dicotómica de sí y no para todas las preguntas, donde el valor de sí se califica con un punto y no equivale a cero. Para obtener el puntaje se suman todas las respuestas, el valor mínimo es cero y el máximo es 20, a mayor puntaje mayor conocimiento. También se clasificó por nivel, de cero a 11 puntos es bajo, de 12 a 14, moderado y 15 a 20, alto conocimiento de ATC.

La sesión cuatro incluye ocho preguntas que abordan la práctica de ATC, relacionadas con los componentes de la misma, El patrón de respuesta es dicotómica de sí y no, donde el sí se califica con un punto y no equivale a

cero. La sumatoria de las respuestas tiene un rango de cero a 17 puntos, es decir, a mayor puntaje mayor práctica ATC. Se clasificó también el puntaje donde un resultado de cero a siete se clasificó como baja, ocho a nueve, práctica moderada y del 11 al 17, alta práctica de ATC.

Procedimiento de recolección de datos: se solicitó la aprobación de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, se pidió la autorización a los directivos de la institución del tercer nivel donde fueron levantados los datos; se solicitó al jefe del servicio asignado los horarios de asistencia de las mujeres que visitaron para consulta, así como un espacio para la recolección de la información.

Consideraciones éticas: esta investigación se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014), se consideró el título primero de los Disposiciones Generales capítulo Único, con énfasis en los siguientes artículos Capítulo Único, artículo 3, la presente investigación comprendió acciones que contribuyen a la prevención y control sobre la atención preconcepcional. Artículo 13, en la presente investigación se respetó a la participante en todo momento, igual sus derechos y su integridad, informando a detalle sobre la investigación. Artículo 14 fracción V, VIII, se contó con un consentimiento informado de manera escrita del participante. Artículo 17, fracción I, siendo una investigación sin riesgo donde solo se obtuvo información mediante un cuestionario. Artículo 20, 21, fracción I, IV, VI y VII, se informó sobre el estudio, riesgos y beneficios, así como aclaración de dudas en todo momento, podían retirarse del estudio en el momento que lo desearan sin repercusiones. Artículo 22, fracción I, II, el consentimiento informado fue por escrito, tenían la libertad a no firmar y retirarse del estudio si lo desea la participación.

Estrategias de análisis de datos: los datos obtenidos fueron capturados y analizados mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS por sus siglas en inglés). Para Windows se utilizó estadística descriptiva, a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central.

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados de la investigación. La muestra estuvo constituida por 60 participantes embarazadas con edad de 18 a 24 años, de las cuales 56.7% señaló estar casada, 75% de religión católica, el 88.3% señaló ser mexicana. En cuestiones de grado académico, el 50% no cuenta con ningún grado de nivel de educación; mientras que el 43.3% indica ser ama de casa.

El 68.3% de las participantes tienen solo un hijo, el 95% utilizó el servicio de atención prenatal en su anterior embarazo, y el 51.7% no han asistido a algún programa de planificación familiar.

En la tabla 1 se presentan los resultados más sobresalientes del instrumento, el 60% señaló haber escuchado hablar sobre la atención preconcepcional (ATP), el 35% del personal de salud proporciona la información acerca de la ATP. Se encontró que el 85% sabe que una mujer debe seguir un método de planificación familiar. Un 58.3% sabe que una mujer debe ser vacunada contra el tétanos y la rubeola antes de concebir. Así como también el 100% de la población sabe que una mujer debe someterse a pruebas de detección por afecciones médicas (presión arterial, anemia, diabetes y VIH).

De las participantes, el 91.7% indicó que sí sabe que una mujer debe dejar de consumir alcohol, fumar cigarrillos y drogas ilícitas antes de la concepción. El 91.7% tiene conocimiento de que tiene que someterse a un control de peso y consumo de ácido fólico antes del embarazo. En la cuestión sobre si una mujer debe de ser examinada para detectar enfermedades familiares, un 98.3% indicó que sí tiene conocimiento sobre los análisis.

Tabla 1. *Conocimientos sobre la atención preconcepcional*

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ha escuchado hablar de la atención previa		
Sí	36	60.0
No	24	40
Personal de quien recibe información cerca de la atención preconcepcional		
Familia	12	20.0
Instituciones de salud	21	35.0
Escuela	1	1.7
Otro	18	30.0

Nota: *n* = número de casos, % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia.

Al realizar la sumatoria de las preguntas de conocimiento se reporta en la tabla 2, una media de 4.5 ($DE = 1$) con mínimo 2 y máximo de 10.

Tabla 2. *Nivel de conocimiento de la atención preconcepcional*

	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>Valor mínimo</i>	<i>Valor máximo</i>
Conocimiento de la atención preconcepcional	4.5	5.00	1	2	10

Nota: *N* = 138, *M* = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *Min* = valor mínimo, *Max* = valor máximo.

Fuente: elaboración propia.

Al clasificar el nivel de conocimiento, dando respuesta al objetivo, se encontró que un 83.3% tenía un conocimiento alto de la ATC.

Tabla 3. *Porcentaje de nivel de conocimiento y práctica de la ATC*

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Conocimiento		
Bajo	1	1.7
Moderado	9	15
Alto	50	83.3

Nota: *n* = número de casos, % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia.

Aplicación del conocimiento sobre la atención previa

Respecto a la aplicación de la atención preconcepcional, el 55% de las participantes visitó una institución de salud antes del embarazo. El 51.7% acudió a la institución para obtener ácido fólico, algún diagnóstico o control de enfermedad y para la aplicación de la vacuna correspondiente antes de la concepción. El 35% de la población llevó un control de su peso antes del embarazo, del cual el 60% optó por otra opción para llevar control de su peso. El 75% indicó haber evitado tomar sustancias ilícitas antes del embarazo, donde el 68.3% señaló más de 2 opciones de sustancias ilícitas y el 10% evitó consumir cigarrillos. La población que creó un ambiente saludable antes del embarazo fue del 60%, del cual el 34% creó un ambiente saludable libre de factores de estrés.

Tabla 4. Aplicación del conocimiento sobre la atención preconcepcional

Variable	n	%
Visitó alguna institución antes del embarazo		
Sí	33	55.0
No	27	45.0
¿Por qué visitó una institución de salud antes del embarazo?		
Para tomar ácido fólico	1	1.7
Para diagnóstico y control de la enfermedad	3	5.0
Para obtener vacunación	2	3.3
Más de 3 opciones	31	51.7
Ninguno	3	38.3

Nota: n = frecuencia, % = porcentaje, n = 60.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Los resultados de la investigación permitieron ver el nivel de conocimiento de la atención preconcepcional en mujeres gestantes; respecto a los datos sociodemográficos de las participantes, estos muestran que la edad media fue de 19 años, lo que es similar a lo reportado por El Rheem et al. (2019); pero difiere de Fekene et al. (2020) y Rebollo-Garriga et al. (2018).

En el grado de estudios se muestra que el 50% no cuenta con algún grado académico, el nivel más alto fue secundaria, esto difiere con El Rheem et al. (2019) que mencionan un 39.5% que cuenta con un nivel intermedio, esto puede ser un problema para que las pacientes puedan adoptar medidas de prevención. El 63% de la población femenina señaló estar trabajando, y un 43% es ama de casa, esto es diferente a lo señalado por Fekene et al. (2020).

En los antecedentes obstétricos de las participantes se encontró que el 68.3% tenía un hijo, contrario a Teng et al. (2017) que señalan que solo el 44.4% contaban con hijos en su población. El 95% utilizó el servicio de atención prenatal en su anterior embarazo, similar a lo que mencionan El Rheem et al. (2019), con 86.6% en el cuidado prenatal.

Se señaló en las participantes haber escuchado hablar sobre la ATP en un 60% lo que difiere con Fekene et al. (2020) y Rebollo-Garriga et al. (2018), quienes mencionan que es deficiente al conocer el programa, pero Poels et al. (2017) señala que la exposición frecuente del programa mejora los hábitos en la aplicación de la ATP.

Respecto a quienes proporcionan la información acerca de la ATP a las participantes se encontró que el 35% corresponde al personal de salud, lo que es similar a Fekene et al. (2020) donde se menciona que solo el 8.1% fueron los trabajadores de la salud, pero difiere de Teng et al. (2017), quienes señalan un mayor porcentaje en el recibimiento de la información preconcepcional, con un 43.2%.

Para dar respuesta al objetivo del estudio sobre el nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional en mujeres gestantes, se mostró que tienen buen conocimiento al mostrar porcentajes altos en los elementos que integran la atención preconcepcional; esto difiere con Fekene et al. (2020) y El Rheem et al. (2019), los cuales encontraron un conocimiento deficiente, esto puede deberse a la falta de cobertura del programa.

Conclusiones

El conocimiento de la ATP fue alto en este estudio. El 60% señalaron haber escuchado hablar sobre la atención previa a la concepción, el 35% recibe la

información por el personal. Más de la mitad de las participantes visitan una institución de salud antes del embarazo.

Referencias

- Alemu, W. y Teklu, S. (2019). Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos. *Ethiop Med*, 57(2), 241-247.
- Alkema, L., Chou, D., Hoga, D., Zhang, S., Moller, A. B., Gemmill, A., Ma Fat, D., Boerma, T., Temmerman, M., Mathers, C. y Say, L. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), 462-474. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615008387>
- Chiquillan, D. M., Salazar, E., Barrantes, NM., y Barja, J. (2023) Factores asociados al conocimiento de la atención preconcepcional. *Rev. Obstet Ginecol Venz*, 85(4), 447-454. <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/11/11-AO-83-4-Factores-asociados-al-conocimiento-de-la-atencion-preconcepcional-1.pdf>
- El Rheem, E., Abd A., Ghanem, N. y Hassan, H. (2019). El conocimiento y la actitud de las mujeres y las enfermeras respecto pre-concepción cuidado: un estudio comparativo. *American Research Journals*, 5(1), 1-15.
- Fekene, D. B., Woldeyes, B. S., Erena, M. M. y Demisse, G. A. (2020). Knowledge, uptake of preconception care and associated factors among reproductive age group women in West Shewa zone, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00900-2>
- Figueiredo, E., N. (2019). La prevención de defectos congénitos en el periodo previo a la concepción: el conocimiento y la práctica de los profesionales sanitarios (enfermeras y médicos) en una ciudad del Sur. *Revista*, 13(10), 657-663.
- Hawks, R. M., McGinn, A. P., y Bernstein, P. S. y Tobin, J. N. (2018). Exploring Preconception Care: Insurance status, race/ethnicity, and health in the pre-pregnancy period. *Maternal and Child Health Journal*, 22(8), 1103-1110.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. En *Metodología de la investigación* (pp. 88-101). McGraw Hill.
- Hernández Ugalde, F., Martínez Leyva, G., Rodríguez Acosta, Y., Hernández Suárez, D., Pérez García, A., y Almeida Campos, S. (2019). Ácido fólico y embarazo, ¿benéfico o riesgo? *Revista Médica Electrónica*, 41(1), 142-155. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000100142
- Mombiola Guillén, A., López Valls, L., Marín Calduch, M., Arasa Subero, M. M. y Cardona Espuny, C. (2016). Atención preconcepcional: prevención primaria. *Musas*, 1(1), 82-98.
- Poels, M., van Stel, H. F., Franx, A., y Koster, M. (2017). The effect of a local promotional campaign on preconceptional lifestyle changes and the use of preconception care.

- The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 23(1), 38-44, <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1426744>
- Rebollo-Garriga, G., Martínez-Juan, J., Falguera Puig, G., Nieto-Tirado, S., y Núñez Rodríguez, L. (2018). Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. *Matronas profesión*, 19(2), 52-58. https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/07/Original_Visita-preconcepcional.pdf
- Secretaría de Salud [SSA] (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud. (2019). *Atención pregestacional. Lineamiento técnico*. Secretaria de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/458238/web_Atenci_n_Pregestacional_final.pdf
- Teng, J. y Ahmed, R. (2017). Examining preconception care-related knowledge and attitudes among Chinese immigrants in Canada. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 13(1), 69-92.
- Van Dijk, M. R., Oostinshg, E. C., Koster, M. P., Willemsem, S. P., Laven, J. S. y Steegers-Theunissen, R. P. (2017). The use of the mHealth program Smarter Pregnancy in preconception care: rationale, study design and data collection of a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 46 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28125970/>

2. Relación del apoyo social y la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes



LUCÍA CAUDILLO ORTEGA*

MARÍA ELVIRA MORENO PULIDO**

MARÍA AURORA MONTAÑEZ FRAUSTO***

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.02>

Resumen

Los embarazos no planeados representan un problema de salud pública. A nivel mundial, el uso inconsistente e incorrecto de métodos anticonceptivos en mujeres sigue siendo un desafío, sin embargo, factores como la falta de apoyo social influyen en la conducta anticonceptiva de las mujeres. Este estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal analizó la relación entre el apoyo social y la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes. La muestra se conformó por 220 mujeres de 18 a 24 años inscritas en un Instituto Técnico para el Trabajo en el norte de México. Se utilizaron escalas validadas para medir el apoyo social de la familia, pareja y personal de salud, así como la conducta anticonceptiva. Los resultados mostraron que el apoyo social percibido se correlacionó positivamente con la conducta anticonceptiva. El apoyo social es un factor clave para el uso adecuado y sostenido de métodos anticonceptivos, se sugiere el desarrollo de intervenciones que fortalezcan el respaldo de la familia, el acompañamiento de la pareja y la orientación del personal de salud.

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6211-9363> ; Scopus: 57195931992 ; correo electrónico: lucia.caudillo@ugto.mx

** Maestra en Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5462-8755>

*** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4683-0942>

Palabras clave: *conducta anticonceptiva, apoyo social, mujeres.*

Introducción

Los embarazos no planeados se consideran un problema de salud pública y reproductiva, ya que se asocian a consecuencias adversas para la mujer, el producto y la sociedad en general (Tenaw et al., 2022). La Organización Mundial de la Salud (OMS; en inglés: World Health Organization), ha informado que cada año ocurren más de 200 millones de embarazos, de los cuales 60% son no deseados y terminan en aborto. El 45% de estos son en condiciones de riesgo, lo que representa entre el 5% y 13% de las muertes maternas (Organización Naciones Unidas [ONU], 2022). Asimismo, se estima que las 257 millones de mujeres en todo el mundo que desean evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos modernos y seguros (OMS, 2020; Tenaw et al., 2022).

En México en 2022, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó 1 820 888 nacimientos, de los cuales el 48.1% correspondió a mujeres de 20 a 29 años (INEGI, 2022). De igual forma el Consejo Nacional de Población en 2020 estimó que el 11.1% de las mujeres en edad fértil, expuestas al riesgo de embarazarse y con deseo de limitar o espaciar el nacimiento de sus hijos, no usan métodos anticonceptivos (Conapo, 2020).

La ONU considera prioritario mejorar la salud materna y, en el marco de los objetivos del desarrollo sostenible para 2030, propuso incrementar el acceso universal a la salud reproductiva con el fin de disminuir el número de embarazos no planeados. Esto mediante la ampliación de la cobertura del uso de métodos anticonceptivos (MA), en especial los altamente efectivos y reversibles, como los anticonceptivos hormonales (ONU, 2022). Sin embargo, se ha observado que más del 40% de los embarazos no planeados ocurrieron tras el uso incorrecto e inconsistente de un MA (Ontiri et al., 2021). Es decir que durante el mes en que ocurrió el embarazo el uso fue discontinuo y por lo tanto inefectivo.

Existen diversas razones por las cuales las mujeres no utilizan métodos anticonceptivos o lo hacen de manera inconsistente. Entre ellas se encuen-

tran las creencias, la culpa, el miedo a solicitarlos, el nivel socioeconómico, la educación, el apoyo social de la pareja, la familia, el acceso y disponibilidad de los métodos, la educación reproductiva y las barreras basadas en género (Abdel-Salam et al., 2020; Harris et al., 2022; Lee, 2021; Schwandt et al., 2021). El apoyo que recibe la mujer de su red social es fundamental, dado que sus decisiones pueden estar influenciadas por las recomendaciones de esta, sobre todo en relación con los beneficios del uso de métodos anticonceptivos (Cederbaum et al., 2022).

La elección de métodos anticonceptivos eficaces en mujeres está asociada con el apoyo instrumental y emocional de la familia (Comfort et al., 2021; Putri y Widati, 2020). La literatura ha mostrado que el apoyo de la pareja influye en la decisión de no usar anticonceptivos (D'Souza et al., 2022). No obstante, el porcentaje de mujeres en América Latina y el Caribe que informaron que la principal razón para no usar anticonceptivos era el desacuerdo de la pareja fue sólo del 3.8% (Sarnak et al., 2021). Por otro lado, algunos estudios han reportado que una comunicación efectiva con la pareja incrementa la probabilidad de que las mujeres utilicen métodos anticonceptivos (Lalas et al., 2020). La evidencia no es concluyente respecto al papel que desempeña la pareja en la conducta anticonceptiva.

La relación con los profesionales de la salud favorece la resolución de dudas sobre anticoncepción y ayuda a reducir el desconocimiento, los mitos y la falta de acceso a métodos efectivos (Gutiérrez et al., 2021). Los estudios muestran que la consejería proporcionada del personal de salud favorece la adherencia y el uso correcto de anticonceptivos (Pérez y Ramírez, 2022). Sin embargo, factores como la calidad de la comunicación, la disponibilidad de los servicios y las actitudes del personal de salud pueden influir en su eficacia del uso (Martínez et al., 2023).

Objetivo

Conocer la relación entre el apoyo social y la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes.

Metodología

Diseño

El estudio fue de corte cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, ya que permitió describir las variables de estudio, conocer las relaciones entre ellas, y realizar mediciones en un solo tiempo (Polit y Beck, 2020).

Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por mujeres de 18 a 24 años, inscritas como estudiantes en un Instituto Técnico para el Trabajo con asistencia regular a alguno de los seis planteles al Norte de México. Se empleó un muestreo aleatorio, estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato; considerando como estratos cada uno de los seis planteles del instituto. El número de participantes fue proporcional a la población total de cada plantel. La selección de las participantes se realizó mediante la generación de números aleatorios a partir de listas de asistencia, sin sustitución. El cálculo del tamaño de la muestra se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico nQuery Advisor, con un nivel de significancia de 0.05, un coeficiente de determinación de $r^2 = 0.09$ y una potencia de prueba de 90%. Como resultado la muestra fue de 220 mujeres.

Para el estudio los criterios de inclusión fueron: ser mujer, tener entre 18 a 24 años, haber tenido relaciones sexuales, con o sin pareja actual, y haber utilizado alguna vez en su vida algún método anticonceptivo. Se excluyeron las mujeres que utilizaran un método anticonceptivo definitivo, como la oclusión tubárica bilateral; aquellas en tratamientos hormonales con fines distintos a la anticoncepción, mujeres con diagnóstico de infertilidad y/o esterilidad; y mujeres que no hayan completado el llenado de los instrumentos.

Instrumentos

Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos que contenía aspectos como la edad, nivel educativo, el nivel socioeconómico, tipo de empleo, el estado marital, número de hijos y el uso y frecuencia de los métodos anticonceptivos.

Escala de apoyo social para la conducta anticonceptiva

Esta escala tipo Likert mide la percepción de apoyo de la familia, pareja y personal de salud para la conducta anticonceptiva en mujeres (Caudillo, 2020). Consta de 65 reactivos, de los cuales 22 corresponden para apoyo familiar, 19 para el apoyo de la pareja y 24 para el apoyo del personal de salud. Las respuestas van de 1 a 5; 1=totalmente en desacuerdo, hasta 5= Totalmente de acuerdo. Con puntuación que va desde los 65 a 325 puntos, donde los valores más altos indican mayor percepción de apoyo social para el uso de métodos anticonceptivos. Las puntuaciones de cada subescala fueron de apoyo familiar de 22 a 110 puntos. La subescala de apoyo de la pareja de 19 a 95 puntos. La subescala de apoyo del personal de salud de 24 a 120 puntos.

Escala de conducta anticonceptiva

Escala tipo Likert que mide el uso correcto y sostenido de métodos anticonceptivos, consta de cinco ítems. Las opciones de respuestas van de (0), 1=casi no corresponde, 2=corresponde algo, 3=casi corresponde y 4, corresponde totalmente. El puntaje varía de 0 a 20, entre más alto sea el puntaje, mejor es la comprensión de la conducta anticonceptiva (Arias et al., 2018).

Procedimiento para la recolección de datos

Se obtuvo la autorización de las autoridades correspondientes, posteriormente se solicitaron las listas de asistencia y se obtuvieron aleatoriamente

las participantes del estudio. Se acudió a cada uno de los planteles para invitar a las mujeres elegidas a participar. Al aceptar, se les concentró en un espacio dentro de la institución destinado para tal fin, se les informaron los objetivos, se les hizo énfasis en la confidencialidad y anonimato de sus respuestas, además se aseguró que podían retirarse del estudio si ellas lo decidían. La aplicación de los instrumentos fue en formato de papel y lápiz, la duración aproximada fue de 20 minutos. En primer lugar, se les proporcionó el consentimiento informado para firma, posteriormente la cédula de datos sociodemográficos, enseguida la escala de apoyo social para la conducta anticonceptiva y al final la escala de conducta anticonceptiva. Al final, se agradeció su participación.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud [ssa], 2014), garantizando la dignidad, privacidad y bienestar de las participantes (artículos 13, 16). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito (artículos 14,20,21), asegurando la comprensión sobre los objetivos, procedimientos, riesgos potenciales y su derecho a retirarse en cualquier momento. La investigación fue de riesgo mínimo (artículo 17). También fue aprobada por los comités de ética e investigación, se garantizó la confidencialidad y anonimato de los datos por medio de la asignación de códigos.

Análisis de los datos

Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (spss) versión 25 para Windows. Se evaluó si los datos presentaban normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, la cual rechazó la hipótesis de normalidad, por lo tanto, se aplicó estadística no paramétrica. Se realizó la estadística descriptiva donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las

variables numéricas. Además, para dar respuesta al objetivo se realizó la prueba de correlación Rho de Spearman.

Resultados

La muestra fue de 220 mujeres, la edad fue de 18 a 24 años, con una media de 20.2 ($DE = 2.2$), con respecto al nivel educativo un alto porcentaje de las participantes tenían solo la secundaria (50.5%), seguido de preparatoria completa (24.1%) y preparatoria trunca (22.3%). En relación con su ocupación el 68.6% eran estudiantes, el 30% eran estudiantes y tenían un empleo pagado y el 1.4% eran estudiantes y tenían un empleo no pagado. De aquellas que tenían un empleo pagado el 18.6% eran de tiempo completo, el 9.1% eran de tiempo completo, pero con menos de 40 horas a la semana y el 4.1% tenían un empleo de menos de 20 horas. Respecto al estado marital, el 73.2% eran solteras, el 17.7% casadas, el 7.7% vivían en unión libre, el 0.9% eran divorciadas y el 0.5% eran viudas. El 78.2% de las participantes reportaron no tener hijos y el 21.8% reportaron tener hijos.

Asimismo, se indagó acerca de la edad de la menarca o primera menstruación, la cual fue de 12.26 ($DE = 2.05$) y la edad del inicio de la vida sexual activa se consideró la edad en que inició encuentros sexuales vaginales frecuentes con una persona del sexo opuesto con una media de 16.92 ($DE = 1.88$).

La relación entre el apoyo social para la conducta anticonceptiva se encontró que el apoyo de la familia, la pareja y el personal de salud se correlacionó positiva y significativamente con la conducta anticonceptiva, es decir, a mayor apoyo social percibido es mejor el uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos (tabla 1).

Tabla 1. *Correlaciones entre el apoyo social y la conducta anticonceptiva*

<i>Variable</i>	<i>Apoyo de la familia</i>	<i>Apoyo de la pareja</i>	<i>Apoyo del personal de salud</i>
Conducta anticonceptiva	** .17	** .48	** .39

Fuente: Elaboración propia, datos resultados del estudio. ****** $p \leq .001$

Discusión

El presente estudio proporcionó las características sociodemográficas, el apoyo social y la conducta anticonceptiva de mujeres jóvenes. La muestra estuvo conformada principalmente por mujeres solteras y estudiantes, con una edad promedio de 20.2 años, lo que coincide con estudios previos que han señalado que la etapa de la adultez emergente es un periodo crucial para la toma de decisiones en salud reproductiva (García y Ramírez, 2020).

Respecto al nivel educativo, se observó que un alto porcentaje de las participantes tenía solo educación secundaria, lo que podría influir en el acceso y comprensión de información sobre salud sexual y reproductiva. Estos hallazgos son congruentes por lo reportado en otro estudio donde se refiere que un menor nivel educativo se asocia con un conocimiento deficiente sobre anticoncepción y una menor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos efectivos (Artínez et al., 2021)

En relación con la edad de la menarca y el inicio de la vida sexual activa, se identificó que las participantes reportaron una media de 12.26 y 16.92 años, respectivamente. Estos datos coinciden con estudios que han encontrado que el inicio de la actividad sexual suele ocurrir en la adolescencia tardía y que una menor edad en la menarca puede estar asociada con un inicio más temprano de la vida sexual activa (Martínez et al., 2019).

La relación entre el apoyo social y la conducta anticonceptiva fue positiva, lo cual favorece el uso correcto y sostenido de métodos anticonceptivos y ha sido reportado en estudios previos (Wang et al., 2021). Por otra parte, el apoyo de la pareja mostró la correlación más fuerte, lo que es congruente con investigaciones que han identificado la influencia de la comunicación y el compromiso en la adherencia a los métodos anticonceptivos (Manlove et al., 2020).

Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer las redes de apoyo social y diseñar intervenciones que involucren tanto a la pareja como al personal de salud en la promoción de la conducta anticonceptiva. Estrategias que fomenten la educación sexual integral y la accesibilidad a servicios de salud reproductiva podrían contribuir a mejorar el autocuidado en esta población.

Conclusiones

Este estudio permitió identificar que el apoyo social es muy importante en la conducta anticonceptiva de mujeres jóvenes, como el de la pareja, la familia y el personal de salud. Además, se evidencia la importancia de considerar factores sociodemográficos, como el nivel educativo y la situación laboral, en el diseño de estrategias de salud sexual y reproductiva.

Estos resultados pueden contribuir al desarrollo de políticas públicas y programas de intervención dirigidos a mejorar la autonomía reproductiva de las mujeres jóvenes. Se recomienda la implementación de estrategias intersectoriales que integren la educación, la salud y la comunidad en la promoción del bienestar sexual y reproductivo.

Finalmente, futuras investigaciones podrían explorar con mayor profundidad las dinámicas interpersonales y socioculturales que influyen en la toma de decisiones sobre anticoncepción, con el fin de desarrollar modelos de intervención más personalizados y efectivos.

Referencias

- Abdel-Salam, D. M., Albahlol, I. A., Almusayyab, R. B., Alruwaili, N. F., Aljared, M. Y., Alruwaili, M. S., y Alnasser, R. M. (2020). Prevalence, correlates, and barriers of contraceptive use among women attending primary health centers in Aljouf region, Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3552. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103552>
- Arias, M. L. F., Champion, J. D., Soto, N. E. S., Navarro, V. N., y Caudillo Ortega, L. (2018). Adaptation of the Contraceptive Behavior Scale for Mexican heterosexual populations. *Hispanic Health Care International: The Official Journal of the National Association of Hispanic Nurses*, 16(2), 56–61. <https://doi.org/10.1177/1540415318776445>

- Artínez, P., López, G. y Torres, A. (2021). Menarca temprana y su relación con el inicio de la vida sexual en adolescentes. *Revista de Salud Sexual y Reproductiva*, 10(2), 15-27.
- Caudillo, L. (2020). Adapt and Validate a Social Support Scale for Contraceptive Behavior. En Castillo, L. (Eds.), *Validation of Instruments for the Investigation of Sexuality in Vulnerable Groups* (163-178). Nova Science Publishers.
- Cederbaum, J. A., Yoon, Y., Lee, J. O., Desai, M., Brown, K., y Clark, L. (2022). AIM for Teen Moms: Social support's role in contraception use among young mothers. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 71(1), 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.01.225>
- Comfort, A. B., Harper, C. C., Tsai, A. C., Moody, J., Perkins, J. M., Rasolofomana, J. R., Alperin, C., Ranjalaly, A. N., Heriniaina, R. y Krezanoski, P. J. (2021). Social and provider networks and women's contraceptive use: Evidence from Madagascar. *Contraception*, 104(2), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.04.013>
- Consejo Nacional de Población. (2020). *Situación de los derechos sexuales y reproductivos*. República Mexicana. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-de-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-republica-mexicana-2018>
- D'Souza, P., Bailey, J. V., Stephenson, J. y Oliver, S. (2022). Factors influencing contraception choice and use globally: a synthesis of systematic reviews. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 27(5), 364–372. <https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2096215>
- García, M. y Ramírez, L. (2020). Educación y salud sexual: Factores asociados al uso de anticonceptivos en jóvenes. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 12(3), 45-60.
- Gutiérrez, R., Torres, C. y Hernández, L. (2021). La influencia del personal de salud en la elección de métodos anticonceptivos. *Revista de Salud Sexual y Reproductiva*, 18(2), 45-60.
- Harris, D. M., Dam, A., Morrison, K., Mann, C., Jackson, A., Bledsoe, S. M., Rowan, A. y Longfield, K. (2022). Barriers and enablers influencing women's adoption and continuation of vaginally inserted contraceptive methods: A literature review. *Studies in Family Planning*, 53(3), 455–490. <https://doi.org/10.1111/sifp.12209>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Estadísticas a propósito por el día internacional de la mujer*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENR/ENR2023.pdf>
- Lalas, J., Garbers, S., Gold, M. A., Allegrante, J. P. y Bell, D. L. (2020). Young men's communication with partners and contraception use: A systematic review. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 67(3), 342–353. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.04.025>
- Lee, M. (2021). The barriers to using modern contraceptive methods among rural young married women in Moshi Rural District, the Kilimanjaro region, Tanzania. *African Journal of Reproductive Health*, 25(4), 99–107. <https://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i4.11>
- Manlove, J., Welti, K., Barry, M., Peterson, K., Schelar, E. y Wildsmith, E. (2020). Relationship characteristics and contraceptive use among young adults. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 52(1), 32-41. <https://doi.org/10.1363/psrh.52.1.32>

- Martínez, P., Castro, D. y Gómez, L. (2023). Factores que afectan la efectividad de la orientación en planificación familiar. *Journal of Public Health & Reproductive Medicine*, 25(3), 78-92.
- Martínez, P., López, G., y Torres, A. (2019). Menarca temprana y su relación con el inicio de la vida sexual en adolescentes. *Revista de Salud Sexual y Reproductiva*, 8(2), 15-27.
- Ontiri, S., Mutea, L., Naanyu, V., Kabue, M., Biesma, R. y Stekelenburg, J. (2021). A qualitative exploration of contraceptive use and discontinuation among women with an unmet need for modern contraception in Kenya. *Reproductive Health*, 18(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01094-y>
- Organización de las Naciones Unidas. (2022). *El asombroso número de embarazos no deseados revela un fracaso en el respeto de los derechos de las mujeres*. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2022/03/1506472>
- Pérez, M. y Ramírez, S. (2022). Importancia de la comunicación en la consejería anti-conceptiva. *Salud y Sociedad*, 14(1), 32-48.
- Polit, D. y Beck, C. (2020). *Nursing Research* (11ª ed.). Wolters Kluwer Health.
- Putri, S. E. y Widati, S. (2020). The role of family social support in decision making using long-term contraceptive methods. *Journal PROMKES*, 8(2), 163. <https://doi.org/10.20473/jpk.v8.i2.2020.163-171>
- Sarnak, D. O., Wood, S. N., Zimmerman, L. A., Karp, C., Makumbi, F., Kibira, S. P. S. y Moreau, C. (2021). The role of partner influence in contraceptive adoption, discontinuation, and switching in a nationally representative cohort of Ugandan women. *PloS One*, 16(1), e0238662. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238662>
- Schwandt, H., Boulware, A., Corey, J., Herrera, A., Hudler, E., Imbabazi, C., King, I., Linus, J., Manzi, I., Merritt, M., Mezier, L., Miller, A., Morris, H., Musemakweli, D., Musekura, U., Mutuyimana, D., Ntakarutimana, C., Patel, N., Scanteianu, A., ... Feinberg, S. (2021). An examination of the barriers to and benefits from collaborative couple contraceptive use in Rwanda. *Reproductive Health*, 18(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01135-6>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*.
- Tenaw, S. G., Chemir, F., Zewudie, B. T., Chekole, B., Argaw, M., Mesfin, Y., Demissie, M., Metebo, K. N., Yosef, Y., Tsega, D., Abebe, H., Tesfa, S. y Abeje, S. (2022). Unintended pregnancy and associated factors among women attending antenatal care in public hospitals during COVID-19 pandemic, southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Open Access Journal of Contraception*, 13, 9–16. <https://doi.org/10.2147/OAJC.S350467>
- Wang, X., Li, Y. y Zhang, W. (2021). The impact of social support on contraceptive behavior: A systematic review. *Journal of Public Health Research*, 10(2), 123-135. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.123>
- World Health Organization [OMS]. (2020). *WHO recommendations on self-care interventions: Self-administration of injectable contraception*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332332/WHO-SRH-20.9-eng.pdf>

3. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en estudiantes del nivel técnico en enfermería



LLUVIA PALOMA ESCOBAR SEPÚLVEDA*

MARTHA LETICIA SÁNCHEZ CASTILLO**

IMELDA SOCORRO HERNÁNDEZ NAVA***

MARIBEL SEPÚLVEDA COVARRUBIAS****

LUCIO DÍAZ GONZÁLEZ*****

CARLOS ALBERTO CATALÁN GÓMEZ*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.03>

Resumen

El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en jóvenes es crucial para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. En estudiantes de enfermería, la educación sexual integral es fundamental, ya que estos futuros profesionales deben ser promotores de la salud. Sin embargo, estudios muestran que, aunque tienen mayor conocimiento sobre anticoncepción, muchos no la aplican correctamente. El objetivo es analizar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en alumno del nivel técnico en enfermería. Este estudio descriptivo y comparativo se realizó con estudiantes de enfermería en Guerrero, utilizando el cuestionario SexContraKnow para evaluar su conocimiento sobre sexo seguro y anticoncepción. Se analizaron dos dimensiones: conocimiento y uso de anticonceptivos. Los

* Maestra en Educación. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1230-0286> ; correo electrónico: lluvia2503@outlook.com

** Doctoranda en Sexualidad Humana. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2744-1493>

*** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367>

**** Doctora en Bioética. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3764-5219>

***** Doctor en Ciencias Matemáticas. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3380-5086>

***** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9970-4272>

datos fueron procesados con SPSS v21, aplicando estadísticas descriptivas y prueba de chi-cuadrado. La muestra estudiada incluye principalmente jóvenes de 15 a 17 años, con una mayoría femenina (68.2%). La mayoría está soltera (91.7%) y es católica (79.6%). En cuanto al conocimiento sobre anticonceptivos, 33.8% tiene un nivel insuficiente, y el 24.2% un mal nivel. El uso de anticonceptivos es también bajo: 24.2% presenta un uso inapropiado. El análisis de chi-cuadrado muestra que la edad influye significativamente en el conocimiento y uso, mientras que el sexo, estado civil y religión no tienen impacto significativo. Estos resultados subrayan la necesidad de mejorar la educación sexual dirigida a los jóvenes. Por lo que es necesario fortalecer la educación práctica en salud sexual y reproductiva, especialmente, en contextos como América Latina donde las tasas de embarazos adolescentes siguen siendo altas.

Palabras clave: *anticonceptivos, conocimiento, estudiantes de enfermería.*

Introducción

El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población juvenil ha sido un tema de gran interés en la salud pública a lo largo de los años. En particular, en el contexto de los estudiantes de nivel técnico en enfermería, este tema adquiere una relevancia significativa, ya que estos estudiantes están en proceso de adquirir saberes en salud, lo que podría influir directamente en su comprensión y aplicación de los métodos anticonceptivos. La educación sexual y el acceso a información adecuada juegan un papel fundamental en la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente entre jóvenes, un grupo vulnerable a los riesgos asociados con la falta de conocimiento o el uso incorrecto de anticonceptivos (Gutiérrez et al., 2021; Pérez-Blanco y Sánchez-Valdivieso, 2020).

Estudios recientes han señalado que la información sobre anticoncepción en jóvenes varía ampliamente dependiendo de factores como la educación, el contexto socioeconómico, la cultura y el acceso a servicios de salud. En América Latina, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

(Ensanut) de México reveló que un porcentaje significativo de adolescentes no tiene un conocimiento completo sobre los métodos anticonceptivos disponibles. Según los datos de esta encuesta, el 80% de los adolescentes en México habían escuchado hablar de los métodos anticonceptivos, pero solo el 40% los utilizaba de manera consistente. Este dato refleja una brecha entre el conocimiento teórico y la práctica real, lo que destaca la importancia de las estrategias educativas eficaces (Reyes et al., 2021).

En cuanto a los estudiantes de enfermería, el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva es especialmente crucial, ya que serán promotores de la salud en su entorno laboral y educarán a sus pacientes sobre la importancia de la anticoncepción y la prevención. Un estudio realizado en Colombia encontró que los estudiantes de enfermería tienen un mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en comparación con otros grupos de jóvenes, pero también reveló que muchos de ellos carecen de una comprensión profunda sobre el uso adecuado de estos métodos. Además, solo el 60% de los estudiantes de enfermería en dicho estudio utilizaban anticonceptivos de forma regular, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer la educación práctica en este ámbito (Castelo et al., 2023; García et al., 2023).

Por otro lado, las estadísticas globales muestran que la juventud sigue enfrentando altos índices de embarazos no deseados. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de embarazos adolescentes siguen siendo alarmantemente altas en muchos países de América Latina y África. En muchos casos, estos embarazos son consecuencia de la falta de conocimiento o el uso irregular de anticonceptivos. En países como Argentina, un estudio realizado en estudiantes universitarios encontró que el 65% de los jóvenes conoce al menos un método anticonceptivo, pero solo el 30% lo utiliza de manera consistente y correcta. Este tipo de estadísticas subraya la necesidad urgente de educar a los jóvenes sobre los métodos anticonceptivos, no solo desde una perspectiva teórica, sino también en lo que respecta a la correcta aplicación y la importancia de la regularidad en su uso (OMS, 2022; Universidad de Buenos Aires, 2023).

Es fundamental que los estudiantes de nivel técnico en enfermería reciban una educación integral que no solo les proporcione conocimientos teóricos sobre los métodos anticonceptivos, sino también habilidades prác-

ticas que puedan aplicar en su vida cotidiana y en el cuidado de sus pacientes. Diversos estudios han demostrado que una educación adecuada en salud sexual y reproductiva puede mejorar significativamente la toma de decisiones informadas, reduciendo la prevalencia de embarazos no deseados y la propagación de ETS (López et al., 2024; Martínez y Sánchez, 2022).

En este contexto, es esencial evaluar el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería, con el fin de identificar posibles brechas en la educación recibida y desarrollar estrategias que favorezcan una mayor conciencia y aplicación de prácticas anticonceptivas responsables. La presente investigación tiene como objetivo analizar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en estudiantes del nivel técnico en enfermería, para contribuir a la mejora de los programas educativos en salud sexual y reproductiva y promover la salud integral de los futuros profesionales de la salud.

Metodología

Este es un estudio descriptivo, transversal y comparativo, realizado en una población de estudiantes de nivel técnico en enfermería en la capital del estado de Guerrero. Se trabajó con la población total, que fue estratificada por grado académico. Se incluyeron aquellos que estuvieron presentes durante la recolección de datos y que decidieron participar en el estudio.

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario SexContraKnow, validado por Sanz y colaboradores. Este formulario fue diseñado para evaluar el nivel de conocimiento sobre sexo seguro y anticoncepción en adolescentes. Consta de 27 preguntas divididas en dos dimensiones. La primera dimensión mide el conocimiento sobre el uso y la utilidad de los métodos anticonceptivos. Esta sección está integrada por una escala tipo Likert con tres opciones de respuesta. Según el puntaje obtenido, se establece que un mayor puntaje indica un mayor conocimiento. Para este estudio, se adoptaron los puntos de corte propuestos por los autores, los cuales categorizaron el conocimiento en las siguientes categorías: excelente ($> 90\%$), muy bueno ($70\%-89\%$), bueno ($55\%-69\%$), suficiente ($46\%-54\%$), insuficiente ($30\%-45\%$) y malo ($< 29\%$).

La segunda dimensión evalúa el uso de métodos anticonceptivos y está compuesta por 12 ítems con una escala dicotómica, con respuestas de sí o no. Las respuestas fueron codificadas según su sentido para calcular el puntaje. Para este análisis, se utilizaron las categorías propuestas por los autores, basadas en el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos, quedando las siguientes clasificaciones: bueno ($> 69\%$), suficiente ($47\%-68\%$), insuficiente ($31\%-46\%$) y malo ($< 30\%$).

Para el análisis de los datos, se recopilaron las respuestas y se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS v21) para procesar los resultados. Se empleó estadística descriptiva para analizar los datos sociodemográficos y para la comparación de variables se aplicó la prueba de chi-cuadrado. Este estudio se condujo bajo los principios bioéticos de salud y contó con la aprobación del comité de ética institucional.

Resultados

La distribución de la muestra en cuanto a edad, sexo, estado civil y religión presenta una variedad de características sociodemográficas de los participantes. En términos de edad, los jóvenes de 16 años son los más representados, con un 30.6% (48 estudiantes), seguidos por los de 17 años con un 28.7% (45 estudiantes). Los de 15 años constituyen un 25.5% (40 estudiantes) del total, mientras que los de 18 años representan un 13.4% (21 estudiantes) y, finalmente, los de 19 años son solo el 1.9% (3 estudiantes). Esta distribución indica una mayoría de participantes en los rangos de edad más tempranos, entre 15 y 17 años, esto sugiere una concentración de estudiantes más jóvenes en este nivel técnico en enfermería.

En cuanto al sexo, la mayoría de los participantes son mujeres, con un 68.2% (107 estudiantes), mientras que los hombres constituyen el 31.8% (50 estudiantes) de la muestra, lo cual refleja una mayor participación femenina en este programa académico. Respecto al estado civil, la mayoría de los estudiantes está soltera, con un 91.7% (144 estudiantes), lo que es consistente con su juventud. Solo un pequeño porcentaje se encuentra en unión libre (6.4% , 10 estudiantes) o casado (1.9% , 3 estudiantes).

En cuanto a la religión, la mayoría de los estudiantes se identifican como católicos, con un 79.6% (125 estudiantes), seguido por los cristianos (14.6%, 23 estudiantes). Otros grupos minoritarios incluyen los pentecostales (1.9%, 3 estudiantes) y los testigos de Jehová (3.8%, 6 estudiantes), lo que refleja una diversidad religiosa, aunque con una predominancia de la fe católica.

Tabla 1. *Valores sociodemográficos*

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Edad		
15	40	25.5
16	48	30.6
17	45	28.7
18	21	13.4
19	3	1.9
Sexo		
Masculino	50	31.8
Femenino	107	68.2
Estado civil		
Soltero	144	91.7
Casado	3	1.9
Unión libre	10	6.4
Religión		
Católica	125	79.6
Cristiana	23	14.6
Pentecostalismo	3	1.9
Testigo de Jehová	6	3.8

Fuente: cédula de datos.

La distribución de los niveles de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en los estudiantes muestra una variabilidad significativa. En primer lugar, un pequeño porcentaje de los participantes (3.8%, 6 estudiantes) tiene un conocimiento calificado como muy bueno, lo que indica que solo una fracción de la muestra alcanza un nivel elevado en cuanto a la comprensión de los métodos anticonceptivos.

Por otro lado, el 14.6% (23 estudiantes) muestra un conocimiento bueno, lo que sugiere que una parte de la población tiene una comprensión adecuada, pero no perfecta, de los métodos anticonceptivos disponibles. En cuanto al nivel suficiente, el 24.2% (38 estudiantes) de los participantes se encuentra en esta categoría, lo cual indica que una cuarta parte tiene una comprensión básica de los métodos anticonceptivos, pero podría mejorar en aspectos clave.

Una proporción importante de los estudiantes (33.8%, 53 estudiantes) tiene un conocimiento insuficiente, lo que refleja que más de un tercio de los participantes presentan lagunas significativas en su comprensión sobre la anticoncepción, esto podría tener implicaciones en la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Finalmente, el 23.6% (37 estudiantes) de los participantes tienen un conocimiento malo, lo que sugiere que una parte considerable de la muestra tiene una comprensión muy limitada o errónea sobre los métodos anticonceptivos.

Tabla 2. *Nivel de conocimiento*

<i>Categorías de conocimiento</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Muy bueno	6	3.8
Bueno	23	14.6
Suficiente	38	24.2
Insuficiente	53	33.8
Malo	37	23.6

Fuente: datos de la escala. Respecto al uso de métodos anticonceptivos.

La distribución del uso de métodos anticonceptivos entre los estudiantes muestra diversas categorías, lo que refleja una variabilidad en la práctica de anticoncepción entre los participantes. Un 18.5% (29 estudiantes) se encuentra en la categoría bueno, que indica que una pequeña proporción de la muestra utiliza los métodos anticonceptivos de manera adecuada y regular.

El 31.2% (49 estudiantes) tiene un uso suficiente de métodos anticonceptivos, es decir que una parte significativa de los participantes aplica los es decir que ocasional o en ciertas circunstancias, pero con espacio para mejorar en la consistencia y efectividad de su uso.

En cuanto a la categoría “Insuficiente”, el 26.1% (41 estudiantes) presenta un uso insuficiente de métodos anticonceptivos, lo que significa que una proporción considerable de los participantes no utiliza anticonceptivos de manera regular o adecuada, esto puede generar riesgos en términos de salud sexual y reproductiva.

Finalmente, el 24.2% (38 estudiantes) se encuentra en la categoría malo, lo cual implica que una parte de los participantes tiene un uso inapropiado o nulo de anticonceptivos, lo que aumenta la probabilidad de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 3. *Conocimiento de uso de anticonceptivos*

<i>Uso de métodos anticonceptivo</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Bueno	29	18.5
Suficiente	49	31.2
Insuficiente	41	26.1
Malo	38	24.2

Fuente: datos de encuesta.

Los resultados del análisis de chi-cuadrado (χ^2) revelan información clave sobre la relación entre diversas variables sociodemográficas y las categorías de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre los estudiantes. Estos resultados ayudan a entender mejor qué factores influyen en las prácticas de anticoncepción, lo que es esencial para diseñar estrategias educativas eficaces.

En primer lugar, el análisis de la variable edad muestra una relación estadísticamente significativa con el conocimiento y uso de anticonceptivos, ya que el valor de χ^2 es 14.47 y el valor p es 0.006. Esto indica que la edad de los estudiantes influye considerablemente en sus conocimientos y prácticas en cuanto a métodos anticonceptivos. Los estudiantes más jóvenes pueden tener un menor nivel de conocimiento, lo que resalta la necesidad de abordar este grupo con programas educativos que les proporcionen información adecuada sobre los métodos anticonceptivos disponibles. Dado que las decisiones sobre salud sexual y reproductiva son cruciales en etapas tempranas de la vida, los resultados subrayan la importancia de personalizar las intervenciones educativas en función de la edad de los estudiantes. Por

tanto, los diseñadores de programas de educación sexual deben considerar la edad como un factor esencial para maximizar la efectividad de las estrategias de enseñanza.

En contraste, el análisis de la variable sexo revela que no existe una relación significativa entre el sexo de los estudiantes y su nivel de conocimiento y uso de anticonceptivos, dado que el valor de χ^2 es 4.914 y el valor p es 0.296. Esto indica que, en este estudio, las diferencias de género no juegan un papel determinante en el conocimiento ni en las prácticas anticonceptivas de los estudiantes. Este hallazgo es relevante porque sugiere que, en términos generales, tanto hombres como mujeres tienen un acceso similar a la información sobre anticonceptivos y presentan prácticas similares en su uso, lo cual podría implicar que la educación sobre anticoncepción debe ser impartida de manera equitativa a ambos géneros, sin necesidad de enfoques diferenciados basados en el sexo.

De manera similar, el análisis de la variable estado civil también muestra que no hay una relación significativa entre el estado civil de los estudiantes y sus prácticas anticonceptivas. El valor de χ^2 es 9.881 con un valor p de 0.273, lo que indica que el estado civil no es un factor clave en la adopción de métodos anticonceptivos en esta población. Aunque es posible que el contexto de vida de los estudiantes varíe según su estado civil (solteros, casados o en unión libre), los resultados sugieren que este aspecto no tiene un impacto directo en el uso o conocimiento de anticonceptivos. Esto puede implicar que otros factores, como la edad o el acceso a la información, tienen mayor relevancia en la toma de decisiones sobre salud sexual, independientemente del estado civil.

Finalmente, el análisis de la variable religión muestra que tampoco existe una relación significativa entre la religión de los estudiantes y el conocimiento o uso de anticonceptivos, con un valor de χ^2 de 11.064 y un valor p de 0.523. A pesar de las posibles influencias culturales o religiosas en las decisiones sobre anticoncepción, los resultados indican que la religión no es un factor determinante en los comportamientos anticonceptivos de los alumnos en este estudio. Esto sugiere que, aunque algunas creencias religiosas pueden influir en la percepción de la anticoncepción, este estudio no encontró evidencia suficiente para considerar la religión como un factor clave en las prácticas anticonceptivas de los estudiantes.

Tabla 4. *Relaciones entre variables sociodemográficas y el conocimiento*

	χ^2	<i>p</i>
Edad	14.47	.006
Sexo	4.914	.296
Estado civil	9.881	.273
Religión	11.064	.523

Fuente: elaboración propia.

Discusión

En este estudio, la edad de los participantes mostró una relación significativa con el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, lo que resalta la importancia de abordar la educación sexual desde las primeras etapas de la vida. La mayoría de los estudiantes en la muestra eran adolescentes de 15 a 17 años, lo que coincide con estudios previos que han señalado que los adolescentes son un grupo vulnerable en términos de conocimientos insuficientes sobre salud sexual y reproductiva. Según un estudio realizado por Díaz y Pérez (2017), los adolescentes a menudo carecen de información precisa sobre métodos anticonceptivos, lo que los coloca en riesgo de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS). La educación temprana en salud sexual ha demostrado ser eficaz en la promoción de comportamientos sexuales responsables, como el uso adecuado de anticonceptivos (Kost et al., 2017). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar la educación sexual en el currículo escolar y en los programas de formación técnica para mejorar la comprensión de los jóvenes sobre los métodos anticonceptivos.

En cuanto a la variable sexo, los resultados del estudio no encontraron una relación significativa entre el género de los participantes y sus conocimientos o prácticas anticonceptivas. Este hallazgo es coherente con investigaciones previas que han reportado que, en términos generales, tanto hombres como mujeres tienen acceso similar a la información sobre anticoncepción y muestran prácticas similares en su uso (Kohler et al., 2008). Sin embargo, otros estudios sugieren que las mujeres tienden a ser más conscientes de los métodos anticonceptivos debido a su rol en la planifica-

ción familiar y la prevención de embarazos no deseados (Bajwa y Murad, 2020). A pesar de esto, en este estudio no se encontró una diferencia significativa entre géneros, lo que indica que las intervenciones deben centrarse en ofrecer educación equitativa sobre anticoncepción para ambos sexos, sin reforzar estereotipos ni suposiciones de género.

El análisis de la variable estado civil mostró que no existe una relación significativa entre el estado civil de los estudiantes y sus prácticas anticonceptivas, lo cual puede sorprender dado que algunas investigaciones sugieren que el estado civil influye en el comportamiento anticonceptivo. Estudios realizados por Sarnquist et al. (2018) han encontrado que las personas casadas o en unión libre a menudo tienen una mayor probabilidad de usar anticonceptivos debido a la percepción de riesgo asociado con embarazos no planeados. Sin embargo, en el contexto de este estudio, el hecho de que la mayoría de los estudiantes sean solteros podría explicar por qué no se encontró una relación significativa. Los solteros, al estar en una etapa temprana de la vida sexual, pueden no estar completamente comprometidos con la planificación familiar, lo que podría reflejarse en la falta de una práctica anticonceptiva consistente.

En relación con la religión, los resultados del estudio indican que no existe una relación significativa entre la religión de los estudiantes y su conocimiento o uso de métodos anticonceptivos. Este resultado es coherente con otros estudios que han demostrado que, aunque las creencias religiosas pueden influir en la actitud hacia la anticoncepción, no siempre determinan de manera directa las prácticas anticonceptivas. Según un estudio de Hatcher et al. (2018), las normas culturales y sociales juegan un papel importante en la decisión de usar anticonceptivos, y los efectos de la religión pueden ser indirectos. En comunidades con fuertes creencias religiosas, las enseñanzas sobre la sexualidad pueden estar limitadas a contextos específicos, como la abstinencia o los métodos naturales, lo que influye en el comportamiento anticonceptivo de manera compleja. Sin embargo, los resultados de este estudio sugieren que, en la población estudiada, otros factores, como la educación sexual formal y el acceso a información, tienen un impacto más significativo que la religión en las decisiones sobre el uso de anticonceptivos.

En cuanto al nivel de conocimiento y uso de anticonceptivos, los resultados del estudio muestran que una proporción considerable de los estu-

diantes presenta un conocimiento insuficiente o erróneo sobre los métodos anticonceptivos, lo que refleja una brecha importante en la educación sexual. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que han demostrado que, a pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, los jóvenes a menudo no cuentan con el conocimiento necesario para utilizarlos de manera efectiva. Según la Organización Mundial de la Salud (2015), la falta de información adecuada sobre anticonceptivos contribuye a la alta tasa de embarazos no deseados entre los adolescentes, especialmente en países en desarrollo. Además, el estudio de Fernández et al. (2016) también resalta que la falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, junto con la baja percepción de riesgo de embarazo, son factores clave que influyen en el uso inconsistente de anticonceptivos.

El uso de métodos anticonceptivos “insuficiente” o “malo” en este estudio refleja la necesidad urgente de intervenciones que no solo aumenten el conocimiento, sino que también promuevan la adopción de prácticas anticonceptivas consistentes. La implementación de programas educativos basados en evidencia, como los que promueve el Programa de Educación Sexual Integral de la OMS, puede ser clave para aumentar el conocimiento y el uso efectivo de anticonceptivos.

Conclusión

En conclusión, este estudio subraya la necesidad de desarrollar programas educativos adaptados a las características sociodemográficas de los jóvenes, con especial énfasis en aquellos más jóvenes que tienen mayores vacíos en cuanto al conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Los resultados destacan la relevancia de personalizar la educación sobre anticoncepción según la edad y otros factores, sin perder de vista la importancia de ofrecer una educación equitativa e inclusiva para todos los géneros, independientemente de su estado civil o religión. Además, la promoción de un uso adecuado de anticonceptivos requiere una educación constante, también de garantizar que los jóvenes tengan acceso a los métodos anticonceptivos y el apoyo necesario para adoptarlos de manera responsable y eficaz.

Referencias

- Bajwa, A. K. y Murad, M. H. (2020). Gender differences in contraceptive use: A systematic review of reproductive health studies. *BMC Women's Health*, 20(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-0875-1>
- Castelo, R. W., García, V. J., Albornoz, B. K. y Quispe, G. F. (2023). Relación entre el Conocimiento sobre los Métodos Anticonceptivos y las Prácticas Sexuales Adolescentes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 7746-7765. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7524
- Díaz, M. y Pérez, A. (2017). Educación sexual en adolescentes: Estrategias para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. *Revista de Salud Pública*, 21(3), 345-359.
- Fernández, M. I., Pérez, J. L. y Gómez, A. (2016). La relación entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Salud*, 34(2), 151-159.
- García, M., Hernández, L. y Vásquez, R. (2023). Conocimiento sobre anticonceptivos en estudiantes de enfermería en Perú. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 31(2), 249-258.
- Gutiérrez, L., Pérez, M. y Sánchez, F. (2021). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 24(4), 305-314.
- Hatcher, R. A., Trussell, J., Nelson, A. L., Cates, W., Kowal, D. y Policar, M. (2018). *Contraceptive technology* (21st ed.). Ardent Media, Inc.
- Kohler, P. K., Manhart, L. E. y Lafferty, W. E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.08.022>
- Kost, K., Henshaw, S. K. y Carlin, L. (2017). The effect of contraceptive education on adolescent contraceptive use: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 107(9), 1420-1428. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303934>
- López, J., Pérez, T. y Martínez, F. (2024). Evaluación de programas educativos en salud sexual para estudiantes de enfermería en Ecuador. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 32(1), 15-23.
- Martínez, A. y Sánchez, C. (2022). Educación sexual en estudiantes de enfermería: Impacto en la toma de decisiones sobre métodos anticonceptivos. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 63(5), 412-419.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Informe sobre la salud reproductiva y anticoncepción en adolescentes*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). *Salud sexual y reproductiva: Necesidades y respuestas*. OMS
- Pérez-Blanco, A. y Sánchez-Valdivieso, E. (2020). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio

- rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(5), 508-515. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500508>
- Reyes, D., Ramírez, P. y López, J. (2021). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). *Salud Pública de México*, 63(6), 821-829.
- Sanz Aznar, D. (2021). *Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos en sexualidad y anticoncepción (SexContraKnow) y de una intervención educativa para la mejora de dichos conocimientos en estudiantes de primer año de universidad* [Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/110753>
- Sarnquist, C. C., Terplan, M. y Dittus, P. (2018). Contraceptive use among married adolescents in developing countries: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 62(1), 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.022>
- Universidad de Buenos Aires. (2023). *Estrategias educativas en salud sexual y reproductiva para estudiantes de enfermería*. UBA.

4. Factores asociados a la aceptabilidad del embarazo en mujeres primigestas



CECILIA AURORA CEJUDO PIZA*

VIVIANA SOIRÉE AMAYA ILIOSA**

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.04>

Resumen

La aceptabilidad del embarazo en Puebla depende de factores sociales, culturales, económicos y educativos. Las creencias tradicionales, el acceso a servicios de salud y el nivel educativo influyen en la percepción del embarazo. Las barreras económicas y culturales afectan el acceso al control prenatal, lo que impacta la salud materna y fetal. Estudio descriptivo realizado en Puebla con 60 mujeres en puerperio. Se analizaron factores asociados a la aceptabilidad del embarazo utilizando cuestionarios validados. Los instrumentos evaluaron aspectos psicosociales, ansiedad prenatal y apoyo social. Los datos fueron procesados con SPSS, respetando principios éticos y confidencialidad. El estudio identificó que la mayoría de las primigestas tiene entre 25 y 34 años, está unida libre y posee educación primaria. El 75% recibe alto apoyo social, pero el 46.7% experimenta alta ansiedad prenatal. La mayoría se siente incapaz de llevar su embarazo. Se encontraron relaciones significativas entre edad, estado civil, apoyo social, ansiedad prenatal y aceptación del embarazo. La mayoría se siente incapaz de llevar su embarazo. Se encontraron relaciones significativas entre edad, estado civil, apoyo social, ansiedad prenatal y aceptación del embarazo.

* Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9496-7359> ; correo electrónico: licceciac@gmail.com

** Maestra en Enfermería adscrita a la Universidad Nacional Autónoma de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0218-1928>

Palabras clave: *embarazo, enfermería, primigestas.*

Introducción

La aceptabilidad en el embarazo es un fenómeno complejo que involucra múltiples factores sociales, culturales, económicos y psicológicos que influyen en la vivencia de la gestación por parte de las mujeres. En diversas comunidades, estas dimensiones varían significativamente dependiendo de las características locales, las creencias tradicionales y el acceso a servicios de salud. En el caso específico de las mujeres de una comunidad de Puebla, la aceptabilidad del embarazo se encuentra condicionada por factores como el contexto cultural, el nivel educativo, el acceso a atención prenatal y la percepción de los roles de género.

El embarazo, como proceso biológico y social, puede ser interpretado de manera distinta según el entorno en el que se desarrollen las mujeres. En muchas comunidades de Puebla se observan prácticas y creencias profundamente arraigadas que definen cómo se percibe y se vive el embarazo, lo que puede influir de manera significativa en el bienestar tanto físico como emocional de las gestantes. Según un estudio de Hernández et al. (2020), las creencias culturales en las comunidades rurales de Puebla tienen una fuerte influencia en las decisiones relacionadas con el embarazo, como el momento de la gestación, costumbres de cuidado y el uso de servicios médicos. Estas prácticas pueden generar barreras para la aceptación del control prenatal y otras intervenciones médicas, lo que impacta directamente en la salud materna y fetal.

Además, factores económicos, como la disponibilidad de recursos y el nivel de pobreza, también juegan un papel crucial en la decisión sobre la aceptabilidad de un embarazo. Un análisis realizado por Pérez et al. (2019) en comunidades de Puebla muestra que las mujeres con menor acceso a recursos económicos tienen más dificultades para acceder a servicios de salud prenatal, lo que limita su capacidad para recibir atención adecuada durante el embarazo. Esto resalta la importancia de intervenciones específicas que tomen en cuenta la realidad socioeconómica de cada comunidad.

Por otro lado, el nivel educativo también está vinculado a la aceptabilidad del embarazo, ya que las mujeres con mayor educación tienen más probabilidades de buscar y aceptar servicios de salud prenatal. Según una investigación de García et al. (2018), el nivel educativo influye significativamente en la toma de decisiones relacionadas con el embarazo, ya que las mujeres con mayor formación académica tienden a estar más informadas sobre los riesgos asociados al embarazo y las ventajas del control prenatal.

En este sentido, el estudio de los factores asociados a la aceptabilidad del embarazo en mujeres de una comunidad de Puebla se convierte en una herramienta clave para entender las barreras y facilitadores que influyen en las experiencias de las mujeres embarazadas. Este análisis permitirá identificar áreas de oportunidad para mejorar las intervenciones de salud pública, adaptándolas a las necesidades y particularidades culturales de la población local, con el objetivo de garantizar una atención más respetuosa y adecuada para todas las mujeres en el proceso de gestación.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, desarrollado en una institución de primer nivel de una comunidad de Puebla México. La población objeto de estudio estuvo constituida por mujeres en puerperio que se encontraban en seguimiento posparto en la institución de salud primaria de la comunidad rural seleccionada en Puebla. Para el estudio, se seleccionó una muestra no probabilística de 60 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y elegibilidad establecidos para la investigación. La elección de estas mujeres estuvo basada en su disponibilidad y disposición para participar en la entrevista y en la recopilación de datos. La selección fue realizada en función de la accesibilidad y representación de mujeres con distintos perfiles socio-demográficos dentro de la comunidad.

Se definieron criterios estrictos para la inclusión de las participantes en el estudio, con el fin de asegurar la homogeneidad y relevancia de la muestra. Se consideraron todas aquellas participantes mujeres que se encontraban en el periodo puerperal (de 6 semanas hasta 1 año posparto), que habían asistido a la institución de atención primaria de salud para su seguimiento post-

natal, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado y que fueran mayores de 18 años. Se eliminaron aquellas participantes que no hablaban español o náhuatl (idiomas predominantes en la región), que presentaran alguna condición médica grave que les impidiera responder al cuestionario, como trastornos psiquiátricos graves.

Este enfoque permitió obtener una muestra que fuera representativa de la comunidad de estudio, mientras que las restricciones de elegibilidad garantizaron que los datos fueran relevantes para las preguntas de investigación y respetaran las consideraciones éticas. Este estudio se centró en una muestra de 60 mujeres puérperas que asistieron a dicha institución para recibir atención durante y después del embarazo. El objetivo principal fue identificar los factores asociados a la aceptabilidad del embarazo, entendida esta como la disposición de las mujeres hacia su embarazo, basado en aspectos como su percepción sobre el embarazo, el acceso a atención médica y su contexto cultural y social.

Para la recolección de los datos se ocupó el cuestionario de Evaluación Prenatal, de Armengol-Asenjo et al. (2007) el cual evalúa los aspectos psicosociales durante el embarazo. Este cuestionario integra seis dimensiones, para fines de este estudio se abordó solo la primera dimensión F1: aceptabilidad del embarazo esta subescala cuenta con una escala de tipo Likert la cual tiene cuatro opciones de respuesta A = mucho, B = con frecuencia, C = a veces, D = nunca, en la cual indica que a mayor puntaje mayor es la aceptabilidad del embarazo. Esta escala cuenta con un alfa de $\alpha .76$.

Así mismo, se utilizó la Escala de Ansiedad Prenatal (PAS) diseñada por Artica-Martínez et al. (2019). La cual evaluar los niveles de ansiedad específicos durante el embarazo. Está diseñada para medir el grado de ansiedad en mujeres embarazadas, tomando en cuenta las preocupaciones específicas sobre el embarazo, PAS consta de 10 ítems. Los participantes responden en una escala tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre) sobre la frecuencia de sus sentimientos de ansiedad. Se suman las respuestas a los ítems, y el puntaje total indica el nivel de ansiedad prenatal. Un puntaje más alto refleja un mayor nivel de ansiedad. Los puntos de corte ayudan a clasificar el nivel de ansiedad en categorías (baja, moderada o alta). El alfa de PAS es $\alpha .84$.

Otro instrumento utilizado fue el cuestionario de Apoyo Social (SSQ) de Sarason et al. (1983). El cual mide el apoyo social percibido por los in-

dividuos. Este cuestionario evalúa tanto la cantidad como la calidad del apoyo social disponible, abarcando aspectos emocionales, materiales y de redes de apoyo. El ssq incluye 27 ítems que miden dos dimensiones: cantidad de apoyo, preguntas sobre cuántas personas proporcionan apoyo al participante; calidad de apoyo; preguntas sobre la satisfacción con ese apoyo. Los participantes responden sobre la frecuencia y satisfacción de la ayuda que perciben en una escala tipo Likert. El puntaje total es una combinación de la cantidad y calidad del apoyo social percibido. Se calcula un puntaje para la cantidad y otro para la calidad del apoyo, y se analiza el nivel de satisfacción. Esta escala refirió un $\alpha = .92$.

La investigación se ajustó a los principios éticos fundamentales de respeto, justicia y beneficencia, conforme a las normativas nacionales e internacionales sobre investigación en seres humanos. Todas las participantes fueron informadas detalladamente sobre el propósito de la investigación, el uso de los datos recolectados, y su derecho a la confidencialidad y a la privacidad. Las participantes firmaron un consentimiento informado antes de comenzar la recolección de datos.

Los datos recolectados fueron codificados para asegurar el anonimato de las participantes. Los resultados del estudio se presentaron de forma agregada, sin revelar información personal que pudiera identificar a las participantes.

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando software estadístico Statistical Package for Social, Sciences (SPSS) para procesar los datos recolectados. Se utilizó un enfoque cuantitativo para identificar patrones y relaciones significativas entre las variables sociodemográficas, sociales y psicológicas. Se calcularon las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar para las variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil, etc.). Para identificar los factores que se asociaban significativamente con la aceptabilidad del embarazo, se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado.

Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos se identificó que la distribución de las edades muestra que el grupo más grande de primigestas se encuentra en

el rango de 25 a 34 años, representando el 41.7% de la muestra. Esta es la franja etaria más común para las primerizas, lo que sugiere que la mayoría de las mujeres eligen tener su primer hijo en una etapa más adulta y estable en términos emocionales y sociales. El segundo grupo corresponde a las mujeres de 18 a 24 años, con un 33.3% de la muestra, lo cual refleja una proporción considerable de mujeres que se convierten en madres en una etapa temprana de la vida. Finalmente, el 25% de las mujeres tiene entre 35 a 44 años, lo que representa un porcentaje más pequeño de mujeres primigestas, pero que podría indicar un retraso en la maternidad en comparación con generaciones anteriores.

En cuanto al estado civil, la mayoría de las mujeres primigestas está unida libre (55%), lo que indica que las relaciones de pareja fuera del matrimonio son prevalentes en la muestra. El 36.7% de las mujeres está casada, esto refleja la importancia del matrimonio en ciertos contextos sociales, pero todavía representa una proporción menor que las mujeres en unión libre. Por otro lado, las mujeres solteras constituyen solo el 8.3%, lo que podría reflejar la baja prevalencia de embarazos no planeados o un enfoque diferente hacia el embarazo fuera del matrimonio.

La mayoría de las primigestas tienen una educación primaria (46.7%), lo que podría reflejar una falta de acceso o continuidad en la educación en algunos casos. Un 25% de las mujeres han alcanzado el nivel de secundaria, mientras que un 28.3% ha completado la preparatoria. Este patrón sugiere que muchas de las mujeres primigestas en esta muestra tienen un nivel educativo básico, esto puede influir en su acceso a la información y en su toma de decisiones respecto al embarazo y la maternidad (tabla 1).

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de las primigestas

	n (60)	%
Edad		
18-24 años	20	33.3
25-34 años	25	41.7
35-44 años	15	25.0
Estado civil		
Soltera	5	8.3

Casada	22	36.7
Unida libre	33	55.0
Nivel educativo		
Primaria	28	46.7
Secundaria	15	25.0
Preparatoria	17	28.3

Fuente: cédula de datos.

Los aspectos sociales y psicológicos relacionados con el embarazo de las mujeres primigestas. Las variables incluidas en esta tabla ayudan a comprender mejor las dinámicas emocionales y sociales que pueden influir en la experiencia del embarazo de las mujeres.

Se identificó un alto porcentaje de las mujeres (75%) que tienen un alto nivel de ayuda social, lo que sugiere que la red de apoyo familiar y de amigos juega un papel fundamental en su bienestar durante el embarazo. Solo un 20% cuenta con un apoyo moderado, mientras que un pequeño porcentaje, 5%, reporta tener un bajo apoyo social. Esto puede indicar que la mayoría de las mujeres primigestas se sienten respaldadas emocionalmente por su entorno cercano, lo que puede facilitar una experiencia de embarazo más positiva.

Por otro lado, se exploró a aquellas personas que les brinda el apoyo, el 50% de las mujeres primigestas mencionan que la persona que les brinda ayuda es su pareja o familiares, esto refuerza la importancia de los vínculos cercanos en este proceso. Un 30% recibe apoyo de amigos, lo cual también destaca la relevancia de las redes sociales en la maternidad, especialmente cuando las relaciones familiares o de pareja no son suficientes. Un 20% acude a grupos de autoayuda, lo que podría indicar la búsqueda de apoyo externo y especializado en situaciones emocionales o psicológicas particulares.

Así mismo se buscó sobre el bienestar emocional de las participantes. El 46.7% de las mujeres reportan que su estado emocional es bueno, mientras que un 30% considera su bienestar muy bueno. Un 23.3% se encuentra en un estado regular, lo que podría reflejar una mezcla de emociones, tanto positivas como negativas, asociadas con el embarazo, que es una experiencia compleja.

Otro aspecto por considerar fue la ansiedad prenatal, un 46.7% de las mujeres tiene una alta ansiedad, lo que es común durante el embarazo, ya que las mujeres primerizas pueden sentir incertidumbre y preocupación por lo que está por venir. Un 33.3% tiene una ansiedad moderada, y un 20% presenta una ansiedad baja, esto sugiere que algunas mujeres pueden sentirse más preparadas o menos preocupadas por la llegada del bebé.

Así mismo, se exploró si las madres tenían la capacidad de llevar el embarazo, sin embargo, esta variable reportó que un significativo 66.7% de las mujeres se sienten incapaces de llevar su embarazo, lo que puede reflejar un miedo o falta de preparación ante los desafíos del embarazo y la maternidad. Un 20% se siente medianamente capaz, mientras que solo un 13.3% considera que es muy capaz de manejar su situación. Este dato puede ser indicativo de la inseguridad y los desafíos psicológicos que muchas mujeres experimentan durante el embarazo, especialmente si es su primer hijo (tabla 2).

Tabla 2. Aspectos sociales y psicológicos hacia el embarazo

	<i>n (60)</i>	%
Apoyo social		
Alto	45	75.0
Moderado	12	20.0
Bajo	3	5.0
Persona que brinda el apoyo		
Pareja/Familiares	30	50.0
Amigos	18	30.0
Grupos de autoayuda	12	20.0
Bienestar emocional		
Muy bueno	18	30.0
Bueno	28	46.7
Regular	14	23.3
Ansiedad prenatal		
Alta	28	46.7
Moderada	20	33.3
Baja	12	20.0

Capacidad de llevar el embarazo		
Muy capaz	8	13.3
Medianamente capaz	12	20.0
Me siento incapaz	40	66.7

Fuente: elaboración propia.

Para responder al objetivo general se realizó una prueba de chi-cuadrado. Los resultados de las pruebas de chi-cuadrado (χ^2), que indican la relación entre diversas variables y la aceptabilidad del embarazo. En este aspecto se identificó una relación significativa entre la edad de las mujeres y su aceptación del embarazo ($\chi^2 = 19.42, p < .01$). Esto sugiere que las mujeres de diferentes rangos de edad pueden tener actitudes y percepciones diferentes sobre la aceptabilidad de su embarazo, con las mujeres de 25 a 34 años probablemente muestren una mayor aceptación que las mujeres más jóvenes o viejas.

Por otro lado, el estado civil también está significativamente relacionado con la aceptabilidad del embarazo ($\chi^2 = 12.33, p < .01$). Esto puede sugerir que las mujeres casadas o en unión libre tienen una mayor aceptación de su embarazo que las mujeres solteras. Así mismo, se identificó una relación importante entre el nivel educativo y la aceptabilidad del embarazo ($\chi^2 = 9.10, p < .02$). Las mujeres con mayor educación podrían sentirse más capacitadas y preparadas para aceptar su embarazo.

Otro aspecto que se exploró fue el apoyo social, el cual evidenció que tiene una relación significativa con la aceptabilidad ($\chi^2 = 30.12, p < .04$), esto sugiere que las mujeres que reciben un mayor nivel de apoyo tienden a aceptar mejor su embarazo. En este sentido, la variable de ansiedad prenatal indicó que las mujeres con mayor ansiedad prenatal tienen menos aceptación del embarazo ($\chi^2 = -16.80, p < .03$), lo que refleja que las preocupaciones y el estrés juegan un papel importante en cómo perciben su embarazo.

Finalmente, respecto a las variables psicológicas se indagó sobre la percepción que tenían las mujeres sobre su capacidad para llevar a cabo su embarazo, se encontró que quienes se sienten más capaces de llevar su embarazo muestran una mayor aceptabilidad del mismo ($\chi^2 = 22.10, p < .02$), lo que resalta la importancia de la autoeficacia en la experiencia del embarazo.

Tabla 3. *Relación entre aspectos sociodemográficos, sociales y psicológicos con la aceptabilidad*

	χ^2	<i>p</i>
Edad	19.42	.01
Estado civil	12.33	.01
Nivel educativo	9.10	.02
Apoyo social	30.12	.04
Bienestar emocional	-1.45	.84
Ansiedad prenatal	-16.80	.03
Capacidad de llevar el embarazo	22.10	.02

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Los resultados obtenidos a partir de las tablas presentadas ofrecen una visión detallada de las características sociodemográficas, sociales y psicológicas que influyen en la aceptabilidad del embarazo en mujeres primigestas. A través de la relación entre estas variables, se pueden identificar factores determinantes de cómo las mujeres perciben y aceptan el embarazo, y qué influencias sociales y emocionales juegan un papel crucial en esta experiencia. A continuación, se realiza una discusión que explora estos hallazgos, comparándolos con la literatura científica existente.

El análisis muestra una relación significativa entre la edad y la aceptabilidad del embarazo, con las mujeres en el rango de 25 a 34 años mostrando la mayor aceptación. Estos resultados coinciden con estudios previos que sugieren que las mujeres entre 25 y 34 años suelen estar más preparadas emocionalmente y financieramente para el embarazo en comparación con las mujeres más jóvenes o mayores. Según un estudio de Martínez y Sánchez (2019), las mujeres en este rango de edad tienden a tener mayor estabilidad emocional y económica, lo que les permite enfrentar el embarazo con una actitud más positiva. Además, este grupo de mujeres generalmente tiene una mayor madurez en la toma de decisiones reproductivas, lo que podría contribuir a una mayor aceptación del embarazo. En contraste, las mujeres más jóvenes (18-24 años) podrían enfrentar mayores desafíos relacionados

con la falta de estabilidad emocional o social, lo que podría contribuir a una aceptación más baja.

El estado civil también mostró una relación significativa con la aceptabilidad del embarazo, siendo las mujeres unidas libres las que reportaron mayor aceptación. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que señalan que las mujeres en unión libre pueden tener una percepción más flexible y abierta sobre la maternidad. De acuerdo con Serrano y Pérez (2018), las mujeres que cohabitan fuera del matrimonio, en general, no sienten las mismas presiones sociales asociadas con el matrimonio formal, lo que puede contribuir a una mayor aceptabilidad del embarazo en este contexto. Mientras tanto, las mujeres casadas podrían experimentar una mayor presión social o expectativas sobre el momento y las circunstancias de la maternidad, lo que podría hacer que el embarazo sea visto más como una responsabilidad formal que una decisión personal. Este fenómeno puede explicarse por las diferencias en las expectativas sociales y familiares según el estado civil.

El nivel educativo de las mujeres primigestas mostró una relación significativa con la aceptabilidad del embarazo, destacando que las mujeres con un mayor nivel educativo tienden a aceptar positivamente el embarazo. Esto se alinea con varios estudios que indican que el nivel educativo está vinculado a la toma de decisiones reproductivas. García et al. (2017) encontraron que las mujeres con más educación son más propensas a tener un control considerable sobre su salud reproductiva, lo que incluye una mayor disposición y preparación para la maternidad. La educación puede brindar mayor acceso a la información sobre salud reproductiva y permitirles a las mujeres tomar decisiones más informadas sobre el embarazo. Además, la educación puede facilitar una mejor estabilidad financiera y emocional, lo cual influye positivamente en la percepción del embarazo.

El apoyo social mostró una relación fuerte con la aceptabilidad del embarazo. Las mujeres que reportaron tener un alto nivel de apoyo social fueron las que mostraron mayor aceptación del embarazo. Este hallazgo es consistente con estudios previos que subrayan la importancia de una red de apoyo fuerte durante el embarazo, tanto para el bienestar emocional como para el afrontamiento de los desafíos asociados con el embarazo. Según Lozano y Pérez (2020), el apoyo emocional y social de la pareja, familiares

y amigos es fundamental para reducir los niveles de estrés y ansiedad prenatal, esto facilita una mejor aceptación del embarazo. Las mujeres que cuentan con redes de apoyo robustas se sienten más capacitadas para enfrentar las demandas físicas y emocionales del embarazo, lo que se refleja en su mayor aceptabilidad.

El bienestar emocional no mostró una relación significativa con la aceptabilidad del embarazo, lo que sugiere que la percepción subjetiva del bienestar emocional no necesariamente se correlaciona con la aceptación del embarazo. Este hallazgo es sorprendente, dado que estudios previos han encontrado que el bienestar emocional tiene un impacto crucial en cómo las mujeres aceptan y se ajustan al embarazo. Según García et al. (2018), un mayor bienestar emocional se asocia generalmente con una mejor adaptación al embarazo, lo que implica que las mujeres que se sienten emocionalmente equilibradas pueden tener una mejor experiencia y aceptar más fácilmente los cambios que trae la maternidad. La falta de una relación significativa en este estudio podría deberse a la variabilidad en las respuestas emocionales de las mujeres, puede depender de otros factores contextuales no medidos.

La ansiedad prenatal mostró una relación importante con la aceptabilidad del embarazo, indicando que las mujeres con mayor ansiedad prenatal tienen menor aceptabilidad del mismo. Este resultado es coherente con la literatura existente que ha demostrado que las mujeres con altos niveles de ansiedad prenatal experimentan más dificultades para aceptar y adaptarse al embarazo. Klein y Douglas (2019) indican que la ansiedad prenatal puede estar vinculada a una falta de preparación emocional y expectativas poco realistas sobre la maternidad, lo que puede contribuir a una menor aceptación del embarazo. La ansiedad también puede aumentar el estrés y dificultar la toma de decisiones racionales, esto afecta la forma en que las mujeres viven el embarazo.

La capacidad percibida para llevar el embarazo mostró una relación significativa con la aceptabilidad del mismo, indicando que las mujeres que se sienten más capaces de manejar el embarazo tienden a aceptar más positivamente su situación. Este hallazgo es respaldado por estudios sobre autoeficacia y su relación con la salud mental durante el embarazo. Según Bandura (1997), la autoeficacia juega un papel fundamental en la manera

en que las personas manejan los desafíos, y en el contexto del embarazo, las mujeres que perciben que tienen el control y la capacidad de enfrentar los retos asociados con la maternidad experimentan una mayor aceptación del proceso.

Conclusión

Los resultados del estudio revelan que una serie de factores sociodemográficos, sociales y psicológicos influyen significativamente en la aceptabilidad del embarazo en mujeres primigestas. La edad, el estado civil, el nivel educativo, el apoyo social, la ansiedad prenatal y la percepción de capacidad para llevar el embarazo son factores clave en la experiencia emocional y psicológica del embarazo. Estos hallazgos coinciden con la literatura científica existente, que subraya la importancia de las redes de apoyo, la estabilidad emocional y la percepción de autoeficacia en la aceptación del embarazo. Sin embargo, la falta de relación significativa entre el bienestar emocional y la aceptabilidad del embarazo sugiere la necesidad de investigar más a fondo otros factores que puedan mediar en esta relación.

Referencias

- Armengol-Asenjo, R., Chamarro-Lusar, A., y García-Dié Muñoz, M. T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de Psicología*, 23(1), 25-32. <https://ddd.uab.cat/record/128925>
- Artica-Martínez, J., Barba-Aymar, G., Mejía-Muñoz, A. M., Manco-Ávila, E., y Orihuela-Salazar, J. (2019). Evidencias de validez de la escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP) en gestantes usuarias del INMP. *Revista de Investigación en Psicología*, 21(2), 267-284. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v21i2.15827>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- García, J. C., Martínez, A. F. y Torres, P. M. (2018). Relación entre el nivel educativo y la aceptabilidad del control prenatal en mujeres de Puebla. *Revista de Salud Materno Infantil*, 12(2), 204-211.
- García, M., López, A., y Sánchez, F. (2017). El impacto del nivel educativo en la toma de decisiones reproductivas en mujeres mexicanas. *Revista de Psicología Social*, 28(3), 215-229.

- García, M., Rodríguez, P., & Fernández, R. (2018). Bienestar emocional y adaptación al embarazo: Un estudio longitudinal. *Psicología y Salud*, 24(2), 102-115.
- Hernández, M. A., López, A. R. y Martínez, R. G. (2020). Creencias culturales y su impacto en la aceptabilidad del embarazo en comunidades rurales de Puebla. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 62(4), 452-459.
- Klein, L. y Douglas, A. (2019). La ansiedad prenatal y su impacto en la aceptación del embarazo en mujeres primerizas. *Revista de Psicología del Embarazo*, 12(1), 77-89.
- Lozano, R. y Pérez, J. (2020). El papel del apoyo social en la salud mental durante el embarazo: Un estudio de mujeres primigestas. *Journal of Maternal Health*, 35(4), 50-62.
- Martínez, R. y Sánchez, V. (2019). Edad y maternidad: Factores determinantes en la aceptación del embarazo en mujeres de diferentes rangos de edad. *Revista de Estudios de Familia*, 16(2), 132-145.
- Pérez, L. M., Rodríguez, S. J. y Morales, F. D. (2019). Impacto de la pobreza en el acceso a atención prenatal en comunidades rurales de Puebla. *Salud Colectiva*, 15(3), 349-357.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., y Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Serrano, P. y Pérez, L. (2018). Relación entre el estado civil y la aceptación del embarazo en mujeres primerizas en América Latina. *Psicología Reproductiva*, 22(3), 85-96.

5. Apoyo social y relación de los padres en la adopción de rol materno en adolescentes embarazadas



MARIBEL SEPÚLVEDA COVARRUBIAS*

IMELDA SOCORRO HERNÁNDEZ NAVA**

MARTHA LETICIA SÁNCHEZ CASTILLO***

LUCIO DÍAZ GONZÁLEZ****

CARLOS ALBERTO CATALÁN GÓMEZ*****

NELISSA RODRÍGUEZ DORANTES*****

LLUVIA PALOMA ESCOBAR SEPÚLVEDA*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.05>

Resumen

La adolescencia implica desafíos para consolidar la identidad, y un embarazo no planeado los intensifica. La adopción del rol materno depende del apoyo social y familiar, ya que es esencial para el bienestar y adaptación. La falta de apoyo puede generar inseguridad, mientras que un ambiente familiar de apoyo facilita la adaptación y reduce el estrés.

Este estudio descriptivo-transversal se realizó en Guerrero con 21 adolescentes embarazadas, seleccionadas entre 12 y 19 años. Se excluyeron multigestantes o sin pareja. Se utilizaron tres cuestionarios: uno sobre la relación

* Doctora en Bioética. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3764-5219>; correo electrónico: 06880@uagro.mx

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367>

*** Doctoranda en Sexualidad Humana. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2744-1493>

**** Doctor en Ciencias Matemáticas. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3380-5086>

***** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9970-4272>

***** Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2345-8906>

***** Maestra en Educación. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1230-0286>

de pareja, otro sobre apoyo social y un tercero sobre conocimientos de atención prenatal. Los datos fueron analizados con SPSS usando estadística descriptiva, y el estudio fue aprobado éticamente.

El estudio analizó cómo los factores sociodemográficos influyen en la relación madre-padre y el apoyo social. Se observó que las personas casadas reportaron relaciones más satisfactorias y un apoyo adecuado, mientras que los solteros y desempleados reportaron lo contrario. Las adolescentes que vivían con sus padres o con los padres de su pareja también percibieron mejor apoyo. Se identificó una relación significativa entre el estado civil, la persona con quien viven y la relación madre-padre.

El estudio resalta que factores sociodemográficos como estado civil, convivencia, actividad laboral y educación influyen en las relaciones madre-padre y el apoyo social, sugiriendo la necesidad de considerar el contexto personal en intervenciones y futuros estudios.

Palabras clave: *apoyo social, embarazo, embarazo en adolescencia.*

Introducción

La adolescencia es una etapa caracterizada por una serie de transformaciones físicas, psicológicas y sociales que marcan el paso de la infancia a la adultez. En este proceso de desarrollo, las adolescentes enfrentan el desafío de consolidar su identidad, entender sus emociones y establecer relaciones significativas (Ramos, 2023; Tangarife, 2024). Sin embargo, cuando una joven se encuentra en la situación de un embarazo no planeado, las demandas y responsabilidades que surgen en torno a la maternidad pueden intensificar los conflictos internos y externos. Este proceso, conocido como adopción del rol materno, implica que la adolescente asuma nuevas tareas, responsabilidades y una nueva identidad que puede resultar desafiante debido a su etapa de vida. La manera en que las adolescentes adoptan este rol depende en gran medida de factores clave como el apoyo social y la relación con sus padres (Gamarra, 2021; Salazar et al., 2024).

El apoyo social juega un papel fundamental en el bienestar de las adolescentes embarazadas, ya que implica la red de personas que las rodean y

que pueden ofrecer ayuda emocional, económica y práctica. En un contexto de embarazo adolescente, el apoyo social no solo ayuda a aliviar las cargas emocionales y físicas que la joven enfrenta, sino que también le proporciona recursos y herramientas que le permiten adaptarse de manera más efectiva al nuevo rol (Alvarez, 2022; Ortiz, 2023). Este apoyo puede provenir de diversas fuentes, tales como la familia, amigos, parejas o incluso instituciones, como programas comunitarios o escolares. Cuando la adolescente recibe un respaldo significativo, ya sea en términos de cuidado personal, atención psicológica o ayuda económica, tiene más probabilidades de asumir con éxito las responsabilidades maternas. El sentido de pertenencia y seguridad que brinda una red de apoyo puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés, factores comunes en las madres adolescentes, así como permitir que la joven se enfoque en su adaptación a la maternidad de manera más positiva (Chele y Balón, 2025; Hernández et al., 2019).

Sin embargo, la falta de apoyo social puede generar un escenario completamente diferente. Las adolescentes embarazadas que experimentan aislamiento, desaprobación o falta de recursos pueden sentirse sobrecogidas por la situación y tener dificultades para asumir el rol de madre de forma efectiva. La ausencia de una red de apoyo confiable puede aumentar los niveles de estrés y ansiedad, lo que dificulta el proceso de adaptación (Laporte et al., 2021; Schobinger et al., 2022). Este contexto puede desencadenar sentimientos de inseguridad, confusión y depresión, afectando tanto el bienestar emocional de la adolescente como su capacidad para cuidar de su bebé. Por lo tanto, el apoyo social es una pieza clave que contribuye significativamente a que la adolescente enfrente los retos de la maternidad con mayor resiliencia (Mora-Guerrero et al., 2021).

La relación con los padres también juega un papel crucial en la adopción del rol materno. La dinámica familiar, en particular la relación madre-padre, puede ser un factor determinante en cómo la adolescente asume su nueva identidad como madre. La interacción entre los padres y la joven embarazada puede influir tanto de manera positiva como negativa en su capacidad para adaptarse a la maternidad. En el mejor de los casos, los padres ofrecen un ambiente de apoyo, comprensión y orientación, ayudando a la adolescente a sentirse acompañada en este proceso de transformación (Gayou-Esteva et al., 2020). La presencia activa de los padres, especialmente la madre,

puede ser un modelo de comportamiento y un recurso para que la adolescente comprenda las expectativas relacionadas con la maternidad. La intervención de los padres puede ser fundamental en la creación de un entorno seguro y amoroso que permita a la joven desarrollar confianza en sí misma y en sus habilidades como madre (Perales, 2021).

Por otro lado, cuando la relación entre los padres es conflictiva o distante, las adolescentes embarazadas pueden enfrentar mayores dificultades para asumir su rol materno. La falta de apoyo emocional de los padres, la desaprobación o incluso el rechazo pueden generar inseguridad y dudas acerca de su capacidad para ser madre (Kumar et al., 2018). En casos más extremos, los conflictos familiares o la ausencia de uno o ambos progenitores pueden empeorar el estrés y la ansiedad de la joven, dificultando la adaptación al embarazo y a la maternidad. Es importante destacar que una relación de apoyo no solo depende de la presencia física de los padres, sino también de su actitud y disposición para involucrarse en el proceso (Holmbeck, 2018).

Por otro lado, el apoyo social y la relación con los padres influyen en la adopción del rol materno por parte de las adolescentes embarazadas. Por ello se busca comprender las dinámicas familiares y sociales que facilitan o dificultan la integración de la maternidad en la vida de las jóvenes, y cómo estas pueden ser determinantes en el bienestar tanto de la madre adolescente como del bebé. Este enfoque permite identificar estrategias para promover un entorno de apoyo que facilite la transición hacia la maternidad, para mejorar así las condiciones de vida de las adolescentes y fomentar su desarrollo personal y social. Por lo que este estudio busca identificar la asociación entre el apoyo social y relación de los padres en la adopción de rol materno en adolescentes embarazadas.

Metodología

Este estudio descriptivo-transversal se llevó a cabo en la capital del estado de Guerrero, con una población de adolescentes embarazadas que cursaban alguno de los trimestres de su embarazo. La investigación se realizó en colaboración con una institución de salud, que proporcionó el censo de ado-

lescentes embarazadas de la que se obtuvo una muestra final de 21 participantes. Para seleccionar a las candidatas idóneas para el estudio, se consideraron adolescentes con edades entre 12 y 19 años, que estuvieran embarazadas en el momento de la investigación. Se excluyeron aquellas que eran multigestantes o que no contaban con la presencia de su pareja durante el proceso de gestación.

Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos. El primero, diseñado por los investigadores, consistió en una dimensión que incluyó 14 preguntas relacionadas con la relación de ser madre y padre. Estas preguntas abordaron temas como la aceptación del embarazo, el acompañamiento y el apoyo en actividades básicas. Las respuestas fueron dicotómicas, de manera que un mayor puntaje indicaba una relación de pareja más sólida.

El segundo instrumento evaluó el apoyo social y constó de 19 ítems que abordaron áreas como apoyo emocional, material, afectivo, ocio y distracción. El cuestionario utilizó una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, desde “nunca” hasta “siempre”, de modo que un mayor puntaje reflejaba un mayor nivel de apoyo social recibido.

El tercer cuestionario utilizado midió los aspectos cognitivos relacionados con la atención prenatal durante el proceso de adopción del rol materno. Este instrumento incluyó 30 ítems evaluados mediante una escala dicotómica, en los que se abordaron aspectos como nutrición, actividad física, actividad sexual, lactancia materna exclusiva, planificación familiar, conocimiento de las taxonomías del embarazo, y signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Las respuestas fueron ponderadas según el sentido de la pregunta, de modo que un mayor puntaje indicaba un mejor conocimiento sobre los aspectos relacionados con la atención prenatal.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Guerrero y se basó en principios bioéticos durante todo el proceso de investigación.

Para el análisis de los datos se utilizó la plataforma del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) y se empleó estadística descriptiva para conocer las frecuencias de cada variable en relación con la población estudiada.

Resultados

Los factores sociodemográficos fueron clasificados según las escalas evaluadas. En la escala de relación madre-padre, se observó que aquellos que se percibían como solteros reportaban más relaciones insatisfactorias en comparación con los que indicaron estar casados o vivir en unión libre. En cuanto a la religión, los individuos que profesaban la religión católica tendían a tener relaciones más satisfactorias en comparación con aquellos que seguían otras religiones, quienes mostraron una mayor prevalencia de relaciones insatisfactorias. En relación con la actividad laboral, aquellos que no trabajaban reportaron más relaciones satisfactorias en comparación con los que estaban empleados.

Otro aspecto que se exploró fue la persona con la que se vive, se identificó que quienes vivían con sus padres mostraron relaciones más insatisfactorias en comparación con aquellos que vivían con sus parejas o con los padres de sus parejas. En cuanto a la ocupación, los estudiantes reportaron relaciones más satisfactorias en comparación con los desempleados, quienes, en su mayoría, señalaron tener relaciones insatisfactorias. Respecto al nivel educativo, se encontró que aquellos con formación técnica o secundaria tendían a tener relaciones más satisfactorias.

Tabla 1. *Relación madre-padre de acuerdo con los factores sociodemográficos*

	<i>Relación insatisfactoria (%)</i>	<i>Relación satisfactoria (%)</i>
Estado civil		
Soltero	66.7	33.3
Casado	-	100.0
Unión libre	-	100.0
Escolaridad		
Secundaria	-	100.0
Bachillerato	37.5	62.5
Carrera técnica	-	100.0
Profesional (licenciatura)	14.3	85.7
Religión		
Católica	17.6	82.4
Otro	25.0	75

Trabaja		
Sí	28.6	71.4
No	14.3	85.7
Ocupación		
Estudiante	-	100.0
Ama de casa	10.0	90.0
Empleado	25.0	75.0
Desempleado	100.0	-
Comerciante	33.3	66.7
Con quien vive		
Pareja	-	100.0
Padres	37.5	62.5
Padres de su pareja	-	100.0
Otro	100.0	-

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al apoyo social, se clasificó a los participantes según la percepción de apoyo que recibían: falta de apoyo, apoyo escaso o apoyo adecuado. Estas categorías fueron analizadas en función de los factores sociodemográficos. En relación con el estado civil, se identificó que todos aquellos que estaban casados reportaron percibir un apoyo adecuado; en contraste con quienes se identificaron como solteros, quienes mostraron una percepción de apoyo inferior. Respecto al nivel educativo, las personas con secundaria o carrera técnica evidenciaron un mayor apoyo adecuado, en comparación con aquellas con licenciatura, quienes reportaron un apoyo escaso.

Por otro lado, en relación con la religión que profesaban, se observó que las personas que seguían religiones distintas a la católica percibían mejores redes de apoyo. En cuanto a la actividad laboral, se identificó que las personas que no trabajaban percibían una mayor red de apoyo en comparación con aquellas que indicaron estar empleadas.

Respecto a la ocupación, se observó que tanto los estudiantes como los desempleados manifestaron una percepción de apoyo adecuado, mientras que aquellos que estaban empleados reportaron una percepción de apoyo

escaso o nulo. Finalmente, en relación con la persona con la que vivían, se identificó que las personas que vivían con los padres de su pareja reportaron un mayor apoyo adecuado, mientras que aquellos que convivían con otras personas expresaron sentir una falta de apoyo.

Tabla 2. *Apoyo social de acuerdo con los factores sociodemográficos*

	<i>Falta de apoyo (%)</i>	<i>Apoyo escaso (%)</i>	<i>Apoyo adecuado (%)</i>
Estado civil			
Soltero	33.3	16.7	50.0
Casado	-	-	100.0
Unión libre	8.3	16.7	75.0
Escolaridad			
Secundaria	-	-	100.0
Bachillerato	12.5	-	87.5
Carrera técnica	-	-	100.0
Profesional (licenciatura)	28.6	42.9	28.6
Religión			
Católica	17.6	17.6	64.7
Otro	-	-	100.0
Trabaja			
Sí	28.6	42.9	28.6
No	7.1	-	92.9
Ocupación			
Estudiante	-	-	100.0
Ama de casa	10.0	-	90.0
Empleado	50.0	50.0	-
Desempleado	-	-	100.0
Comerciante	-	33.3	66.7
Con quien vive			
Pareja	9.1	9.1	81.8
Padres	12.5	25.0	62.5
Padres de su pareja	-	-	100.0
Otro	100.0	-	-

Fuente: resultados de encuesta.

En relación con la asociación entre los factores sociodemográficos y las variables relación madre-padre y apoyo social, se identificó que el estado civil ($p < .01$) y la persona con la que vive ($p < .05$) mostraron una asociación significativa con la relación madre-padre. Esto sugiere que tanto el estado civil como la persona con la que vive la mujer están relacionados con el rol de madre-padre. Por otro lado, se observó que la actividad laboral también está asociada con el apoyo social, lo que proporciona evidencia suficiente para afirmar que existe una relación significativa entre estas variables.

Tabla 3. *Asociación de variables sociodemográficas con la relación madre – padre y apoyo social*

<i>Variable</i>	<i>Relación madre-padre</i>	<i>Apoyo social</i>
Estado civil	.002	.478
Escolaridad	.350	.100
Religión	.736	.372
Trabaja	.432	.006
Ocupación	.201	.062
Persona con la que vive	.031	.258

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que existen varias relaciones entre los factores sociodemográficos y las variables de relación madre-padre y apoyo social. Las asociaciones encontradas en este análisis proporcionan una visión de cómo diferentes aspectos de la vida social y personal influyen en la percepción de las relaciones interpersonales y el apoyo recibido.

De acuerdo con las variables del estudio en la asociación entre el estado civil y la calidad de la relación madre-padre, las adolescentes casadas o que viven en unión libre reportaron relaciones madre-padre más satisfactorias que aquellas que se percibían como solteras. Este hallazgo podría reflejar la estabilidad emocional y social asociada con el compromiso formal, como el matrimonio, que puede fomentar un entorno más sólido y equilibrado para las relaciones familiares. La literatura respalda esta idea, ya que sugie-

re que el matrimonio puede proporcionar una base más fuerte para el apoyo mutuo entre los padres, lo que contribuye a una relación madre-padre más saludable (Fisher et al., 2018). En cambio, las mujeres que refirieron ser solteras podrían experimentar relaciones más complejas o menos estables debido a factores como la falta de apoyo constante o las dificultades emocionales asociadas con la soltería, lo que podría afectar negativamente su percepción de la relación madre-padre.

Por otro lado, la persona con la que se vive también mostró ser un factor importante en la relación madre-padre. Las mujeres que vivían con su pareja o con los padres de su pareja reportaron relaciones madre-padre más satisfactorias que aquellas que vivían con sus propios padres. Este hallazgo sugiere que la convivencia con una pareja podría estar asociada con una mayor autonomía y, posiblemente, con una mayor distribución de las responsabilidades parentales. Por el contrario, vivir con los padres podría generar una dependencia mayor, lo que podría influir negativamente en las dinámicas de poder y toma de decisiones dentro de la relación madre-padre. La investigación sugiere que el apoyo mutuo y la independencia que se obtiene al vivir con una pareja contribuye a una mejor relación entre los padres (Belsky, 1984).

El análisis del apoyo social reveló que varios factores sociodemográficos, como el estado civil, el nivel educativo, la actividad laboral y la ocupación, están significativamente relacionados con la percepción del apoyo recibido. En primer lugar, las mujeres casadas reportaron una percepción de apoyo adecuado en comparación con las solteras, quienes expresaron una mayor falta de apoyo. Este resultado es consistente con estudios previos que sugieren que el matrimonio proporciona una fuente estable de apoyo emocional, lo que puede mejorar la percepción general de las redes de apoyo (Cohen y Wills, 1985). La existencia de un compañero de vida puede ser un factor protector frente al estrés y puede facilitar el acceso a redes de apoyo más amplias.

En relación con el nivel educativo, aquellas mujeres con secundaria o formación técnica reportaron una mayor percepción de apoyo adecuado en comparación con aquellas con licenciatura. Este hallazgo podría parecer contradictorio, ya que la educación superior se asocia generalmente con una mayor estabilidad económica y social, lo que podría, en teoría,

generar mayores redes de apoyo. Sin embargo, las mujeres con licenciatura podrían estar más expuestas a altas demandas laborales o sociales, lo que podría llevar a una mayor sensación de aislamiento o a la falta de tiempo para construir relaciones de apoyo significativas. Este fenómeno también podría explicarse por la presión social y las expectativas que las mujeres con más educación, quienes a veces pueden sentirse más desconectados de las redes sociales tradicionales (Toro, 2017).

Por otro lado, la actividad laboral también desempeñó un papel crucial en la percepción del apoyo social. Las mujeres que no trabajaban reportaron una mayor percepción de apoyo social en comparación con los empleados. Esto podría deberse a que las participantes desempleadas o las que no trabajan fuera del hogar tienden a tener más tiempo disponible para interactuar con amigos y familiares, lo que facilita el acceso y la profundización de redes de apoyo. En cambio, aquellas que trabajan pueden estar más ocupadas y, por lo tanto, podrían percibir que su apoyo social es más limitado. Este patrón también refleja la dificultad que enfrentan algunas encuestadas para equilibrar la vida laboral y personal, lo que puede afectar su bienestar emocional y las relaciones interpersonales (Greenhaus y Allen, 2011).

En cuanto a la ocupación, las que refirieron ser estudiantes o encontrarse desempleadas reportaron una mayor percepción de apoyo adecuado, mientras que las que se encontraban empleadas en alguna actividad laboral expresaron tener redes de apoyo más limitadas. Este resultado es consistente con la idea de que las estudiantes y desempleadas, al tener más tiempo libre, pueden invertir más en sus relaciones interpersonales y en la construcción de redes de apoyo. En contraste, las empleadas pueden experimentar estrés laboral, lo que afectaría sus relaciones fuera del ámbito laboral y, por ende, su percepción de apoyo social (Baraldi et al., 2020).

Conclusión

En general, los resultados de este estudio destacan la importancia de los factores sociodemográficos en la configuración de las relaciones madre-padre y las redes de apoyo social. Estos hallazgos sugieren que tanto el estado civil como la persona con la que se vive tienen un impacto significativo en

la calidad de las relaciones familiares, mientras que factores como la actividad laboral, el nivel educativo y la ocupación afectan la percepción del apoyo social. Estos resultados subrayan la importancia de tener en cuenta el contexto social y personal de los individuos al abordar cuestiones relacionadas con el apoyo social y la dinámica familiar.

Además, estos hallazgos podrían ser útiles para diseñar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y el acceso a redes de apoyo, especialmente en aquellos grupos que enfrentan desafíos relacionados con la soltería, el desempleo o el nivel educativo. La investigación futura podría explorar más a fondo las causas subyacentes de estas asociaciones y cómo los diferentes factores sociodemográficos interactúan para influir en la percepción del apoyo social y la calidad de las relaciones madre-padre.

Referencias

- Álvarez, G. F. (2022). Redes de apoyo social y su impacto en la salud mental de madres adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(1), e15.
- Baraldi, N. G., Lettiere-Viana, A., Carlos, D. M., Salim, N. R., Pimentel, D. T. y Stefanello, J. (2020). El significado de la red de apoyo social para mujeres en situaciones de violencia y lactancia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3316. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yyGvJ7WdMVK57rkXk4N8VQD/?format=pdf&lang=es>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83-96. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1984.tb00275.x>
- Chele Beltran, K. R. y Balón Malavé, L. S. (2025). *Embarazo juvenil y violencia intrafamiliar en el barrio Frank Vargas del cantón Salinas, 2024* [Tesis de Gestión Social y Desarrollo]. Universidad Estatal Península de Santa Elena. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/12750>
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Fisher, D., Khashu, M., Adama, E. A., Feeley, N., Garfield, C. F., Ireland, J., Koliouli, F., Lindberg, B., Nørgaard, B., Provenzi, L., Thomson-Salo, F. y Van Teijlingen, E. (2018). Fathers in neonatal units: Improving infant health by supporting the baby-father bond and mother-father coparenting. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(6), 306-312. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.08.007>
- Gamarra Uceda, L. M. (2021). *Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas*. Monsefú, 2019. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/10431>

- Gayou-Esteva, U., Meza-de-Luna, M. E. y Negrete-Castañeda, A. K. (2020). Influencia de expectativas educativas y relaciones familiares sobre la prospectiva de embarazo en la adolescencia entre estudiantes de México. *Acta Universitaria*, 30, 1-14. <https://doi.org/10.15174/au.2020.2562>
- Greenhaus, J. H. y Allen, T. D. (2011). Work-family balance: A review and extension of the literature. En J. C. Quick y L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 165-183). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/2010-06010-009>
- Hernández Cordero, A. L., Gentile, A. y Santos Díaz, E. (2019). Perspectivas teóricas para el análisis de la maternidad adolescente. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (26), 135-154. <https://www.redalyc.org/journal/3221/322161687008/322161687008.pdf>
- Holmbeck, G. N. (2018). A model of family relational transformations during the transition to adolescence: Parent-adolescent conflict and adaptation. In Transitions through adolescence. En J. A. Graber, J. B. Gunn y A. C. Petersen (Eds.), *Transitions through adolescence. Interpersonal domains and context* (pp. 167-199). Psychology Press. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315789286-7/model-family-relational-transformations-transition-adolescence-parent%E2%80%93adolescent-conflict-adaptation-grayson-holmbeck>
- Kumar, M., Huang, K. Y., Othieno, C., Wamalwa, D., Madeghe, B., Osok, J., Njuguna Kahonge, S., Nato, J. y McJernon McKay, M. (2018). Adolescent pregnancy and challenges in Kenyan context: perspectives from multiple community stakeholders. *Global Social Welfare*, 5, 11-27. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40609-017-0102-8>
- Laporte, N., Soenens, B., Brenning, K. y Vansteenkiste, M. (2021). Adolescents as active managers of their own psychological needs: The role of psychological need crafting in adolescents' mental health. *Journal of Adolescence*, 88(1), 67-83. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.02.004>
- Mora-Guerrero, G. M., Escárate-Colín, L. M., Espinoza-Lerdón, C. A. y Peña-Paredes, A. B. (2021). Apoyo social percibido, autoestima y maternidad adolescente: entre el respeto y la intrusión. Estudio en Traiguén, Chile. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (32), 151-171. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.10785>
- Ortiz Masaquiza, E. E. (2023). *Teoría de la adopción del rol maternal para cuidado del prematuro en la instancia domiciliaria*. Universidad Técnica de Ambato <https://repositorio.uta.edu.ec/items/0050e957-0afb-4bf5-93c3-2d1fc78c95b9>
- Perales Garza, C. Y. (2021). Aportaciones sobre el autoconcepto y autoestima. Nunca es tarde para aceptarse. *Revista Dilemas Contemporáneos: educación, política y valores*, VIII. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2823>
- Ramos, A. C. (2023). *La construcción de la identidad en la adolescencia: Un estudio sobre la influencia de las relaciones interpersonales y el uso de redes sociales* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional UCM.
- Salazar, J. P., Mendoza, C. y Valdivia, R. (2024). El rol del apoyo parental en la resiliencia y el ajuste social de las adolescentes. *Familia y Desarrollo*, 18(1), 78-95.
- Schobinger, E., Vanetti, M., Ramelet, A. S. y Horsch, A. (2022). Social support needs of

first-time parents in the early-postpartum period: A qualitative study. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1043990. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1043990>

Tangarife Peña, M. C. (2024). *Influencia de las dinámicas familiares en el comportamiento de jóvenes que durante su adolescencia tuvieron algún conflicto con la ley* [Tesis, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Corporación Universitaria Minuto de Dios. <https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/0ebcb03f-3838-41b8-8883-b7baa5c84169/content>

Toro, C. M. (2017). *Presión social sobre la adolescente embarazada y su relación con la toma de decisión acerca de la continuación o interrupción del embarazo*. [Tesis de grado]. Universidad Externado de Colombia. <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/7d29ef13-6709-4b03-91be-0e8fce8a0a6b/content>

6. Depresión posparto en mujeres guerrerenses



IMELDA SOCORRO HERNÁNDEZ NAVA*

MARTHA LETICIA SÁNCHEZ CASTILLO**

MARIBEL SEPÚLVEDA COVARRUBIAS***

NELISSA RODRÍGUEZ DORANTES****

LUCIO DÍAZ GONZÁLEZ*****

CARLOS ALBERTO CATALÁN GÓMEZ*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.06>

Resumen

La depresión durante el embarazo es un trastorno emocional común pero frecuentemente mal comprendido, puede afectar tanto a la madre como al bebé. Sus causas incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales, como fluctuaciones hormonales, antecedentes familiares y experiencias estresantes. Los síntomas varían desde tristeza persistente hasta desconexión emocional con el bebé. El objetivo de este estudio es identificar la depresión posparto en mujeres guerrerenses. El estudio es descriptivo y transversal, incluyó a 87 mujeres en periodo posparto, seleccionadas mediante un censo proporcionado por el centro de salud. Se consideraron todas las participantes que estuvieran entre la semana 2-6 de posparto, que vivieran en la capital

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367> ; correo electrónico: imeldashllv113@gmail.com

** Doctoranda en Sexualidad Humana. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2744-1493>

*** Doctora en Bioética. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3764-5219>

**** Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2345-8906>

***** Doctor en Ciencias Matemáticas. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3380-5086>

***** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9970-4272>

del estado de Guerrero. Se utilizó la escala de depresión posparto de Edimburgo. Para el análisis de los datos se utilizó el software SPSS. El estudio cumplió con principios éticos, incluyendo consentimiento informado y confidencialidad. La investigación mostró que el 81.6% de las participantes son adultas, el 50.6% están casadas y el 58.6% pertenece a un estrato socioeconómico bajo. El 44.8% son madres primerizas y el 62.1% experimentó tristeza durante el embarazo. La depresión se asoció significativamente con el nivel educativo ($p < .05$), la pertenencia a una comunidad indígena ($p < .05$) y la planificación del embarazo ($p < .01$), sugiriendo que un menor nivel educativo y no planear el embarazo aumentan los niveles de depresión. La depresión posparto en mujeres guerrerenses está relacionada con factores como nivel educativo, estrato socioeconómico, planificación del embarazo, estrés, satisfacción corporal y consumo de sustancias. Los resultados destacan la necesidad de intervenciones enfocadas en educación, apoyo emocional y reducción de sustancias.

Palabras clave: *depresión, periodo posparto, enfermería.*

Introducción

La depresión durante el embarazo es un trastorno emocional que afecta a un número significativo de mujeres, a menudo subestimado y mal comprendido. Este periodo, que debería estar marcado por la alegría y la anticipación, puede verse ensombrecido por una serie de desafíos emocionales. Comprender las causas, los síntomas y el impacto de la depresión en esta etapa es fundamental para promover la salud mental tanto de la madre como del bebé. Las causas de la depresión durante el embarazo son variadas e incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales. En el ámbito biológico, las fluctuaciones hormonales juegan un papel central. Durante el embarazo, los niveles de hormonas como el estrógeno y la progesterona aumentan considerablemente, lo que puede alterar el estado de ánimo de la mujer. Además, la predisposición genética puede influir; si existen antecedentes familiares de trastornos del ánimo, el riesgo de desarrollar depresión se incrementa (Fernández et al., 2021; Lazo, 2021).

Desde un punto de vista psicológico, las mujeres que han experimentado eventos estresantes en su vida, como la pérdida de un ser querido, problemas de pareja o dificultades económicas, son más propensas a desarrollar depresión. La presión social y las expectativas sobre la maternidad también pueden contribuir, creando un entorno donde las mujeres sienten que deben cumplir con ideales poco realistas. Los síntomas de la depresión durante el embarazo pueden variar de leves a severos. Algunos de los signos más comunes incluyen tristeza persistente, irritabilidad, ansiedad, fatiga extrema, dificultad para concentrarse y cambios en el apetito o el sueño. En ocasiones, las mujeres pueden experimentar pensamientos de inutilidad o culpa, así como una desconexión emocional con su bebé (Alshikh et al., 2021; Baltazar y Sinche, 2023; Cafiero y Justich, 2024).

Es fundamental que las mujeres reconozcan estos síntomas y busquen ayuda. A menudo, la depresión en el embarazo no se identifica adecuadamente debido a la falta de información y la estigmatización que rodea a los trastornos mentales. Muchas mujeres pueden sentirse avergonzadas o temerosas de hablar sobre sus emociones, lo que puede agravar la situación. La depresión no solo afecta a la madre, sino que también puede tener un impacto significativo en el desarrollo del bebé. Las investigaciones han demostrado que las mujeres que experimentan depresión durante el embarazo pueden tener un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y problemas de desarrollo infantil. Además, los efectos pueden extenderse al posparto, donde la depresión materna puede influir en la calidad del vínculo madre-hijo y en el desarrollo emocional del niño (Agrawal et al., 2022; Salazar y Montes, 2021).

Después del parto, muchas mujeres experimentan lo que se conoce como depresión posparto, que puede ser una extensión de la depresión durante el embarazo o surgir como una nueva condición. Esta etapa puede incluir síntomas más intensos y duraderos, complicando aún más la adaptación a la maternidad. Las mujeres pueden sentirse abrumadas por las demandas de cuidar a un recién nacido, lo que puede exacerbar su depresión. El apoyo emocional y social es fundamental para las mujeres que enfrentan la depresión durante el embarazo y el posparto. Contar con una red de apoyo, que incluya familiares y amigos, puede marcar una diferencia significativa en la recuperación. Además, la terapia psicológica y, en algunos casos, el

uso de medicamentos antidepresivos pueden ser opciones efectivas para ayudar a las mujeres a manejar sus síntomas (Escobar, 2024; Liu et al., 2022; Quesada y Chinchilla, 2022).

La detección temprana es clave. Es esencial que los profesionales de la salud realicen evaluaciones regulares sobre la salud mental de las mujeres embarazadas. Al profundizar en estos asuntos, se pueden identificar y abordar problemas de manera oportuna, evitando que la situación se agrave. En conclusión, la depresión durante el embarazo es un desafío serio que requiere atención y comprensión. Al abordar las causas, reconocer los síntomas y ofrecer apoyo adecuado, podemos contribuir a un embarazo más saludable y a un inicio más positivo en la vida de las nuevas familias. La salud mental de la madre no solo afecta su bienestar, sino que también tiene un impacto duradero en la vida de su hijo (Morera y Barboza, 2024; Ponce, 2024).

Se han explorado los factores que influyen en la depresión durante la etapa de embarazo. Sin embargo, no se han identificado estudios que exploren estos factores en población del sur de México. La salud mental de la madre es fundamental no solo para su propia calidad de vida, sino también para el desarrollo y la felicidad de la próxima generación. Por lo que, en el presente estudio, se planteó como objetivo, identificar la depresión posparto en mujeres Guerrerenses.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio correlacional y transversal, con una muestra de 87 mujeres que acudieron a un Centro de Salud en la capital del estado de Guerrero. La selección de la muestra fue total, basada en el censo de registro disponible en la institución. Se incluyeron en el estudio a mujeres que se encontraban en el puerperio mediato, es decir, entre los 2 y 7 días posteriores al parto, que no presentaran factores de riesgo prescritos y que aceptaran participar mediante la firma del consentimiento informado. Este diseño de estudio permitió identificar las variables relacionadas con la presencia de factores depresivos en las participantes.

Para la recolección de datos, se utilizó la escala de depresión posparto de Edimburgo, una herramienta validada que permitió detectar a las madres con síntomas de depresión postparto. El cuestionario, compuesto por diez preguntas, ofreció tres opciones de respuesta, cada una con un puntaje de 0 a 3, según la severidad de los síntomas depresivos. Con base en la puntuación total obtenida, se determinó si las participantes presentaban depresión: un puntaje entre 0 y 10 indicaba la presencia de depresión, mientras que un puntaje superior a 10 sugería que la madre no sufría de depresión.

El análisis de los datos se realizó utilizando el programa (SPSS) Statistical Package for the Social Sciences versión 23, aplicando tanto estadísticos descriptivos como inferenciales. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela Superior de Enfermería No. 1, y se siguieron los principios bioéticos establecidos, conforme a la Declaración de Helsinki.

Resultados

De acuerdo con los datos obtenidos, se identificó que el 81.6% de las participantes se categorizan como adultas. En cuanto al estado civil, el 50.6% informó estar casada. Respecto al nivel educativo, el 35.6% mencionó tener únicamente estudios de primaria. Se exploró la ocupación de las participantes, el 63.2% indicó dedicarse exclusivamente al hogar. En relación con la pertenencia a una comunidad indígena, el 83.9% de las participantes no se considera parte de una. En cuanto a la posición socioeconómica, el 58.6% reportó pertenecer al estrato bajo. Finalmente, al explorar si las participantes habían tenido hijos previamente, el 44.8% respondió que era su primer hijo vivo.

Tabla 1. *Determinantes sociodemográficos en puérperas atendidas en el Centro de Salud San Rafael Norte, Chilpancingo, Guerrero*

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Edad		
Adolescentes	16	18.4
Adultas	71	81.6
Estado civil		
Soltera	2	2.3
Unión libre	38	43.7
Casada	44	50.6
Divorciada	1	1.1
Viuda	2	2.3
Escolaridad		
Ninguno	2	2.3
Primaria	31	35.6
Secundaria	28	32.2
Nivel medio superior	17	19.5
Otro	9	10.3
Ocupación		
Ama de casa	55	63.2
Empleada estable	11	12.6
Empleado inestable	11	12.6
Trabajo independiente	9	10.3
Otro	1	1.1
¿Pertenece a una comunidad indígena?		
Sí	14	16.1
No	73	83.9
Posición socioeconómica		
Bajo	51	58.6
Medio	34	39.1
Alto	2	2.3
No. hijos vivos		
1 hijo	39	44.8
2 hijos	33	37.9
Mas 3 de hijos	15	17.2

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia.

Se exploraron otros aspectos psicológicos, en los que se indago sobre los estados emocionales de las madres y sobre el consumo de alcohol o tabaco. De acuerdo con esto se encontró que 63.2% de las mujeres planearon sus embarazos, de acuerdo con los estados emocionales, 62.1% de las participantes experimentó tristeza durante su embarazo y 67.8% experimentó situaciones de culpa o falta de autoestima. Así mismo 69% refirió experimentar acontecimientos estresantes.

En cuanto al grado de satisfacción corporal, se identificó que el 77% de las participantes experimentaron satisfacción con su cuerpo después del parto, lo cual estuvo relacionado con la impresión física que tenían durante el proceso. Por otro lado se cuestionó sobre el consumo de alcohol o tabaco a los participantes, identificando que 85.1% de las madres no fumo durante el embarazo, así mismo 61% no consumió alcohol durante el embarazo. Por otro lado, se exploró si las participantes sufren violencia doméstica, identificando que 94.3% no sufre violencia doméstica.

Tabla 2. *Determinantes psicológicos en puérperas atendidas en el Centro de Salud San Rafael Norte, Chilpancingo, Guerrero*

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Embarazo planeado		
Sí	55	63.2
No	32	36.8
Presento emociones negativas como tristeza en el embarazo		
Sí	54	62.1
No	33	37.9
Presento sentimientos de culpa o falta de autoestima en el embarazo		
Sí	59	67.8
No	28	32.2
Durante el embarazo, vivió algún acontecimiento estresante		
Sí	60	69.0
No	27	31.0
Satisfacción corporal después del parto		
Sí	67	77.0
No	20	23.0

Durante el embarazo fumaba		
Sí	13	14.9
No	74	85.1
Consumió alcohol durante el embarazo		
Sí	34	39.0
No	53	61.0
Sufre violencia doméstica		
Sí	5	5.7
No	82	94.3

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia.

Posterior a esto se realizaron cruces para determinar la asociación entre las variables con la depresión. De acuerdo con los resultados obtenidos, se identificó una asociación significativa entre la depresión y el nivel de escolaridad ($\chi^2 = -9.93$, $p < .05$), lo que sugiere que a menor nivel educativo, mayores son los niveles de depresión observados. Además, se encontró una relación significativa entre la depresión y la pertenencia a una comunidad indígena ($\chi^2 = -2.42$, $p < .05$), indicando que las mujeres con mayores niveles de depresión tienen menor probabilidad de pertenecer a una comunidad indígena. Asimismo, se identificó una asociación significativa entre la depresión y la planificación del embarazo ($\chi^2 = 7.36$, $p < .01$), lo que implica que las mujeres que no planificaron más su embarazo tienden a reportar mayores niveles de depresión.

En relación con los estados emocionales vinculados a la depresión, se observó una correlación con las emociones negativas ($\chi^2 = 4.77$, $p < .05$), la baja autoestima ($\chi^2 = 29.15$, $p < .001$) y el estrés ($\chi^2 = 4.75$, $p < .05$), lo que sugiere que aquellas mujeres que experimentaron emociones negativas, presentaron niveles más bajos de autoestima y experimentaron más estrés durante el embarazo, mostraron mayores niveles de depresión. Por otro lado, se exploró la relación entre la depresión y la satisfacción corporal, encontrando también una asociación significativa ($\chi^2 = -7.36$, $p < .01$), lo que indica que las mujeres con menor satisfacción corporal manifestaron mayores niveles de depresión. Finalmente, se investigó la asociación entre la

depresión y el consumo de sustancias, identificando relaciones significativas con el consumo de tabaco ($\chi^2 = 4.88$, $p < .05$) y alcohol ($\chi^2 = 3.67$, $p < .05$), lo que sugiere que las mujeres que consumieron más tabaco y alcohol durante el embarazo reportaron mayores grados de depresión.

Tabla 3. *Relaciones entre los determinantes sociodemográficos y psicológicos relacionados a la depresión*

	χ^2	p
Edad	.08	.92
Escolaridad	9.93	-.04
Pertenecer a comunidad indígena	2.42	-.04
Número de partos	.08	.95
Embarazo planeado	7.36	< .01
Emociones negativas	4.77	.02
Baja autoestima	29.15	< .001
Estrés	4.75	.03
Satisfacción corporal	9.20	< .01
Consumo de tabaco	4.88	.01
Consumo de alcohol	3.67	.02
Violencia en el hogar	.36	.58

Nota: χ^2 = Valor de chi-cuadrado, p = Valor de significancia.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Los resultados de este estudio revelan una mayor participación de mujeres adultas, la mayoría casadas y con su primer hijo. Este hallazgo es particularmente relevante, ya que sugiere una tendencia a tener hijos a una edad más avanzada, lo que podría reflejar una disminución de los embarazos adolescentes. Este patrón es consistente con lo reportado por Páez y Zavala (2017), quienes señalan que, aunque muchas mujeres experimentan una presión social para tener hijos, existe un creciente temor sobre la calidad de vida que podrán ofrecerles a sus hijos, lo que podría estar influyendo en el retraso de la maternidad.

Otro aspecto significativo es que muchas de las participantes contaban con un nivel educativo bajo y se dedicaban exclusivamente al hogar, lo que indica posibles limitaciones en su acceso a educación y a oportunidades laborales. Este factor es relevante, ya que diversos estudios han señalado que un nivel educativo bajo se asocia con un mayor riesgo de desarrollar depresión. Esta relación podría explicar la prevalencia de emociones negativas y problemas de autoestima observados en las participantes durante el embarazo. En este sentido, los hallazgos de Coe et al. (2021) son congruentes, ya que destacan que las madres con mayor nivel educativo suelen tener mejores habilidades de afrontamiento ante situaciones desafiantes y menor exposición al estrés, lo que se vincula a un mayor bienestar psicológico, particularmente en contextos de menor nivel socioeconómico.

Por otro lado, se exploró el estrato socioeconómico, observando que la mayoría de las participantes se encontraban en el estrato bajo, lo que sugiere que los factores socioeconómicos pueden influir en el acceso a recursos y servicios de salud, así como en las decisiones relacionadas con el embarazo y la planificación familiar. Este hallazgo es consistente con el metaanálisis de Krauskopf y Valenzuela (2020), quienes identificaron que las madres de estrato socioeconómico bajo tienen un 41% más de probabilidad de desarrollar depresión en comparación con aquellas de estratos más altos.

En relación con la planificación del embarazo, la mayoría de las participantes reportó haber planificado su embarazo; sin embargo, aquellas que no lo hicieron mostraron mayores niveles de depresión. Este resultado es consistente con estudios previos que sugieren que la falta de planificación puede generar estrés y emociones negativas, lo que afecta la salud mental de la madre. En este sentido, Zuazo (2023) identificó que las madres que no planifican su embarazo tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión, ya que, además de no desear el embarazo, pueden no contar con el apoyo de su pareja. Así mismo, Álvarez-Moreno (2017) reportó que el 55% de las mujeres con depresión durante el embarazo experimentaron esta condición debido a factores como ser madres solteras, tener bajo nivel académico o no haber planificado el embarazo.

En este sentido, el estrés durante el embarazo también se destacó como un factor importante, ya que muchas mujeres reportaron haber experimen-

tado situaciones estresantes. La relación significativa entre estrés y depresión subraya la importancia de abordar el bienestar emocional durante el embarazo para prevenir trastornos como la depresión posparto. En este contexto, Escobar (2024) señala que las relaciones sociales son fundamentales, ya que facilitan el desarrollo de hábitos saludables, forman la personalidad y ayudan a reducir el estrés, proporcionando apoyo emocional y contribuyendo a mantener una identidad personal.

Un hallazgo relevante fue la relación entre la baja satisfacción corporal posparto y mayores niveles de depresión, lo que resalta la importancia de la salud corporal y emocional de las mujeres, especialmente en lo relacionado con su imagen corporal después del parto. Este aspecto coincide con lo señalado por Zamalloa (2016), quien describió que tener un hijo implica cambios en todas las dimensiones de la mujer, incluyendo los aspectos psicológicos, sociales, emocionales y físicos. Estos cambios pueden llevar a las mujeres a enfrentar procesos de duelo, como la pérdida de independencia y una alteración en su imagen corporal.

Finalmente, el consumo de sustancias, como tabaco y alcohol, se asoció significativamente con la depresión. Estos resultados sugieren que el consumo de estas sustancias podría funcionar como un mecanismo para lidiar con la ansiedad y el estrés, pero a su vez agrava los síntomas depresivos. Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Gómez (2024), quien identificó que el consumo de sustancias durante el embarazo puede acarrear secuelas que afectan los estados conductuales, cognitivos y fisiológicos de las madres, alterando su percepción y aumentando el riesgo de afectar el desarrollo fetal. Aunque la prevalencia de violencia doméstica reportada fue baja, este factor no mostró una asociación significativa con la depresión, lo que sugiere la necesidad de explorar otros posibles factores que influyan en la salud mental de las mujeres durante esta etapa.

Los hallazgos de este estudio subrayan la importancia de la educación, la planificación del embarazo, así como el manejo del estrés y la imagen corporal, como factores clave para la salud mental de las mujeres en el puerperio. Además, evidencian que el consumo de sustancias es un factor de riesgo importante en la depresión durante y después del embarazo, lo que destaca la necesidad de implementar intervenciones que promuevan el bienestar emocional de las mujeres durante este periodo crucial.

Conclusión

Este estudio identifica que la depresión posparto en mujeres guerrenenses está asociada con diversos factores, como el nivel educativo, el estrato socioeconómico, la planificación del embarazo, el estrés, la satisfacción corporal posparto y el consumo de sustancias. Las mujeres con menor nivel educativo y de estrato socioeconómico bajo, así como aquellas que no planearon su embarazo, mostraron mayores niveles de depresión. Además, el manejo del estrés y la imagen corporal también influyen significativamente en la salud mental posparto. Estos hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones enfocadas en mejorar el acceso a la educación, la planificación familiar y el apoyo emocional, así como en reducir el consumo de sustancias, para promover el bienestar integral de las madres durante y después del embarazo.

Referencias

- Agrawal, I., Mehendale, A. M. y Malhotra, R. (2022). Risk factors of postpartum depression. *Cureus*, 14(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.30898>
- Alshikh, A. H., Alkhatib, A. y Luo, J. (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 21, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04016-9>
- Álvarez-Moreno, M. (2017) *Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en madres que acuden al Centro de Salud N° 1*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio digital de la Universidad Técnica del Norte. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8251>
- Baltazar, E. L. y Sinche, H. E. (2023). *Frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja-2021*. [Tesis de pregrado de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion]. Repositorio institucional UNDAC. <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3822>
- Cafiero, P. J. y Justich, Z. P. (2024). Depresión puerperal: impacto en la madre gestante y en el desarrollo físico, emocional y cognitivo posnatal de sus hijas/os. Una mirada ecológica. *Arch. argent. pediatri.*, 122(3), e202310217. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2024/v122n3a17.pdf>
- Coo, C. S., Mira, O. A., García, V. M. y Zamudio, B. P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediátrica*, 92(5), 724-732. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
- Escobar, C. S. (2024). *Factores de riesgo psicosociales en la depresión posparto en muje-*

- res adultas: una revisión de la evidencia actual*. [Tesis de posgrado de la Universidad Internacional SEK]. Repositorio de la Universidad Internacional SEK. <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/5301>
- Fernández, N. P., González, Y. G., Calvete, A. A. y Carrera, I. D. (2021). Efectos del ejercicio en la depresión durante el embarazo y el posparto. Una revisión sistemática. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(4), 100683. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X21000423>
- Gómez, R. L. (2024). *Prevalencia del consumo de sustancias de abuso durante el embarazo en mujeres atendidas en el parto en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”*. [Tesis de Doctorado de la Universitat de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/213147>
- Krauskopf, V. y Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>
- Lazo, S. (2021). Depresión en el embarazo y dependencia emocional. *Psiquiatría y Salud Mental*, 38(3/4), 86-87. <https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/06/07.-Depresion-Embarazo-Dependencia-Emocional-Solange-Lazo.pdf>
- Liu, X., Wang, S. y Wang, G. (2022). Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, 31(19-20), 2665-2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- Morera, E. A. y Barboza, F. C. (2024). Actualización del trastorno de ansiedad durante el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 9(2), 3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9438437>
- Páez, O. y Zavala de Cosío, D. M. (2017). Tendencias y determinantes de la fecundidad en México: las desigualdades sociales. En M.L. Coubes, P. Solís, M.E. Zavala de Cosío, *Generaciones, cursos de vida y desigualdad social en México*, 1, (pp. 45-76). <https://shs.hal.science/halshs-01547857/>
- Ponce, S. M. (2024). *Prevalencia de depresión perinatal en mujeres embarazadas de edad de 18 a 30 años atendidas en Hospital de la Mujer Puebla*. [Tesis de pregrado de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla]. Repositorio institucional BUAP. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/0133af1c-ced5-4b17-a638-063bb-8de98c2>
- Quesada, M. V. y Chinchilla, K. V. (2022). Detección temprana de la depresión posparto. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 6(5), 37-44. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i5.474>
- Salazar, R. G. y Montes, L. J. (2021). *Asociación entre la depresión durante el embarazo y parto pretérmino en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima-Perú de junio a diciembre del 2021*. [Tesis de pregrado Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas Facultad de Ciencias de la Salud]. Repositorio académico UPC. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/664307>
- Zamalloa, M. S. (2016). *Relación entre la ansiedad y depresión asociadas a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de neonatología del Hospital Regional de*

Cusco – 2016. [Tesis de Doctorado de la Universidad Alas Peruanas]. Repositorio UAP. <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/3565>

Zuazo, U. C. (2023). *Factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2022*. [Tesis de pregrado de la Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://repositorio.ups-jb.edu.pe/item/3da6e2a5-a73c-45e3-9cc0-11ba1caee6e>

7. Depresión posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla, México



IRVING DANIEL CATALÁN GÓMEZ*

IMELDA SOCORRO HERNÁNDEZ NAVA**

CARLOS ALBERTO CATALÁN GÓMEZ***

YESENIA RAMÍREZ ESPINOBARROS****

JESÚS ALCOCER-CARRANZA*****

MONSERRAT ZACARIAS MARTÍNEZ*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.07>

Resumen

El puerperio es considerado una etapa importante al término del embarazo, cuyos cambios psicológicos, bioquímicos, hormonales y fisiológicos desencadenan estados de fragilidad psicológica, prevaleciendo mayormente la depresión posparto. Ante esta problemática y el riesgo existente entre el binomio madre e hijo es necesaria la creación de estrategias, herramientas, capacitaciones y protocolos que garanticen un diagnóstico oportuno, a fin de brindar una atención adecuada a través del equipo multidisciplinario. El objetivo es determinar la prevalencia de depresión posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla, México, a través

* Licenciado en Enfermería. Titular estatal de la oficina de Salud Pública de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería en su sede Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6139-0202> ; correo electrónico: danielcatalan0411@gmail.com

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367>

*** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9970-4272>

**** Doctora en Ciencias de Enfermería. Miembro activo del capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7877-8689>

***** Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor de asignatura A en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4538-5931>

***** Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora de asignatura en la Universidad Nacional Autónoma de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7399-5094>

de un estudio correlacional transversal, con una muestra de 46 mujeres de acuerdo al censo proporcionado por el Centro de Salud. Los criterios de inclusión fueron situarse en puerperio inmediato y mediano, así como residir en el municipio de Atlixco. Se utilizó la Escala de depresión posparto de Edimburgo con un alfa de Cronbach de $\alpha = .82$. La captura y análisis de datos fue mediante el programa SPSS Statistics versión 27.0. Para efectos de la investigación se realizó siguiendo los principios bioéticos y la declaración de Helsinki. En los resultados se mostró una prevalencia del 34.8% de mujeres en depresión posparto. La depresión manifestó asociaciones proximales con el grupo de edad ($\chi^2 = 10.644$, $p = .001$), la escolaridad ($\chi^2 = 8.386$, $p < .05$), red de apoyo ($\chi^2 = 23.631$, $p < .001$), violencia intrafamiliar ($\chi^2 = 6.986$, $p < .05$), problemas familiares ($\chi^2 = 9.583$, $p < .05$), sentimientos negativos durante el embarazo ($\chi^2 = 25.230$, $p < .001$), satisfacción corporal después del embarazo ($\chi^2 = 15.352$, $p < .001$) y el embarazo planeado ($\chi^2 = 11.871$, $p < .001$). De acuerdo a los datos obtenidos se encontró prevalencia de depresión posparto en las mujeres. Los factores que influyen en el desarrollo de depresión posparto fueron la edad, escolaridad, red de apoyo, violencia intrafamiliar, problemas familiares, sentimientos negativos durante el embarazo, satisfacción corporal después del embarazo y el embarazo no planeado.

Palabras clave: *embarazo, depresión posparto, puerperio.*

Introducción

La depresión es definida como un trastorno que ocasiona una alta tasa de discapacidad en el mundo, más frecuente en mujeres con cifras de 10.4% y 5.4% para hombres. Sin embargo, para las mujeres la brecha es mayor en periodo reproductivo (Rafful et al., 2012). El puerperio es considerado una de las etapas más importantes del término del embarazo por los cambios psicológicos, bioquímicos, hormonales y fisiológicos que atraviesan las mujeres, que desencadenaran estados de fragilidad psicológica, siendo el de mayor prevalencia la depresión posparto (Kroska y Stowe, 2020).

La depresión posparto es una alteración patológica del estado anímico que aparece de forma leve a grave en todas las mujeres posterior al parto y hasta

un año después del mismo, se caracteriza por tener efectos a corto, mediano y largo plazo en la madre y el neonato (Stewart y Vigod, 2019).

Aunque su prevalencia no está debidamente definida de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se estima que a nivel internacional la depresión postnatal es del 13% en países con ingresos altos, mientras que en países con ingresos bajos y medios es del 20%, en los que se calcula que aquellas mujeres embarazadas o con hijos tienden ser tres veces más vulnerables de presentar depresión que en otra etapa de su vida (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). La prevalencia global de depresión posparto en mujeres, realizado en 80 países, indica que una de cada cinco mujeres desarrolla depresión posparto (Wang et al., 2021).

En México, al analizar datos de 7 187 mujeres recabados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, se mostró una prevalencia del 19.9% en mujeres con al menos un hijo menor de 5 años, es decir, 1 de cada 5 mujeres presentan un cuadro depresivo. El estudio también reportó la distribución de la depresión posparto entre los estados de la república: Ciudad de México, Guerrero e Hidalgo con una prevalencia menor al 15%, mientras que Chihuahua, Nuevo León, Durango, Zacatecas, Querétaro, Estado de México, Morelos, Puebla, Veracruz, Tabasco, Chiapas, Campeche y Yucatán con más del 20% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

La construcción de la maternidad generalmente es idealizada por una postura satisfactoria y positiva que ha dificultado el reconocimiento de la depresión posparto y la aceptación del hecho de que muchas madres experimentan emociones contrarias al entusiasmo y goce esperados. Los factores causales o de riesgos son, entre otros, factores estresantes de la vida diaria (conflictos de pareja, eventos estresantes durante el embarazo, situación económica, estado civil), falta de apoyo, resultados obstétricos negativos previos, problemas con la lactancia, edad gestacional, cambios hormonales, privación del sueño y la susceptibilidad genética (Moldenhaver, 2024). Otros factores que pueden incrementar el riesgo son el estrés, tipo de parto (parto por cesárea), paridad (primiparidad) y antecedentes psiquiátricos positivos (Urbanová et al., 2021).

Las manifestaciones que se presentan se relacionan con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño, afectación

en el manejo del estrés, sensación de ser incapaz del rol materno, culpabilidad, ansiedad o ataques de pánico e incluso ideación suicida. (Caparros-González et al., 2017).

Esta problemática y el riesgo existente entre el binomio madre e hijo hacen necesaria la creación de estrategias, herramientas, capacitaciones y protocolos que garanticen un diagnóstico oportuno, a fin de brindar una atención adecuada a través del equipo multidisciplinario. Asimismo es necesario poner en marcha políticas públicas para la prevención y atención efectiva, dirigidas principalmente a grupos vulnerables. El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de depresión posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla, México.

Metodología

Para el estudio correlacional transversal, la muestra estuvo conformada por 46 mujeres de acuerdo al censo proporcionado por el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla. Los criterios de elegibilidad fueron situarse en un estado de puerperio inmediato y mediano, residir en el municipio de Atlixco, y que aceptaran participar por medio de un consentimiento informado; el criterio de eliminación fueron las encuestas que no se completaron correctamente.

Para el manejo de información se utilizó la Escala de depresión posparto de Edimburgo, la cual tiene una sensibilidad de 90%, especificidad de 82%, valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%, y un alfa de Cronbach de $\alpha = .82$. Dicha escala consiste en 10 ítems en donde a las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso, por ejemplo, 3, 2, 1 y 0. Una puntuación de 10 o más mostraba la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad (Cox et al., 1987).

La captura y análisis de los datos fue llevada a cabo por medio del programa IBM SPSS Statistics versión 27.0. El desarrollo de la investigación se realizó siguiendo los principios bioéticos y la declaración de Helsinki.

Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos conforme a los datos sociodemográficos.

De acuerdo con la edad de los participantes, el 63% se encontraba en adultez. El estado civil el 63% refirió estar en unión libre. En cuanto a la escolaridad, el 47.8% menciona haber concluido el nivel secundaria. En función a la ocupación el 37% señala desempeñarse como empleada. Asimismo, el 67.4% refiere contar con un estatus económico bajo. En relación a su red de apoyo, el 54.3% la consideró como regular. Se cuestionó acerca de la violencia intrafamiliar, en donde el 78.3% señaló no vivirla; cabe destacar que el 50% indicó tener problemas familiares. Al indagar el consumo de alcohol, el 82.6% mencionó no consumir; en relación del tabaco, el 95.7% no lo consume (tabla 1)

Tabla 1. *Características sociodemográficas*

	<i>f</i>	%
Grupo de edad		
Adolescencia	17	37.0
Adultez	29	63.0
Estado civil		
Soltera	4	8.7
Unión libre	29	63.0
Casada	23	28.3
Escolaridad		
Primaria	2	4.3
Secundaria	22	47.8
Preparatoria	14	30.4
Universidad	8	17.4
Ocupación		
Hogar	13	28.3
Empleada	17	37.0
Desempleada	1	2.2
Profesionista	8	17.4
Estudiante	7	15.2

Estatus económico		
Bajo	31	67.4
Medio	15	32.6
Red de apoyo		
Buena	7	15.2
Regular	25	54.3
Mala	14	30.4
Violencia intrafamiliar		
Sí	10	21.7
No	36	78.3
Problemas familiares		
Sí	23	50.0
No	23	50.0
Alcoholismo		
Sí	8	17.4
No	38	82.6
Tabaquismo		
Sí	2	4.3
No	44	95.7

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de encuesta, 2024.

Seguidamente se describen factores relacionados al embarazo de los participantes.

En cuanto a la paridad, el 58.7% mencionó ser primigesta. Al explorar acerca de la posición de las entrevistadas, el 56.5% refirió no presentar sentimientos negativos durante el embarazo. El 54.3% indicó estar insatisfecha con su cuerpo después del embarazo. Al cuestionar acerca de la planeación de su embarazo, el 67.4% comentó no haberlo estado. El 87.0% señaló tener antecedentes de abortos, mientras que el 87.0% no presentó distocias previas o durante el parto. El total de la muestra mencionó no haber tenido ninguna complicación con el recién nacido al momento del nacimiento (tabla 2).

Tabla 2. Factores relacionados al embarazo de la mujer.

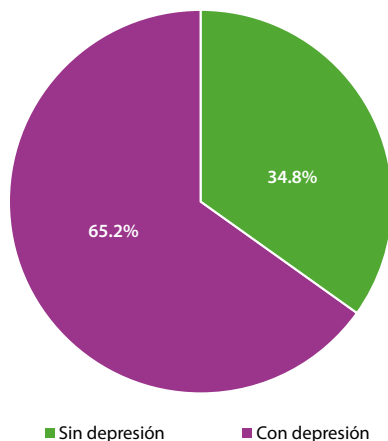
	<i>f</i>	%
Paridad		
Primigesta	27	58.7
Multigesta	19	41.3
Sentimientos negativos durante el embarazo		
Sí	20	43.5
No	26	56.5
Satisfacción corporal después del embarazo		
Sí	21	45.7
No	25	54.3
Embarazo planeado		
Sí	15	32.6
No	31	67.4
Antecedentes de aborto		
Sí	6	13.0
No	40	87.0
Distocias previas o durante el parto		
Sí	4	13.0
No	42	87.0
Complicaciones con el recién nacido (condiciones, enfermedades, etc.)		
No	46	100.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de encuesta, 2024.

A continuación se describen los resultados en conformidad a la presencia de depresión posparto de acuerdo a la escala de Edimburgo, en donde el 65.2% se mostró sin depresión (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Resultados de la escala de depresión posparto de Edimburgo



Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de escala "Depresión posparto de Edimburgo" (2024):

A continuación se describen las asociaciones proximales entre los resultados obtenidos de la escala de depresión posparto de Edimburgo y las características sociodemográficas.

A través de una prueba de chi-cuadrado se logró identificar la asociación con la variable del grupo de edad ($\chi^2 = 10.644$, $p = .001$) lo cual indica que a mayor edad los niveles de depresión son menores. En cuanto a la escolaridad de las participantes se encontró una correlación de ($\chi^2 = 8.386$, $p < .05$), lo que muestra que a mayor grado de escolaridad los niveles de depresión también son menores. Respecto a la red de apoyo se encontró una asociación significativa de ($\chi^2 = 23.631$, $p < .001$), lo que sugiere que aquellas personas que demostraron niveles de depresión tuvieron una red de apoyo mala, mientras que los que no manifestaron depresión tuvieron una red entre buena o regular. Conforme a la violencia intrafamiliar se mostró un valor de ($\chi^2 = 6.986$, $p < .05$), aludiendo que al existir violencia en la familia los niveles de depresión son mayores.

De acuerdo con la variable que refiere a los problemas familiares se tuvo una asociación de ($\chi^2 = 9.583$, $p < .05$), identificando que aquellos que reportaron problemas familiares evidenciaron síntomas depresivos (tabla 3).

Tabla 3. *Asociaciones proximales entre los resultados de la escala de depresión posparto de Edimburgo y las características sociodemográficas*

	χ^2	p
Grupo de edad	10.644	-.001
Estado civil	3.121	.210
Escolaridad	8.386	.039
Estatus económico	.646	.421
Red de apoyo	23.631	< .001
Violencia intrafamiliar	6.986	.008
Problemas familiares	9.583	.002
Alcoholismo	2.120	.145
Tabaquismo	1.115	.291

Nota: χ^2 = valor de chi-cuadrado, p = valor de significancia.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de encuesta, 2024.

Del mismo modo, se presentan las asociaciones proximales entre los resultados obtenidos de la escala de depresión posparto de Edimburgo y los factores relacionados al embarazo de las participantes.

Se identificó una asociación significativa de la variable de sentimientos negativos durante el embarazo ($\chi^2 = 25.230$, $p < .001$), lo cual expone que aquellas que reportan sentimientos negativos experimentaron depresión. En cuanto a la satisfacción corporal después del embarazo se mostró un valor de ($\chi^2 = 15.352$, $p < .001$), lo que muestra que aquellas que indicaron sentirse insatisfechas con su imagen corporal percibieron depresión. Respecto a la variable de embarazo planeado se mostró una asociación de ($\chi^2 = 11.871$, $p < .001$), lo cual expone que aquellas que señalaron no haber planeado su embarazo muestran mayores niveles de depresión (tabla 4).

Tabla 4. *Asociaciones proximales entre los resultados de la escala de depresión posparto de Edimburgo y factores relacionados al embarazo de la mujer*

	<i>x</i> ²	<i>p</i>
Paridad	.146	.702
Sentimientos negativos durante el embarazo	25.230	< .001
Satisfacción corporal después del embarazo	15.352	< .001
Embarazo planeado	11.871	< .001
Antecedentes de aborto	3.092	.079
Distocias previas o durante el parto	.447	.504

Nota: *x*² = valor de chi-cuadrado, *p* = valor de significancia.
Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de encuesta, 2024.

Discusión

De acuerdo con los resultados se mostraron relevantes los datos del grupo de edad y la escolaridad de las participantes, lo que indica que entre mayor sea la edad y educación mayores son las capacidades de resiliencia en cuanto a la depresión. Esto coincide con Kariuki (2022), quien destaca en su estudio la importancia del nivel educativo e indica que las adolescentes con educación secundaria o mayor tenían menor probabilidad de desarrollar DPP, a diferencia de quienes tenían un nivel académico inferior. Romero et al. (2017) también resaltan que tener mayor grado de escolaridad puede convertirse en un factor protector en contra de la depresión posparto. Por el contrario, un bajo nivel de escolaridad se ha asociado con depresión prenatal, lo que a su vez puede explicarse por su relación con el bajo nivel adquisitivo o de empleos poco remunerados.

Por otro lado, llamó la atención que la mayoría de las encuestadas señalaron tener una mala red de apoyo y fueron estas mismas quienes se distinguían por tener mayor depresión, lo que indica la importancia que tiene el apoyo de la pareja y la familia en el desarrollo del embarazo y puerperio. Esto es congruente con Vallecampo (2021), quien expone que contar con redes de apoyo sólidas durante el embarazo y puerperio es un factor protector significativo para el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, Adeyemo et al. (2020) establecen como factor de riesgo psicosocial la ausencia

de apoyo por parte de la pareja después del parto como principal predictor de la depresión posparto, con más del doble de probabilidades de desarrollarla en comparación con de quienes sí recibieron ayuda.

En relación con lo anterior, la presencia de los problemas y violencia intrafamiliar en su mayoría eran factor clave para desarrollar depresión, lo cual manifiesta la importancia del medio en el que se desarrolla, ya que fortalece o deprime el área psicosocial y biológica de la madre; de igual manera, Míguez y Vázquez (2021) mencionan que los problemas familiares tuvieron una sólida significación estadística como claros factores de riesgo de depresión posparto. También De la Orta (2018) concluye que los principales factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de DPP son los psicosociales como embarazo no deseado, antecedentes de depresión y violencia intrafamiliar. Un hallazgo relevante de Tachibana et al. (2015) fue la percepción de falta de cohesión familiar como un importante factor de riesgo psicosocial para la depresión.

Otros datos que mostraron mucha relevancia fueron los sentimientos negativos durante el embarazo y su relación con la falta de planeación de este, lo que puede referir a la falta de preparación psicológica y socioeconómica para esta etapa. Por su parte, Fiala et al. (2017) exponen la presencia de sentimientos de infelicidad relacionados al embarazo. Del mismo modo, Kikuchi et al. (2021) señalan que los sentimientos negativos y la percepción de un embarazo no intencional están estrechamente ligados a un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos durante el periodo posparto. Al respecto, Walker et al. (2021) mencionan que las mujeres que experimentan emociones negativas relacionadas con su embarazo o que perciben su embarazo como no planeado pueden enfrentar desafíos adicionales en su bienestar emocional durante el periodo posparto.

En último lugar, al explorar la satisfacción corporal después del embarazo la mayoría mencionó estar en desacuerdo con su imagen y fueron ellas mismas quienes mostraron depresión, es de gran importancia el rol que juega la salud mental tras este proceso fisiológico; lo que coincide con Chan et al. (2020), quien refiere a la gestación como un periodo vulnerable en relación con las emociones y el cuerpo, tiene como factor común la insatisfacción corporal, esto provoca sentimientos negativos que podrían volverse patológicos. A su vez, Micanti (2017) lo manifiesta como un proceso complejo, en el que

la mujer experimenta cambios tanto físicos como a nivel psicológico (falta de autoestima, desmotivación, ansiedad, depresión y estrés).

Conclusión

A través del presente estudio se encontró la prevalencia de depresión posparto en las mujeres. Los factores sociodemográficos que mostraron mayor relevancia fueron el grupo de edad, nivel de escolaridad, la red de apoyo, violencia intrafamiliar y problemas familiares. Aunado a ello, los factores propios del embarazo como lo fueron los sentimientos negativos al embarazo, embarazo no deseado y satisfacción corporal en el puerperio. Ante este panorama se expone la necesidad de implementar estrategias que brinden acompañamiento en el embarazo, parto y puerperio, enfatizando las herramientas necesarias para el personal de salud que permitan un diagnóstico oportuno de factores que contribuyan al desarrollo de depresión posparto. Al mismo tiempo, señala la necesidad de implementar y reforzar políticas públicas que garanticen el bienestar psicosocial, la educación y el acceso a programas de salud sexual y reproductiva, dirigidas prioritariamente a grupos vulnerables.

Referencias

- Adeyemo, E. O., Oluwole, E. O., Kanma-Okafor, O. J., Izuka, O. M. y Odeyemi, K. A. (2020). Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *African Health Sciences*; 20(4). <https://doi.org/10.4314/AHS.V20I4.53>
- Caparros Gonzalez R. A., Romero-Gonzalez B. y Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42.
- Caparros-Gonzalez, R., Romero-Gonzalez, B., Strivens-Vilchez, H., Gonzalez-Perez, R., Martinez-Augustin, O. y Peralta-Ramirez, M. I. (2017). Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PloS one*, 12(8).
- Chan, C. Y., Lee, A. M., Koh, Y. W., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y. y Tang, C. S. K. (2020). Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: A longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 263, 582-592.

- Cox, J. L., Holden, M. J y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651732/>
- De la Orta, M. (2018). Factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la depresión post parto en usuarias de 16 a 24 años atendidas en el Centro de Salud No. 3. *Elsevier*, 6(3).
- Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J. y Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-017-1261-Y/TABLES/7>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Analizan la depresión posparto y la depresión materna en México*. Secretaría de Salud. <https://www.insp.mx/avisos/4137-depresion-posparto-mx.html>
- Kariuki, K., Kuria, M. W., Were, F. N. y Ndeti, D. M. (2022). Predictors of postnatal depression in the slums Nairobi, Kenya: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22(242). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03885-4>
- Kikuchi, S., Murakami, K., Obara, T., Ishikuro, M., Ueno, F., Noda, A., Onuma, T., Kobayashi, N., Sugawara, J., Yamamoto, M., Yaegashi, N., Kuriyama, S. y Tomita, H. (2021). One-year trajectories of postpartum depressive symptoms and associated psychosocial factors: findings from the Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study. *Journal of Affective Disorders*, 295, 632-638. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.08.118>
- Kroska, E. y Stowe, Z. (2020). Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 47(3), 409–19.
- Micanti, F., Iasevoli, F., Cucciniello, C., Costabile, R., Loiarro, G. y Pecoraro, G. (2017). The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eat Weight Disord*, 22(1), 105-115.
- Míguez, M. y Vázquez, M. (2021). Risk factors for antenatal depression: A review. *World J Psychiatry*, 11(7), 325-336. doi:10.5498/wjp.v11.i7.325
- Moldenhauer, J. S. (2024). *Depresión posparto*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/atención-posparto-y-trastornos-asociados/depresión-posparto?query=depresión%20posparto>
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C. y Orozco, R. (2012). Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 165-169.
- Romero R, Daniela, Orozco R, Luz Adriana, Ybarra S, José Luis, & Gracia R, Blanca Irene. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*, 82(2), 152-162. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200009>
- Stewart, D. E., y Vigod, S. N. (2019). Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual review of medicine*, 70, 183-196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217>

- Tachibana, Y., Koizumi, T., Takehara, K., Kakee, N., Tsujii, H., Mori, R., Inoue, E., Ota, E., Yoshida, K., Kasai, K., Okuyama, M. y Kubo, T. (2015). Antenatal Risk Factors of Postpartum Depression at 20 Weeks Gestation in a Japanese Sample: Psychosocial Perspectives from a Cohort Study in Tokyo. *PLoS ONE*, 10(12). <https://doi.org/10.1371/JOURN.PONE.0142410>
- Urbanová, E., Škodová, Z. y Bašková, M. (2021). The association between birth satisfaction and the risk of postpartum depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>
- Vallecampo, A. (2021). Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Crea ciencia*, 4(1), 12-24. <https://doi.org/10.5377/creaciencia.v14i1.13200>
- Walker, A. L., de Rooij, S. R., Dimitrova, M. V., Witteveen, A. B., Verhoeven, C. J., de Jonge, A., Vrijkotte, T. G. M. y Henrichs, J. (2021). Psychosocial and peripartum determinants of postpartum depression: Findings from a prospective population-based cohort. The ABCD study. *Comprehensive Psychiatry*, 108. <https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2021.152239>
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational psychiatry*, 11(1), 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1>

8. Cuidado de enfermería humanizado según factores caritas de Jean Watson al neonato con bajo peso hospitalizado: investigación comparada Perú-México



LYDIA EDITA SÁNCHEZ ARCE*

GUADALUPE LUGO GALÁN**

ROSARIO DEL CARMEN CAMILO MORILLO***

MARÍA YSABEL PAREDES CALDERÓN****

ELIANA PATRICIA SANDOVAL SALINAS*****

ANDREA FABIAN LAGUNAS*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.08>

Resumen

Se presenta una investigación cualitativa de método descriptivo, comparado entre Perú y México, con el objetivo de analizar el cuidado de enfermería humanizado según el proceso caritas de Jean Watson al neonato con bajo peso hospitalizado. Los escenarios: Hospital Belén-Trujillo y General Taxco. Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada y el análisis del discurso según Orlandi y Freire. Los participantes fueron seleccionadas/os por conveniencia y el número por saturación, utilizando principios éticos y criterios de rigor científico. Los discursos originaron dos categorías y subcategorías. Categoría 1: cuidado de enfermería al neonato de bajo peso y su familia desde la intersubjetividad; incluye 1.1. caritas 1: práctica de valores humanísticos-altruísticos de bondad y ecuanimidad con uno mismo o con los

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Docente principal a dedicación exclusiva de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo-Perú-UNT. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6991-1062> ; correo electrónico: lancheza@unitru.edu.pe

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9158-4851>

*** Maestra en Salud de la Mujer, Niño y Adolescente. Profesora-investigadora de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9056-8895>

**** Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7593-9723>

***** Magíster en Ciencias de Enfermería. Docente auxiliar a tiempo completo de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1453-337X>

***** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3607-9390>

demás; 1.2. Caritas 3: sensibilidad hacia uno mismo y para los demás, desarrollo espiritual continuo; y 1.3. Caritas 4: desarrollo de relaciones auténticas de confianza y cuidado. Categoría 2: cuidado de enfermería de necesidades básicas al neonato y su familia como ciencia, arte y espíritu; 2.1. Caritas 6: solución creativa de problemas: búsqueda de soluciones a través del proceso de cuidado; 2.2. Caritas 7: involucrarse en la enseñanza y aprendizaje transpersonal dentro del contexto de la relación cuidado; 2.3. Caritas 8: creando ambientes sanadores-ser / convertirse en el campo caritas; 1.4. Caritas 9: atención a necesidades básicas con dignidad / actos sagrados. El cuidado humanizado de enfermería predomina en cubrir las necesidades básicas al neonato como ciencia, arte y espíritu desde la intersubjetividad, en Perú y México.

Palabras claves: *cuidado, enfermería, humanizado, neonato con bajo peso.*

Introducción

El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME, 2017), en el informe del año 2017, refiere que los niveles y tendencias de la mortalidad infantil muestran que, la proporción de niños menores de cinco años que fallecen en la etapa neonatal ha, aumentado del 41% al 46%; a pesar de que el número de niños que fallecen antes de los cinco años ha alcanzado un nuevo mínimo de 5,6 millones, en comparación con casi 9,9 millones en el año 2000.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019), uno de cada siete bebés al nacer pesa menos de 2.500 gramos. En total, hay 20 millones de bebés. El bajo peso de los bebés al nacer es un problema en naciones con altos ingresos, aunque el 75% de ellos nace en África subsahariana y Asia. La mortalidad infantil se ha reducido debido a la disminución de las muertes posneonatales (2 a 11 meses después del nacimiento), según se indica en los Estados Unidos. Una de las principales causas de bajo peso al nacer en los países de bajos ingresos es el crecimiento deficiente del bebé mientras está en el útero. En realidad, más del 80% de los 2,5 millones de recién nacidos en el mundo que mueren cada año tienen bajo peso al nacer.

Watson propone la teoría del cuidado humanizado, que se basa en la idea de que el cuidado es esencial en la enfermería y representa una acción intrínseca del individuo. Esta teoría se centra en la enfermera como ser humano que proporciona cuidado con el objetivo de satisfacer las necesidades humanas de la persona que está siendo atendida. Se considera el cuidado como un acto supremo que recae en la enfermera, abarcando no solo los aspectos técnicos y científicos, sino también la esencia misma de la profesión.

Una mayor explicación evolucionó a partir de la teoría del cuidado humano y los 10 procesos caritas, que son: (1) práctica de valores humanístico-altruísticos de bondad y ecuanimidad con uno mismo o con los demás; (2) habilitando la fe y la esperanza, estar auténticamente presentes; (3) sensibilidad hacia uno mismo y para los demás, desarrollo espiritual continuo; (4) desarrollo de relaciones auténticas de confianza y cuidado; (5) permitir la expresión de sentimientos positivos-negativos: escuchar la historia de otro; (6) solución creativa de problemas: búsqueda de soluciones a través del proceso de cuidado; (7) involucrarse en la enseñanza y aprendizaje transpersonal dentro del contexto de la relación cuidado; (8) creando ambientes sanadores-ser / convertirse en el campo caritas; (9) atención a necesidades básicas con dignidad / actos sagrados, y (10) abierto a los desconocidos existenciales y espirituales: permita el ministerio y los milagros-círculo sagrado-vida / muerte.

Justificación, contribución

El bajo peso al nacer (BPN) es un problema de salud pública asociado con la mortalidad neonatal e infantil debido a factores, nutricionales, socioeconómicos, psicológicos y demográficos. La historia del nacimiento y las condiciones patológicas relacionadas con el parto, la buena posición y cambios del útero (OMS, 2017).

Otro aspecto trascendental para esta investigación es que la supervivencia o pronta mejoría de recién nacido de bajo peso, está centrada en el cuidado profesional humanizado de enfermería basado en el amor, caricias, abrazo, satisfacción de sus necesidades fisiológicas, psicológicas, espiritua-

les que prepare a la madre, el padre y familia para el cuidado, especialmente durante la hospitalización y, luego del alta, en el hogar. Que asegure que el recién nacido no regresará por complicaciones previsibles (Guerrero-Ramírez et al. 2015) .

De allí que la relevancia del estudio reside en el aporte teórico, práctico, metodológico y social de los resultados sobre el manejo del recién nacido de bajo peso por la enfermera. La relevancia teórica, con base a los enfoques teóricos y conceptuales, las conclusiones teóricas y empíricas permitirán ampliar las bases teóricas de las enfermeras que cuidan a los recién nacidos con bajo peso y así fundamentarlas científicamente. La relevancia práctica porque, con los nuevos enfoques teóricos, podrán darle mayor seguridad en el cuidado que brindan al recién nacido con bajo peso tanto en la hospitalización como en el seguimiento del cuidado que brinde la familia a su recién nacido con bajo peso esto de acuerdo al modelo del cuidado de enfermería en la hospitalización, que se elaborará como producto de la investigación.

La relevancia metodológica, porque permitirá a las investigadoras estimular la realización de otras investigaciones cualitativas sobre el tema en estudio y plantear nuevas formas en el saber y hacer del cuidado de enfermería al recién nacido con bajo peso. Finalmente, la relevancia social, porque se logrará la legitimidad profesional a través del reconocimiento de la sociedad en el cuidado del recién nacido de bajo peso.

Problema científico

¿Cómo es el cuidado de enfermería humanizado de Jean Watson al neonato con bajo peso hospitalizado considerando los factores Caritas?

Objetivos:

1. Describir el cuidado de enfermería humanizado de Jean Watson al neonato con bajo peso hospitalizado considerando los factores Caritas. Perú-México

2. Analizar el cuidado de enfermería humanizado de Jean Watson al neonato con bajo peso hospitalizado considerando los factores Caritas. Perú-México.

Metodología

Tipo de investigación

Es una investigación cualitativa con método descriptivo. En esta investigación se usó el diseño descriptivo comparativo en el que se establecieron diferencias o semejanzas entre el cuidado de las enfermeras de los dos hospitales Belén de Trujillo- Perú y General Adolfo Prieto de Taxco-México (Ñaupas et al. 2018).

Escenarios

Los escenarios de investigación de los neonatos con bajo peso fueron: Perú: el Hospital Belén de Trujillo y México: el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Guerrero.

Sujetos de Investigación

Estuvo conformado por enfermeras al cuidado del neonato de bajo peso, de las instituciones de salud de México y Perú que cumplieron con los criterios de inclusión:

Las enfermeras fueron seleccionadas utilizando el muestreo no probabilístico de acuerdo con Canales et al. (1994) . Se consideraron las siguientes características de las enfermeras: edad, sexo, tiempo de experiencia en el servicio, conocimiento sobre el objeto de estudio (cuidado de enfermería humanizado de Watson). En resguardo de respetar la identidad de las enfermeras, se les asignó a cada una la letra “E” seguido de la letra “P”, para las enfermeras de Perú y para las enfermeras de México fue la letra “E” se-

guido de la letra “M”; además, un número arábigo en forma correlativa según el orden de las entrevistas.

Técnica e Instrumento

La técnica que se utilizó fue la entrevista semiestructurada que, según Ñaupas et al. (2018), contiene una guía no tan formal que permite al entrevistador libertad para contestar e introducir algunas preguntas para esclarecer vacíos en la información.

Se utilizó como instrumento un cuestionario que tuvo dos partes: una informativa con 4 ítems y la segunda con preguntas orientadoras, según el objeto de la investigación.

Procedimiento

En coordinación con la Unidad de Docencia e Investigación (Perú) y la Coordinación de Investigación (México), para la aceptación institucional de la investigación, se identificaron a los niños según criterios de inclusión; solicitud del consentimiento informado a las enfermas/os seleccionados y la firma del documento respectivo; concertación de fecha, hora y lugar para la entrevista; se procedió a la entrevista en un tiempo de 30 minutos aproximadamente utilizando la Inteligencia Artificial (IA) dictado de voz; concluida la transcripción, se hizo llegar a las enfermeras para que dieran su conformidad de la veracidad; se analizó los discursos siguiendo las fases de codificación, decodificación y recodificación a la luz de la literatura.

Análisis

El estudio se realizó a través de la técnica de análisis del discurso según Orlandi (1997, 2002). Para la codificación, decodificación y recodificación de las situaciones problemáticas emergentes, se usó el abordaje crítico reflexivo de Freire (2002), sistematizado y operacionalizado por Cabral (1998).

Consideraciones éticas y de rigor científico

La investigación cualitativa se basó en criterios éticos y de rigor científico, que tuvieron como finalidad asegurar la calidad, objetividad y validación de la investigación, considerándose los siguientes: en relación a la ética, según Canales et al. (2016), se tuvo en cuenta los principios éticos que aseguraron la validez del trabajo de investigación. Con respecto a México, existe el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014).

Resultados

Se contó con 18 participantes con predominio de adultos jóvenes, con promedio de 9.5 años de experiencia en el servicio, el 50% cuentan con la especialidad neonatología y el 60% no manejan la teoría del cuidado humanizado de Watson.

Las categorías y subcategorías emergieron desde los discursos, teniendo en cuenta el objeto de estudio y los objetivos propuestos.

Categoría 1: cuidado de enfermería al neonato de bajo peso y su familia desde la intersubjetividad

Al respecto de la categoría 1, están comprendidos los cuidados caritas 1, 3 y 4, relacionados con los valores humanos y la compasión que se enseñan desde una edad temprana, por lo que las enfermeras educadoras tienen una fuerte influencia. El autocuidado se puede definir como lo mejor que se puede lograr a través del auto empoderamiento (Watson, 1979).

Caritas 1: práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente

Watson (1979) señala que la enfermera, mediante la introspección, crecerá moralmente y aplicará el desarrollo ético junto con el conocimiento cientí-

fico, realizando los cuidados con bondad amorosa y ecuanimidad en el contexto de un cuidado atento, que se expresa en los siguientes testimonios:

“Brindar cariño, calor materno: cargarlos, caricia, abrazo, que el bebé sienta una madre sustituta o una persona con calor materno, que le ayude, ante la falta de no estar con su madre” (EP6).

“Hay una maniobra que consiste en colocar las manos de nosotros sobre su cuerpo, sin ejercer presión, para darle contención, esto es como si fuera un contacto piel a piel, pero solo hacerlo con las manos” (EM1).

Este elemento, en el lado positivo de la persona y sin pensarlo, ayuda a mejorar la atención y la calidad de la misma a la población de pacientes, como lo señalan las recomendaciones del EP6: más que el calor y el abrazo de una madre.

Caritas 3: el cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión

Watson (2007) menciona que el cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, permite la aceptación personal del profesional de enfermería como del paciente, en esta oportunidad del neonato y su familia.

Los siguientes discursos visualizan la sensibilidad de la enfermera neonatal:

“Es importante identificarse, sentir que el bebé es parte de tu familia o como si fuera tu hijo, brindar un cuidado bonito” (EP6).

“La mayoría de las que estamos dentro del área de pediatría, las enfermeras somos hipersensibles, por percepción de mama la tenemos a flor de piel, así que cuando llega un bebe, lo adoptamos como otro hijo, lo queremos y lo cuidamos como si fuera nuestro” (EM6).

Caritas 4: desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza

Mantener una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es necesario para que siga todas las recomendaciones proporcionadas para su atención. Una relación de confianza que anime al paciente a compartir buenos y malos sentimientos a través del amor, una relación de colaboración que permita una comunicación efectiva, estos son los elementos que definen una relación que sustenta la confianza.

La relación empática sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona, tal como lo podemos visualizar en los siguientes discursos:

“Ellas ven en nosotras como parte del cuidado de su bebé que podemos participar celebrando el mes de vida, traen globitos a compartir. Es importante para la parte emocional” (EP7).

“Una relación de confianza, de ayuda, es crear primeramente la empatía con el familiar, con la mamá, esa empatía que debe percibir la mamá” (EM6).

“Cuando la mamá ya va a llevar al bebé a su casa, se lo encargo, le digo: cuídelo, téngale cuidado, desde cómo va a dormir, que no se le pasen las tomas, vigile que el bebe esté respirando, para que se lo lleve y lo vigile constantemente” (EM8)

“Para mí es muy importante el cuidado amoroso. Va depender lo que tenemos y lo que podamos brindarle” (EP6).

Categoría 2: cuidado de enfermería de necesidades básicas al neonato y su familia como ciencia, arte y espíritu

La comunicación es clave para toda la atención de enfermería y, para promover la recuperación del paciente, las enfermeras practicantes deben comunicarse con los pacientes de una manera abierta, honesta y significativa. El trabajo de los expertos, como todo trabajo científico, debe comprender

el significado que las personas le dan a sus experiencias, lo cual es un tema de estudio, una manera especial de entender la temática del programa, tal como se señalan en los discursos que se mencionan a continuación:

“preferentemente tener puertas abiertas las 24 horas, que los papás puedan entrar y estar con sus bebés, entrar y salir a la hora que sea” (EM1, EM2).

“A la madre se le permite pasar diario, pasan, les hablan a sus bebés y hay una comunicación efectiva, porque llegan y les hablan tanto el papá como la mamá” (EM5).

“En el servicio de neo no hay horarios, la madre puede estar el tiempo que crea conveniente” (EP10, EP5).

“Tanto la madre como el padre tienen ingreso, no hay horario, pueden ingresar las veces que deseen” (EP7).

Un aspecto importante que se manifiesta en estos testimonios, son las políticas institucionales de puertas abiertas, tanto en México en: EM1, EM2 y EM5; como en Perú en: EP5, EP7 y EP10, política que favorece la cotidianidad y el compartir más tiempo con sus hijos hospitalizados al no existir horarios fijos de visita.

Caritas 6: el uso creativo de uno mismo, como participe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia

Se trata de hacer cumplir estrictamente las leyes que obstaculizan el crecimiento de la profesión y para lograr el objetivo de brindar una atención adecuada es necesario cambiarlo, ser asertivos e independientes. Cómo se expresa en el testimonio de EM5, al realizar procedimientos que no maltraten a los recién nacidos que impidan multipunción, así como el testimonio EP6 que cuida al recién nacido con catéter venoso central.

“se le hacen cambios posturales cada dos horas, sus medicamentos que tengan vía permeable de preferencia un catéter percutáneo, para no estar mani-

pulando ni multipuncionando, procuramos que no pierdan la temperatura” (EM5).

“Al evaluar a los niños hay que ver sus características si presenta algún procedimiento invasivo, como un catéter percutáneo o algún catéter venoso central viendo cómo está la hemodinámica del bebé” (EP6).

Con respecto al arte de cuidar del proceso caritas 6 que lleva al uso creativo del nido de contención como medida neuroprotectora, que permite evaluar el posicionamiento neonatal; tal como se manifiestan en los testimonios de EM6 al utilizar nidos según talla y peso del recién nacido, de EM7 que refuerza que estos favorecen al desarrollo del recién nacido, EM2 refiere que ayudan a lograr un sueño fisiológico y de EP1 que menciona que favorecer a un buen neurodesarrollo.

“Se coloca una medida de contención, llamada nido, de acuerdo a la talla y peso del pequeño, son hermosos esos nidos, porque van a evitar que se deslice de un lugar a otro en la cuna térmica, eso nos ayuda a que no pierda peso” (EM6).

“Los nidos nos ayudan para mantener a esos niños pasivos en su sueño fisiológico, se regula su temperatura, se regula su frecuencia cardíaca y están más tranquilos, el objetivo como en posición fetal” (EM2).

“Nosotras tenemos una forma de hacer los nidos, así les llamamos, es un modo de contención para él bebé, es a semejanza a un espacio como si estuviera dentro del vientre, a un útero donde tenga cierta limitación de mantenerse en una posición fetal en lo que termina su desarrollo” (EM7).

“Mantenemos al bebé en nidos de contención que estén bien elaborados, que estén bien sostenidos, además colocamos cobertores a las incubadoras para protegerlos de la luz fuerte, de los ruidos; para facilitar a un buen neurodesarrollo” (EP1).

Caritas 7: participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro

Watson (2018) menciona que la enfermera debe participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser y de su sentido tratando de mantenerse dentro del marco de referencia de los otros.

A continuación, se presentan los testimonios relacionados con el caritas 7 sobre la capacitación del cuidado en la alimentación:

“Se introduce a la mamá poco a poco al cuidado de su bebe, orientándola sobre la lactancia, proporcionándole los conocimientos psicológicos y emocionales para iniciar la lactancia posiciones, el signo del buen agarre, signo de transferencia de leche para que el bebe aprenda a succionar” (EM1).

“se le enseña cómo va a agarrar a su bebe, como va a sostener la posición en la que le debe de dar, se corrige la forma de lactancia materna porque ya desde el inicio que ingresaron al hospital se les capacito” (EM8).

“Enseñamos a la madre la extracción de la leche y que se tomen las medidas higiénicas y asépticas a través del lavado de manos y del cuidado de las mamas” (EP4).

“Le enseñamos a que mire alrededor del ombligo que no tiene que estar rojo y no tiene que oler mal que lo tiene que lavar y secar adecuadamente con jabón neutro y que tiene que acudir a su centro de salud para sus vacunas, prueba de tamiz ya auditivo” (EM3).

“Llamamos a las mamás que pasen, tomen asiento y den de lactar a sus bebés. Esto es el cuidado centrado en la familia y así se aprovecha la oportunidad para dar la educación cuando vayan a casa” (EP6).

“educar a la mamá con respecto a la lactancia materna, si el niño se va con vitaminas a casa, le enseñamos la cantidad que está tomando, en qué horario le debe dar y respecto a las vacunas” (EP8).

“hay un programa acá que es aló lactancia donde hay un personal que da consejería, que llama a las madres que tuvieron alguna dificultad mientras estuvo hospitalizado” (EP9).

Caritas 8: creación de un medioambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz

Para Watson al cuidar de un neonato y familia se necesita comprender su ubicación y sus necesidades. Es importante saber quién es esta persona, sus fortalezas y debilidades, cuáles son sus debilidades y qué impulsa su crecimiento; necesita saber cómo satisfacer sus necesidades, así como sus fortalezas y debilidades. Crear un espacio de sanación para todos los niveles, un espacio maduro de energía y conciencia física y no física que fomente la salud, la belleza, el confort, el respeto y la paz.

Como se aprecia en los siguientes discursos, donde la enfermera, a través del conocimiento, protege el entorno del neonato:

“En las noches, ya no poner luces muy intensas, también evitar ruidos muy fuertes para que el bebé con el sueño pueda ir también desarrollándose más, ganar peso” (EP5).

“Mantenemos al bebé en nidos de contención que estén bien elaborados, bien sostenidos, para facilitar a un buen neurodesarrollo” (EP1).

“y por regular en nuestro servicio, tiene que estar sin ruidos, la luz muy tenue para que el niño esté bajo su sueño fisiológico, con eso vamos a lograr que gane peso o que sus signos vitales se encuentren dentro de los parámetros normales” (EM2).

Caritas 9: la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger

Para Watson la asistencia satisfactoria de las necesidades humanas y reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí misma y del paciente es esencial a la hora de manejar el término de prioridad en el cuidado, al proporcionar una visión del arte del cuidado, cual fenómeno revelado, organizado, entendido e interpretando. Las necesidades están estratificadas, para Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo-actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal. Watson acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles.

En este factor refiere a la asistencia con la gratificación de necesidades humanas como se muestra en los siguientes discursos:

“Al recién nacido de bajo peso puede presentar bajas temperaturas, entonces hay que brindarle un abrigo adecuado, por ejemplo es el uso del gorro o mantenerlo en incubadora hasta que el bebé regule la temperatura” (EP5).

“primero vemos la parte respiratoria, evaluamos Silverman Anderson, si todo va bien entonces pasamos a la otra etapa, a recuperar el peso de acuerdo a la edad” (EP9).

“Cada caso es distinto, Se observa en conjunto, los signos vitales, frecuencia, saturación, también la parte nutricional, si tiene vía parenteral o si inicia calostro, terapia o lactancia materna” (EP7).

“Importante la termorregulación por su característica de poco tejido subcutáneo, tienen poca grasa, ellos pierden calor con facilidad como si fuese un prematuro sin embargo no lo es” (EP8).

“Primero vemos la parte respiratoria, evaluamos Silverman Anderson, si todo va bien entonces pasamos a la otra etapa, a recuperar el peso de acuerdo a la edad” (EP9).

Con respecto a la asistencia de necesidades básicas, Watson reconoce que la enfermera proporciona cuidados conscientes conociendo y comprendiendo las necesidades del otro de manera holística, ofreciendo cariño y empatía al proporcionar cuidados efectivos que promuevan, con una conciencia de cuidado deliberada y administren cuidados humanos esenciales como son la alimentación, la ventilación y los signos vitales (Watson, 1979). La relevancia de estos cuidados básicos se refleja en los siguientes testimonios: EM1, EM5, EP10, EP9, EP7, EM4, EP8, testimonios refuerzan la relación enfermera-paciente con cuidado holístico-humanista, no solo centrado en las técnicas despersonalizadas.

“Se les realiza la estimulación orofacial para establecer el patrón de succión y de alimentación, nutrición” (EM1).

“El peso del bebe es diario, porque estamos pendientes porque el incremento de la alimentación también es diario” (EM5).

“El mejor indicador de aumento de peso del bebe, es cuando lo pesamos todos los días, con la misma balanza, que esté equilibrada. Cualquier desbalance se comunica al médico, porque si pierde peso a pesar de todos los cuidados que se da, puede deberse a otros factores, necesitando más estudios” (EP10).

“Si no tiene apoyo respiratorio, le damos directo y estimulamos también la lactancia materna para que haga la succión directa que sería lo mejor” (EP9).

“Cuidar un neonato a término de bajo peso es importante la termorregulación, ya que puede tener riesgo de alteración por lo que continuamente vigilamos la temperatura, viendo los factores que hace que pierda o gane calor” (EP7).

“En cuanto a los signos vitales siempre los estamos monitoreando cada dos o cuatro horas, monitoreamos la respiración, la frecuencia cardiaca, la tempe-

ratura, la presión arterial... una o dos veces por turno, también incluye la saturación de oximetría, lo cual nos avisa si el niño llega a presentar periodos de apnea o pausas respiratorias” (EM4).

“Al evaluar sus signos vitales temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, vamos a ver si es que el niño tiene distrés respiratorio” (EP8).

Conclusiones y recomendaciones

A partir de los objetivos, recogida y organización de los testimonios, así como la discusión a partir de Orlandi y Freire, se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. En relación a cuidado de enfermería al neonato de bajo peso y su familia desde la intersubjetividad:
 - Las enfermeras, tanto de Perú como de México viven la experiencia del cuidado humanizado al neonato internado y a su familia, en un ambiente con tecnología y a la vez con amor, sensibilidad, compasión y confianza, como características intrínsecas del desarrollo de la intersubjetividad.
 - Sin embargo, estas experiencias son manifestadas solo por profesionales de enfermería que corresponden a la mitad de las participantes tanto de Perú como de México.
2. Sobre el cuidado de enfermería de necesidades básicas al neonato y su familia como ciencia, arte y espíritu
 - El cuidado humanizado de las enfermeras de Perú y de México se manifiesta considerando la belleza, dignidad, la trasmisión de energía a partir del conocimiento o saber, habilidades o hacer y emergencia del ser.

- Estas experiencias del cuidado humanizado, que responden a las necesidades, son realizadas mayoritariamente por enfermeras de Perú y México.
3. La formación académica de especialidad de las enfermeras de Perú y México es alta en relación al conocimiento de la teoría de Watson con los procesos caritas que pocas refieren conocer.
 4. Por lo que se infiere que el cuidado humanizado de enfermería predomina en cubrir las necesidades básicas al neonato como ciencia, arte y espíritu, que desde la intersubjetividad, en Perú y en México.

Recomendaciones

A partir de la discusión de los resultados de la investigación y las conclusiones, se presentan las siguientes propuestas para las enfermeras de Perú y México:

1. Socialización y reforzamiento de la teoría del cuidado humanizado considerando los procesos caritas de Watson
2. Programa de monitoreo relacionado al cuidado humanizado de Watson de enfermería en ambos países
3. Desarrollo de adquisición de habilidades blandas en enfermería
4. Realización de protocolos sobre el cuidado humanizado de enfermería considerando los procesos caritas
5. Coordinación con instituciones formadoras y de especialidad para reforzar el conocimiento y prácticas del cuidado humanizado en enfermería

Referencias

Agreda, R. y Prado, G. (2021). *Percepción del cuidado humanizado de la enfermera y nivel de satisfacción de las madres del neonato hospitalizado. Hospital Belén de Trujillo*,

2020. [Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería con mención en cuidados intensivos - neonatología]. Repositorio Institucional de la Universidad Privada Antenor Orrego. <http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/8504>
- Canales, F. H., Alvarado, E. L. y Pineda, E. B. (2016). *Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- De La Cruz Ruiz, M. A. (2017). *Cuidado humanizado de enfermería según la Teoría de Jean Watson*. Editorial Académica Española.
- Duque Delgado, L., Rincón, E., Encarnación, E. y León Gómez, V. (2020). *Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica*. *Ene*, 14(3), e 14308. Epub 05 de abril de 2021. Recuperado en 08 de junio de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es&tlng=es.
- Freire, P. (2002). *Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa*. Siglo XXI.
- Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME) (2017). *Niveles y tendencias de la mortalidad infantil: Informe 2017*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2017/10/IGME-report-2017.pdf>
- Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M. y De La Cruz-Ruiz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Revista Enfermería Herediana*. 9(2), 127-136.
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J. y Romero, H. (2019). *Metodología de la Investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. Ediciones de la U. https://books.google.com.mx/books?id=KzSjDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- Orlandi (1997): error de captura el año correcto es 2017, entonces queda Orlandi, E. (2017). *Análisis de discurso: principios y procedimientos*. Editorial LOM.
- Pajnikihar, M., Kocbek, P., Musović, K., Yuexiano, T., Kasimovskaya, N., Štiglic, G., Watson, R. y Vrbnjak, D. (2020). Un estudio transcultural internacional sobre las percepciones del cuidado de los estudiantes de enfermería. *Nurse Education Today*, 84.
- Rodríguez, M. (2012). Inserción, poder y estrategias de la enfermera en la gerencia de los servicios de salud pública en Trujillo, Perú. *Revista ciencia y tecnología*, 8(22), 291–309. <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/208>
- Secretaría de Salud [SSA] (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compilrgsmis.html>
- UNICEF (2019). ¿Porque hay bebés que nacen con bajo peso? Publicaciones UNICEF.

- <https://www.unicef.es/noticia/1-de-cada-7-bebes-en-todo-el-mundo-nacen-con-bajo-peso>
- Valderrama, ML., Leal, PC. y Caicedo, LD. (2023). Factores de cuidado, experiencia a la luz de la teoría de Jean Watson. *Revista ciencia y cuidado. Scientific Journal of Nursing*, 20(2), 76-86.
- Watson, J. (1979). *Enfermería: filosofía y ciencia del cuidado*. Little Brown.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 129–135. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>
- Watson, J. (2018). *Ciencia del cuidado unitario: la filosofía y la praxis de la enfermería*. University Press of Colorado.
- World Health Organization [OMS]. (2025). *Global Targets 2025: To improve maternal, infant and young child nutrition* <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/global-targets-2025>

9. Determinantes sociodemográficos del conocimiento acerca de lactancia materna en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal



IMELDA SOCORRO HERNÁNDEZ NAVA*

MARIBEL SEPÚLVEDA COVARRUBIAS**

MARTHA LETICIA SÁNCHEZ CASTILLO***

LUCIO DÍAZ GONZÁLEZ****

NELISSA RODRÍGUEZ DORANTES*****

JESÚS ALCOCER-CARRANZA*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.09>

Resumen

La lactancia materna (LM) es un componente esencial para garantizar la supervivencia y promover el desarrollo saludable de los niños, por lo cual el conocimiento de los beneficios y práctica correcta es fundamental desde el embarazo. Existen factores sociodemográficos que determinan el conocimiento acerca de la LM. El objetivo es evaluar el efecto de factores sociodemográficos sobre el nivel de conocimiento acerca de la LM de mujeres embarazadas. El método es un estudio descriptivo predictivo de corte trasversal en 75 mujeres gestantes que contestaron un cuestionario de 26 preguntas de conocimiento acerca de LM, y una cédula de datos personales, se

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367> ; correo electrónico: imeldashllv113@gmail.com

** Doctora en Bioética. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3764-5219>

*** Doctoranda en Sexualidad Humana. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2744-1493>

**** Doctor en Ciencias Matemáticas. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3380-5086>

***** Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2345-8906>

***** Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor de asignatura A en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4538-5931>

entregó consentimiento informado, los datos fueron procesados en el SPSS versión 27, se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El 82.7% de las embarazadas tenía suficiente conocimiento acerca de LM. La edad, el estado civil, la escolaridad, el trabajo y la seguridad médica no se asociaron con el conocimiento ($p > .05$), pero sí la planeación del embarazo ($p < .05$). La edad es un predictor significativo de conocimiento suficiente acerca de LM; por otro lado, no trabajar y no haber tenido una planeación del embarazo disminuyen la probabilidad de tener conocimiento adecuado. La planeación del embarazo puede considerarse como una variable prenatal que se asocia con este conocimiento, se debe seguir realizando intervenciones de enfermería para promover la LM y este conocimiento aumente o se mantenga.

Palabras clave: *conocimiento, lactancia materna, mujeres embarazadas, factores sociodemográficos.*

Introducción

La lactancia materna (LM) es un componente esencial para garantizar la supervivencia y promover el desarrollo saludable de los niños. La leche materna es un alimento seguro y se considera como el mejor factor de nutrición durante la infancia, al ser un alimento natural, nutritivo y sostenible para los bebés (Global Breast feeding Collective, 2023). La evidencia científica ha documentado el doble beneficio de practicar la LM, tanto para el bienestar del bebé como el de la madre (ss, 2023). En el hijo refuerza el sistema inmunitario por lo que previene infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias, lo cual se refleja en una disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal e infantil, además, estimula el adecuado desarrollo cognoscitivo y disminuye la probabilidad de vivir con sobrepeso y obesidad en futuras etapas, reduciendo así el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles a edades tempranas (Murphy et al., 2023; Nasir, 2024).

Respecto a los beneficios hacia las mujeres que amamantan, se encuentra un menor riesgo de hemorragia materna y cáncer de mama/ovario, así como aminora el riesgo de diabetes tipo 2, aumenta el espacio intergenésico (ss, 2023). Algunas otras ventajas de la LM son la mejora del vínculo

madre-hijo, cuidado al medioambiente y ahorros económicos importantes (OMS y UNICEF, 2023). Estos beneficios se hacen presentes en medida de la disposición de ofrecer la LM inicial (primeros 30-60 minutos de vida), exclusiva (primeros seis meses de vida) y continuada (complementaria hasta los dos años) según las condiciones de salud de la madre y/o el hijo. Por ello, los primeros 1 000 días de vida: 270 días desde la concepción hasta el nacimiento, más 365 días correspondientes al primer año y 365 días adicionales del segundo año de vida (Bonvecchio-Arenas et al., 2024), se vuelven un tiempo clave para que durante el embarazo se promocióne la LM, y después del nacimiento hasta los dos años se practique exitosamente para prevenir la mal nutrición en los niños y potencializar los beneficios ya mencionados.

A pesar de estar bien documentados los amplios beneficios de la leche materna, la práctica de la LM está por debajo de lo esperado, por ejemplo, a nivel global el 48% de los niños menores de medio año son alimentados con leche materna exclusiva, se espera que esta cifra aumente al 50% para el 2025 y llegue al 70% en el 2030, según el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna (Global Breastfeeding Collective, 2023 2023). En la región de América Latina y el Caribe la prevalencia de LM exclusiva es de 38%, mientras que en México es de 34.2% y la LM continuada es de 42.7%. Sin embargo, se proyecta que para el 2030 en el país se alcanzará un 42.5% de LM exclusiva, quedando a 27.5% para lograr la meta mundial (González-Castell et al., 2024).

Aunado a lo anterior, se identifican algunas barreras sociopolíticas y personales que limitan o aminoran esta estrategia. En las barreras sociopolíticas destacan las creencias culturales; la falta de tiempo y habilidades para la consejería promocional de LM por los profesionales de salud en el ámbito hospitalario y comunitario; insuficiente cumplimiento con los marcos regulatorios para la protección de la LM (Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna [CICSLM]); escasas políticas de apoyo a la lactancia en el trabajo y empleos que no otorgan licencia de maternidad. En las barreras personales se encuentra la inexperiencia de las madres para amamantar, falta de confianza, percepción de producción insuficiente de leche y conocimiento deficiente sobre LM (López-Sáleme et al., 2019; Martín-Ramos et al., 2023).

Probablemente esta última barrera (conocimiento deficiente sobre LM) es uno de los determinantes más importantes de la misma, en este sentido, se ha documentado que las embarazadas que reciben algún tipo de consejería sobre LM aumentan su conocimiento respecto al tema, lo que se refleja en prevalencias más altas de LM, es decir, que el conocimiento según el nivel fluctúa como barrera o facilitador hacia la LM (Hernández et al., 2023; Wu et al., 2023). El conocimiento acerca de la LM en el embarazo es toda la información que conoce la mujer gestante, que predispone de manera favorable hacia la práctica de LM, esta información engloba propiedades de la leche materna, beneficios, posiciones correctas para amamantar, agarre efectivo al pecho, reconocimiento de saciedad en el hijo, valoración de excretas del niño y cuidados del pezón (Benancio, 2022; Hernández-Pérez et al., 2021).

Conviene mencionar que algunos factores sociodemográficos influyen en el conocimiento de la LM, como la edad, el estado civil, la escolaridad, la situación laboral, el acceso a los servicios de salud y la planeación del embarazo, entre otros (Lynn y Chuemchit, 2024). Estos factores inciden de manera positiva o negativa en el conocimiento sobre LM, lo cual puede predisponer a la intención de amamantar en el futuro o decidir no hacerlo (Barrios y Della, 2023). Sin embargo, algunos autores concuerdan que algunos factores sociodemográficos no ejercen influencia directa sobre el conocimiento de LM en la mujer embarazada (Paredes-Juárez et al., 2018; Ramírez et al., 2024). Existen discrepancias en la literatura que describe el efecto de las características sociodemográficas sobre el conocimiento de LM y la bibliografía que argumenta lo contrario, el estudio de estos factores sigue abierto a investigarse, por lo cual el presente trabajo es una oportunidad para ampliar la información en el tema.

La evaluación del conocimiento acerca de la LM permite identificar las necesidades de consejería de acuerdo con las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. El profesional de enfermería es un agente clave para promover la LM, a través de su accionar se pueden reforzar y mejorar los conocimientos acerca de esta práctica, es decir, otorgar información en momentos oportunos como lo son las consultas prenatales y en las consultas del niño/a sano.

Por lo ya descrito, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto de factores sociodemográficos sobre el nivel de conocimiento acerca

de la LM de mujeres embarazadas que recibían atención prenatal en una Unidad de Salud Pública en Chilpancingo, Guerrero, México.

Método

Se trata de un estudio descriptivo predictivo de corte trasversal (Polit y Beck, 2021). La población de estudio se conformó de mujeres embarazadas que acudían a control prenatal en una Unidad de Salud Pública de primer nivel en Chilpancingo, Guerrero. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia de visitas subsecuentes a la unidad de salud. La muestra final se integró de $n = 75$ participantes. Se incluyeron embarazadas que acudían a control prenatal en la Unidad seleccionada, que estuvieron de acuerdo en participar y firmaran un consentimiento informado.

Instrumento de medición

Se aplicó un instrumento y una cédula de datos sociodemográficos en formato de lápiz y papel. El instrumento se denomina Cuestionario de conocimiento acerca de la lactancia materna (Linares y Gómez, 2018). Este se compone de 26 preguntas con opción de respuesta dicotómica, sí (1) y no (0), contiene ítems invertidos para evitar respuestas por inercia. Algunos ejemplos de preguntas son ¿la leche de fórmula tiene la misma característica que la leche materna?, ¿debe dejar de amamantar a su bebé cuando le salgan los primeros dientes? El puntaje mínimo es de 0 y el máximo, de 26 puntos, con dos puntos de corte que permiten clasificar el conocimiento en insuficiente (0-21 puntos) y suficiente (22-26 puntos). En este estudio el instrumento reportó un coeficiente $KR20 = .62$.

En la cédula de datos se indagaron características sociodemográficas para perfilar la muestra, se preguntó la edad, el estado civil, escolaridad, situación laboral, seguridad médica y planeación del embarazo.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó autorización de la Unidad de Salud Pública de primer nivel seleccionada, una vez obtenido el permiso, se pidió el censo de maternidad del centro para revisar la población de embarazadas que acudían a recibir atención. Se hicieron visitas subsecuentes a la Unidad para invitar a participar a las mujeres embarazadas programadas a cita de control, explicándoles en qué consistía la investigación; a quien deseaba participar se le entregaba un consentimiento informado el cual debía firmar, seguidamente se le otorgó un sobre sellado el cual contenía el instrumento de medición y la cédula de datos personales, se le explicó la forma de llenado y se le reiteró el compromiso de los investigadores para aclarar cualquier duda, así como la confidencialidad de los datos. Una vez concluida la contestación, la participante guardaba las hojas en el sobre y lo depositaba en un contenedor donde había más sobres del mismo color, y se agradeció su colaboración.

Consideraciones éticas

La presente investigación se ajustó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (ss, 2014), de los aspectos éticos para la investigación en seres humanos, por lo que se les solicitó a las participantes el consentimiento informado; adicionalmente, se les reiteró que tenían libertad de optar en colaborar en el estudio o decidir no hacerlo sin que su decisión generara beneficios o repercusiones en la atención que recibían.

Análisis de datos

Los datos fueron procesados en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27; la consistencia interna del instrumento se reportó por el coeficiente Kuder-Richardson 20 ($KR20$); para conocer la distribución de las variables continuas se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, en el cual no se encontró distribución normal ($p < .05$);

se utilizó estadística descriptiva, estadística no paramétrica (Tau-b y Tau-c de Kendall) y estimación puntual con intervalo de confianza al 95%, el objetivo del estudio se respondió mediante un modelo de regresión logística con eliminación regresiva Backward (hacia atrás).

Resultados

A continuación, se presentan los hallazgos del estudio que consideró a 75 mujeres embarazadas que acudían a control prenatal en una Unidad de Salud Pública de primer nivel de atención en la ciudad de Chilpancingo, Guerrero, México.

La mayoría de las participantes tenía entre 23 y 27 años (40%), el 73.3% refirió estar casada; respecto a la escolaridad, el 66.7% estudió preparatoria (medio superior); en gran parte indicaron no trabajar (72%) y no tener seguro médico (76%); el 52% señaló que su embarazo no fue planeado. Referente al conocimiento acerca de LM, el grupo de 23 a 27 años fue predominante en el conocimiento insuficiente y suficiente, 8% y 32%, respectivamente. El 9.3% de las mujeres embarazadas que tuvieron conocimiento insuficiente eran solteras, y las que se ubicaron en suficiente conocimiento eran casadas. Tanto el conocimiento insuficiente y suficiente fue predominante en mujeres de educación medio superior (9.3% vs. 57.3%), el 64% de las participantes que no trabajaban tuvieron suficiente conocimiento, a diferencia del 9.3% trabajaba y tenía insuficiente conocimiento. El 62.7% de quienes no tenían seguro médico se clasificaron en conocimiento suficiente.

Estas diferencias por grupos de edad, estado civil, escolaridad, trabajo y seguro médico no fueron estadísticamente significativas para asociarse al conocimiento ($p > .05$). El 13.3% de las mujeres que habían planificado su embarazo tuvieron conocimiento insuficiente y el 48% de quienes no habían planeado embarazarse tenían suficiente conocimiento; se encontró débil asociación negativa ($b = -.265$, $p < .05$) entre la planeación del embarazo y el conocimiento acerca de LM. Esta información puede consultarse en la tabla 1.

Tabla 1. *Determinantes sociodemográficos de mujeres embarazadas y conocimiento acerca de la lactancia materna*

Variables <i>n</i> = 75	Categorías	Conocimiento acerca de LM				Estadísticos	
		Insuficiente		Suficiente		Asociación	<i>p</i>
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Grupos de edad	18-22 años	4	5.3	14	18.7	c	
	23-27 años	6	8.0	24	32.0	.128	.133
	28-31 años	3	4.0	10	13.3		
	32-35 años	0	0.0	14	18.7		
Estado civil	Soltera	7	9.3	8	10.7	c	
	Casada	2	2.7	53	70.7	.085	.524
	Separada	4	5.3	1	1.3		
Escolaridad	Medio superior	7	9.3	43	57.3	b	
	Superior	6	8.0	19	25.3	-.125	.312
Trabajo	No	6	8.0	48	64.0	b	
	Sí	7	9.3	14	18.7	-.264	.052
Seguro médico	No	10	13.3	47	62.7	b	
	Sí	3	4.0	15	20.0	.010	.931
Planeación del embarazo	No	3	4.0	36	48.0	b	
	Sí	10	13.3	26	34.7	-.265	.020

Nota: *n* = total de la muestra, *f* = frecuencia, % = porcentaje, *b* = Tau-b de Kendall, *c* = Tau-c de Kendall, *p* = significancia alcanzada.

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con la tabla 2, el 82.7% de las embarazadas tenía suficiente conocimiento acerca de la lactancia materna (IC 95% 73, 91).

Tabla 2. *Conocimiento acerca de la lactancia materna en embarazadas*

Conocimiento <i>n</i> = 75	<i>f</i>	%	IC 95%	
			LI	LS
Insuficiente	13	17.3	08	26
Suficiente	62	82.7	73	91

Nota: *n* = total de la muestra, *f* = frecuencia, % = porcentaje, IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior.

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se presenta el modelo de regresión logística de las variables sociodemográficas sobre el conocimiento acerca de LM, el modelo fue significativo ($\chi^2 = 18.033$, $p < .01$) al explicar un 35.5% de varianza. Posterior al ajuste del modelo con el método Backward (hacia atrás), se encontró en el paso 4 que la edad ($B = 1.01$, $OR = 2.7$, $p < .05$) es un predictor significativo de conocimiento suficiente acerca de LM; por otro lado, no trabajar ($B = -2.32$, $OR = .09$, $p < .01$) y no haber tenido una planeación del embarazo ($B = -2.02$, $OR = .13$, $p < .05$) disminuyen la probabilidad de conocimiento adecuado. En su conjunto el modelo fue significativo ($\chi^2 = 16.779$, $p < .01$), con una varianza explicada del 33.3%.

Tabla 3. *Modelo de regresión logística para el conocimiento acerca de la lactancia materna*

Variable	Modelo inicial						IC 95 % para OR	
	B	EE	W	gl	p	OR	LI	LS
(Constante)	4.957	3.609	1.887	1	.170	142.207		
Edad	1.251	.538	5.419	1	.020	3.495	1.219	10.023
Estado civil	-.212	.369	.331	1	.565	.809	.392	1.668
Escolaridad	-.864	.907	.908	1	.341	.422	.071	2.492
Trabajo	-2.031	.889	5.218	1	.022	.131	.023	.750
Seguridad medica	.209	1.043	.040	1	.841	1.233	.160	9.519
Planeación del embarazo	-1.746	.894	3.814		.051	.175	.030	1.006
$\chi^2 = 18.033$, $R^2 = 35.5\%$, $p = .006$								
Modelo final (Backward)								
(Constante)	1.565	.967	2.622	1	.105	4.783		
Edad	1.019	.464	4.826	1	.028	2.770	1.116	6.873
Trabajo	-2.328	.839	7.709	1	.005	.097	.019	.504
Planeación del embarazo	-2.023	.838	5.824	1	.016	.132	.026	.684
$\chi^2 = 16.779$, $R^2 = 33.3\%$, $p < .001$								

Nota: B = coeficiente de regresión, EE = error estándar, W = Wald, gl = grados de libertad, OR = razón de probabilidad, p = significancia alcanzada, IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior, χ^2 = Chi cuadrada, R^2 = coeficiente de determinación.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

En este estudio se evaluó el efecto determinante de factores sociodemográficos sobre el nivel de conocimiento acerca de la LM de 75 mujeres embarazadas que recibían atención prenatal en una Unidad de Salud Pública en Chilpancingo, Guerrero, México.

Respecto a las características sociodemográficas conviene mencionar que en México no existe un reporte oficial de embarazo en cifras, sin embargo, se cuenta con indicadores de nacimiento, al considerar que las mujeres embarazadas llegaran al término de su proceso de gestación a los 9 meses, la descripción comparativa va en ese sentido. En este estudio la mayoría de las participantes tenía entre 23 y 27 años, esto concuerda con los reportes del rango de edad prevalente en madres mexicanas, ya que poco más de la mitad de los nacimientos en el 2022 ocurrió en mujeres de 20 y 29 años (INEGI, 2023). Cerca de 3 cuartas partes de las encuestadas refirió estar casada, esto difiere con los datos del estado conyugal de las madres a nivel nacional, donde se ha declarado con mayor frecuencia la unión libre, seguidas de quienes indicaron ser casadas (INEGI, 2023); una posible explicación es el proceso lógico de la cultura mexicana de vivir con la pareja para después casarse y entre ambas decisiones está la de concebir hijos, incluso hay un aumento de las parejas que optan por la unión libre (Pérez, 2021).

El nivel escolar más reportado fue la preparatoria, lo cual es superior a la escolaridad de las madres a nivel nacional que en mayor medida estudian secundaria (INEGI, 2023); una explicación es que en el presente estudio no se incluyó a menores de edad. Más de la mitad de las embarazadas indicaron no trabajar, esto es similar a lo reportado a nivel nacional (INEGI, 2023), esto se explica porque a pesar de que el estado de gravidez no es un impedimento para trabajar, en la mayoría de los casos las mujeres optan por vivir su proceso de embarazo apartadas del trabajo para evitar discriminación laboral (Aular, 2022).

En gran parte las participantes refirieron no tener seguridad médica, esto pudiera entenderse porque la mayoría de las personas asocian la seguridad médica con el sector privado, lo cual pudiera sesgar las respuestas. Más de la mitad de las mujeres indicó que su embarazo no fue planeado,

esto concuerda con el estudio de Barrios y Della (2023); lo anterior pudiera explicarse porque casi la mitad de todos los embarazos no son intencionales (UNFPA, 2023).

En este estudio la mayoría de las embarazadas (82.7%) tuvo conocimiento suficiente acerca de LM, lo cual concuerda con estudios realizados a nivel nacional: Guanajuato (Villagómez et al., 2021), Estado de México (Ramírez et al., 2024), Michoacán (Paredes-Juárez et al., 2018), y a nivel internacional: Brasil (Amaral et al., 2021), Ecuador (Olivera-Cardozo et al., 2018), Tailandia (Lynn y Chuemchit, 2024), pero este resultado difiere con estudios de Etiopía (Chekol et al., 2022), España (Suárez-Cotelo et al., 2019) y Argentina (Barrios y Della, 2023), donde se reporta que las embarazadas tienen inadecuado, regular o conocimiento no óptimo acerca de LM. Esto puede deberse a que cada país adopta políticas específicas para promover la LM, a pesar que la UNICEF y la OMS buscan estandarizar las estrategias de actuación en cuanto a la promoción de esta práctica, quedan brechas que cerrar (UNICEF y OMS, 2024).

No se encontró asociación entre la edad, el estado civil, la escolaridad, el trabajo y seguridad médica con el conocimiento acerca de LM, esto concuerda con lo encontrado por Paredes-Juárez et al. (2018) y Ramírez et al. (2024), pero difiere con los hallazgos reportados por Barrios y Della (2023), Olivera-Cardozo et al. (2018) y Suárez-Cotelo et al. (2019), quienes reportan asociación significativa entre algunos factores sociodemográficos y el conocimiento acerca de LM. Una posible explicación a esto puede ser por los diferentes contextos sociales donde se desarrollan estos estudios (López-Sárame et al., 2019). Se evidenció una débil, pero significativa, asociación entre la planeación del embarazo y el conocimiento acerca de LM, lo anterior se debe a que tener un embarazo planeado genera una disposición natural por conocer el rol de futura madre, el cual incluye la práctica de LM; entonces si el embarazo es deseado aumenta la motivación por conocer los beneficios de la leche materna, posiciones, recomendaciones para lactar, e incrementa la intención de amamantar (Ibrahim et al., 2023). La planeación del embarazo puede considerarse como una variable prenatal que se asocia con el conocimiento acerca de LM.

En el presente estudio la edad resultó ser un factor significativo que aumenta la probabilidad de tener suficiente conocimiento acerca de LM, este

hallazgo concuerda con lo reportado por otros investigadores (Chekol et al., 2022; Lynn y Chuemchit, 2024). Por otro lado, la situación laboral de no trabajar y la no planificación del embarazo se mostraron como factores que disminuyen la probabilidad de conocer lo suficiente acerca de LM, lo cual difiere con Lynn y Chuemchit (2024), quienes encontraron que estar desempleada funge como un factor favorable. Respecto a la no planificación del embarazo pudiera deberse a que un embarazo planeado, como se mencionó antes, se asocia a una disposición por conocer y hacer de la LM, cuando esta variable es inversa se esperan resultados contrarios.

Conclusiones

La mayoría de las participantes tenían conocimiento suficiente acerca de la LM, la planeación del embarazo puede considerarse como una variable prenatal que se asocia con este conocimiento. La edad es un factor sociodemográfico que determina el conocimiento acerca de lactancia materna en mujeres embarazadas; mientras que la situación no laboral y la no planeación del embarazo disminuyen la probabilidad de tener adecuado conocimiento sobre la práctica de LM. Los resultados de este estudio visibilizan el trabajo de enfermería en las Unidades de Primer Nivel de Atención; como pudo evidenciarse, se están logrando los objetivos de que las usuarias gestantes conozcan la importancia de practicar la LM en el futuro rol de madres. Se sugiere realizar estudios longitudinales que evalúen el conocimiento acerca de LM en el posparto y a través del tiempo, para valorar si este conocimiento se mantiene o aumenta, además, para comprobar si lo que las mujeres embarazadas saben sobre la LM en edad prenatal lo ponen en práctica una vez que son madres.

Referencias

Amaral, D. S., Chaves, A. F. L., Lima, A. C. M. A., Sousa, L. B., Santos, B. K. O., Cavalcante, D. R. y Costa, C. C. (2021). El conocimiento de las mujeres embarazadas residentes

- en comunidades rurales sobre la lactancia materna. *Enferm Foco*, 12(6), 1125-1131. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4774/1286>
- Aular Galindo, M. J. (2022). Discriminación laboral por embarazo: Un análisis de percepciones. *Revista Científica Teorías, Enfoques y Aplicaciones en las Ciencias Sociales*, 15(31), 11-19. <https://revistas.uclave.org/index.php/teacs/article/view/4334/2767>
- Barrios, J. y Della, F. F. (2023). Nivel de conocimiento sobre lactancia materna y su relación con factores sociodemográficos en gestantes adolescentes que asisten a consulta prenatal, de la ciudad de San Salvador de Jujuy. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 1(15), 41-49. <https://portalderevistas.unsa.edu.ar/index.php/RCSA/article/view/4085>
- Benancio M. (2022). Actitudes y conocimientos hacia la lactancia materna. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 4(1). <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.1.366>
- Bonvecchio-Arenas, A., Lozada-Tequeanes, A. L., Kim-Herrera, E., Pacheco-Miranda, S., Unar-Munguía, M., Rivera-Dommarco, J., Brero, M., Sachse, M. y López González, A. (2024). Atención a la salud y nutrición durante los primeros mil días. *Salud Pública de México*, 66(4), 359-367. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15854/12566>
- Chekol Abebe, E, Ayalew Tiruneh, G., Asmare Adela, G., Mengie Ayele, T., Tilahun Muche, Z., Behaile T/Mariam, A., Tilahun Mulu, A. y Asmamaw Dejenie T. (2022). Levels and determinants of prenatal breastfeeding knowledge, attitude, and intention among pregnant women: A cross-sectional study in northwest Ethiopia. *Frontiers in Public Health*, (10). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9334898/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNESCO] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). *En la Semana Mundial de la Lactancia Materna, UNICEF y la OMS reclaman un acceso equitativo al apoyo a esta práctica*. UNICEF. <https://acortar.link/9w3Kzu>
- Fondo de población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2023). *Visibilizar lo invisible. La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales*. UNFPA. <https://www.unfpa.org/es/swp2022>
- Global Breastfeeding Collective. (2023). *Global Breastfeeding Scorecard 203. Rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support*. UNICEF OMS. <https://www.unicef.org/media/150586/file/Global%20breastfeeding%20scorecard%202023.pdf>
- González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Bonvecchio-Arenas, A., Rivera-Pasquel, M., Lozada-Tequeanes, A. L., Ramírez-Silva, C. I., Álvarez-Peña, I. J., Cobo-Armijo, F. y Rivera-Dommarco, J. A. (2024). Lactancia materna. *Salud Pública de México*, 66(4), 500-510. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15898/12575>
- Hernández Magdariaga A., Hierrezuelo Rojas, N., González Brizuela, C. M., Gómez Soler, U. y Fernández Arias, L. (2023). Knowledge level of parents on exclusive breast feeding. *MEDISAN*, 27(2). <https://www.redalyc.org/journal/3684/368475187001/html/>
- Hernández-Pérez, J. A., Hernández-Hernández, M. A. y Ramírez-Trujillo, M. A. (2021).

- Conocimiento y actitudes sobre los beneficios de la lactancia materna en universitarios. *Ciencia UAT*, 16(1), 42-61. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v16i1.1536>
- Ibrahim, H. A., Alshahrani, M. A., Al-Thubaity, D. D., Sayed, S. H., Almedhesh, S. A. y Elgazar, W. T. (2023). Associated Factors of Exclusive Breastfeeding Intention among Pregnant Women in Najran, Saudi Arabia. *Nutrients*, 15(13). 3051. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10346557/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2023). *Comunicado de Prensa Num. 553/23. Estadística de Nacimientos Registrados (ENR) 2022*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/NR/NR2022.pdf>
- Linares, A. M. y Gómez, M. L. (2018). Determinants of exclusive breastfeeding in a sample of latino immigrant women in the US. *J. health med. Sci.*, 4(1), 35-43. <https://acortar.link/SY4mxr>
- López-Sáleme, R., Covilla-Pedrozo, M. K., Morelo-Castro, N. I. y Morelos-Gaviria, L. P. (2019). Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en San Basilio de Palenque. *Duazary*, 16(2), 293-306. <https://acortar.link/YzWGFY>
- Lynn Z. y Chuemchit, M. (2024). Determinants of prenatal breastfeeding knowledge, attitudes and self-efficacy among Burmese migrant pregnant mothers in Samut Sakhon Province, Thailand: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 14. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/14/7/e084609.full.pdf>
- Martín-Ramos, S., Domínguez-Aurrecoechea, B., García Vera, C., Lorente García Mauriño, A. M., Sánchez Alameida, E. y Solís-Sánchez, G. (2023). Lactancia materna en España y factores relacionados con su instauración y mantenimiento: estudio LayDI (PAPen-Red). *Atención Primaria*, 56(1). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10520303/>
- Murphy, S., Carter, L., Al Shizawi, T., Queally, M., Brennan, S. y O'Neill, S. (2023). Exploring the relationship between breastfeeding and the incidence of infant illnesses in Ireland: evidence from a nationally representative prospective cohort study. *BMC Public Health*, 23(140). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15045-8>
- Nasir, M. (2024). The benefits of exclusive breastfeeding: a comprehensive literature review. *I-manager's Journal on Nursing*, 13(4). <https://acortar.link/qBTGmo>
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-ssa2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 7 de abril de 2016. Secretaría de Gobernación. <https://acortar.link/2umlWL>
- Olivera-Cardozo, M., Pérez-Ortíz, V., Piñón-Gámez, A., Naranjo-Rodríguez, C., Montilla, J. M. y Reyna-Villasmil, E. (2018). Grado de conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas primigestas. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 27(1), 13-17. <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/126/155>
- Paredes-Juárez, E., Trujillo-Orozco, L. A., Chávez-Fernández, M. A., Romero-Anguiano, A., León-Sánchez, D. y Muñoz-Cortés, G. (2018). Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(4), 239-247. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184c.pdf>
- Pérez, A. J. (2021). Perfiles de la unión libre en las entidades federativas de México.

- Coyuntura Demográfica*, (20). 45-56. <https://coyunturademografica.somede.org/wp-content/uploads/2021/12/04-Perez-Amador-CD20.pdf>
- Polit, D. P. y Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer.
- Ramírez Benavides, K. M., Delgado Chagolla, J. A., Pérez Jaimes, A. K. y Estrada Reyes, C. U. (2024). Conocimiento de la lactancia materna y su relación con factores sociodemográficos en el embarazo. Enero- Abril 2023. *Desarrollo Sustentable, Negocios, Emprendimiento y Educación*, 6(55), 65-79. <https://doi.org/10.51896/rilcods.v6i55.525>
- Secretaría de Salud [SS]. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Secretaría de Salud. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Secretaría de Salud [SS]. (2023). *Lactancia materna cubre necesidades nutricionales de infantes y reduce riesgos de salud en la madre*. Gobierno de México. <https://acortar.link/5zqPD6>
- Suárez-Cotelo, M. C., Movilla-Fernández, M. J., Pita-García, P., Fernández Arias, B. y Novío, S. (2019). Conocimientos sobre lactancia materna y relación con la prevalencia. *Revista da Escola de Enfermagem. USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018004503433>
- Villagómez Baeza, O. A., Cardoso Ramírez, D., Flores Ramírez, S. T., Molina Ledezma T. M., Guzman Ortiz, E. y Álvarez Aguirre, A. (2021). Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en mujeres embarazadas. *Jóvenes en la Ciencia. Revista de Divulgación Científica*, 11. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3260/2760>
- Wu, Y., Liu, W., y Liu, X., Li, Y., Wang, Y., Chu, Y., Pi, Q., Zhao, X., Lu, J. y Wang, A. (2023). Breastfeeding competency and its influencing factors among pregnant women in third trimester pregnancy: a cross-sectional study. *Scientific Reports*, 13. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-2>

10. Conocimiento sobre lactancia materna en madres de lactantes *versus* técnicas de amamantamiento hospital Valentín Gómez Farías



TANIA DE LA CARIDAD GARCÍA CASTELLANOS*

MAYTE RAMÓN NAVA**

DEYRA LÓPEZ EVANGELISTA***

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.10>

Resumen

El objetivo de este estudio es demostrar relación existente entre el nivel de conocimiento de las madres en cuanto lactancia materna y la calidad de la técnica brindada por madres de los niños menores de 6 meses que visitan la clínica de lactancia del Hospital General Valentín Gómez Farías. Este es un estudio de tipo cuantitativo, transversal, no experimental, observacional, descriptivo y correlacional; el cual busca demostrar si el nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 meses en cuanto a lactancia materna determina la calidad de las técnicas de amamantamiento aplicadas por ellas. En cuanto a la valoración del nivel de conocimiento se obtuvo que la mayoría de las madres encuestadas conocían los beneficios de la lactancia materna para el bebé, pero pocas los reconocieron para la madre que amamanta. Al explorar la guía de observación, se encontró que la mayoría de las madres realizaban una técnica de amamantamiento correcta. El nivel de conocimiento sobre lactancia materna en las madres no define la calidad de la técnica de amamantamiento.

* Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesora titular de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9732-7442> ; correo electrónico: tania.c.garcia@uiem.edu.mx

** Licenciada en Enfermería adscrita a la Universidad Intercultural del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6014-4687>

*** Maestra en Gestión Educativa. Docente de la Universidad Intercultural del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9337-966X>

Palabras clave: *lactancia materna, exclusiva, lactantes, madres, conocimiento, técnicas de amamantamiento, leche materna.*

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ya que ofrece los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado, así como protección contra enfermedades.

La leche materna debe garantizar la adecuada nutrición del lactante como continuación de la nutrición intrauterina, tanto el estado nutritivo materno como su alimentación pueden influir en la composición de la leche y, por lo tanto, en el aporte de nutrientes al lactante.

Los lactantes que no reciben nada de leche materna tienen siete veces más posibilidades de morir a causa de infecciones que aquellos que recibieron, por lo menos, algo de leche materna durante sus seis primeros meses de vida.

La OMS define como una lactancia exitosa aquella que además de ser exclusiva en los primeros seis meses, inicia en la primera hora de vida del recién nacido, que es “a libre demanda”, esto significa que se da conforme el bebé la solicita, que sea de día o de noche, y que en la medida de lo posible se ofrece directamente del pecho. A nivel mundial, únicamente el 38% de los bebés son alimentados de forma exclusiva con leche materna y se espera que para 2025 se llegue a 50%.

Material y métodos

Se trabajó con un universo conformado por todas las madres de niños menores de 6 meses que acudieron a la clínica de lactancia del Hospital General Ixtlahuaca Valentín Gómez Farías, en el mes de marzo del 2024. Se realizó un método de selección de muestra no probabilístico por conveniencia, utilizando una muestra representativa con las mujeres que acudan en el horario de la mañana. Se empleó un tipo de estudio cuantitativo, transversal, no experimental, observacional, descriptivo y correlacional. Se elaboró un

instrumento y una guía de observación, la cual fue evaluada por 15 expertos que se seleccionaron respetando los criterios impuestos por las autoras:

1. 3 años mínimo de experiencia como enfermera profesional realizando labor de promoción de lactancia materna.
2. Laborar en primer o segundo nivel de atención.

Resultados

Con el objetivo de valorar el nivel de conocimiento de las madres en cuanto a la lactancia materna, así como la calidad de la aplicación de la técnica de amamantamiento, se aplicó el cuestionario de valoración de conocimiento y guía de observación a las mujeres que acudieron a la clínica de lactancia materna del Hospital General Ixtlahuaca con un resultado de 20 mujeres.

Tabla 1. *Nivel de conocimiento de las madres en cuanto a la lactancia materna*

Ítems	Respuestas seleccionadas				Resultados en porcentaje
	A	B	C	D	
1. Seleccione los beneficios para el recién nacido al ser amamantado.	16	4	0	NA	80% de las mujeres seleccionaron la opción A y 20%, la opción B.
2. Seleccione los beneficios para la madre que amamanta.	11	6	3	NA	55% de las mujeres seleccionaron la opción A, 30% la opción B, mientras que el 15% la opción C.
3. Seleccione los beneficios para la familia al llevar a cabo la lactancia materna.	15	3	2	NA	75% de mujeres seleccionaron la opción A, 15% la opción B, 10% la opción C.
4. ¿Cree usted que para una exitosa lactancia sea necesaria un pezón grande y prominente?	12	8	0	NA	60% de mujeres seleccionaron la opción A, 40% seleccionaron la opción B.
5. ¿Cómo deben estar los senos de la madre después de cada amamantamiento?	7	13	0	NA	35% de mujeres seleccionaron la opción A, 65%, la opción B.
6. ¿Cuánto debería durar el amamantamiento de cada seno?	13	4	3	NA	65% de mujeres seleccionaron la opción A, 20% seleccionaron la opción B y el 15%, la opción C.
7. ¿Qué ocurre con los senos si se vacían en las tomas de amamantamiento?	0	9	13	NA	25% de las mujeres seleccionaron la opción B y el 75% seleccionó la opción C.
8. ¿Con qué seno debe iniciar a amantar en cada toma?	2	8	10	NA	10% de las mujeres seleccionaron la opción A, el 40% seleccionaron la opción B y el 50% seleccionó la opción C.

9. ¿Qué tipo de pezón tiene?	2	7	0	NA	10% de las mujeres seleccionaron la opción A, el 35% la opción B y el 55% la opción D.
10. ¿Cómo debe asearse los senos?	7	13	0	NA	35% de las mujeres seleccionaron la opción A y el 65% la opción B.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. *Calidad de la aplicación de la técnica de amamantamiento*

Constructo	Respuesta seleccionada por observador.				Resultados	
	Inciso A		Inciso B		A	B
	Si	No	Si	No		
1. Realiza lavado de manos con agua y jabón.	17	3	15	5	85% cumple 15% no cumple	75% cumple 25% no cumple
2. Colocación de la madre que va a amamantar es cómoda.	18	2	15	5	90% cumple 10% no cumple	75% cumple 25% no cumple
3. Toma al recién nacido y lo acomoda en un cojín para lactancia una vez sentada la madre.	18	2	18	2	90% cumple 10% no cumple	90% cumple 10% no cumple
4. Coloca al recién nacido al seno a nivel glandular mamario con los brazos alrededor del seno, sin lesionarlos.	15	5	15	5	75% cumple 25% no cumple	75% cumple 25% no cumple
5. La alineación del recién nacido es correcta.	19	1			95% cumple 5% no cumple	
6. Se estimula la boca del recién nacido hacia el pezón para lograr un buen agarre.	18	2			90% cumple 10% no cumple	
7. Incorporar el pezón a la boca bien abierta del recién nacido.	16	4			80% cumple 20% no cumple	
8. Coloca la mano al seno en posición de "C" con el pulgar en la parte superior de la glándula mamaria arriba de la areola y los cuatro dedos restantes en la cara inferior soporte al seno.	16	4	16	4	80% cumple 20% no cumple	80% cumple 20% no cumple
9. Verificar agarre del recién nacido al seno, labios bien evertidos y succionando pezón y parte de la areola, con mentón pegado a la mama.	18	2	16	4	90% cumple 10% no cumple	80% cumple 20% no cumple
10. Verifica succión del recién nacido observando mejillas infladas, succión rítmica.	14	6			70% cumple 30% no cumple	
11. Escucha deglución de la leche.	12	8	10	10	60% cumple 40% no cumple	50% cumple 50% no cumple
12. Tiempo de amamanto 30 minutos por seno.	16	4	16	4	80% cumple 20% no cumple	80% cumple 20% no cumple
13. Retiro del pezón introduciendo los dedos en la esquina de la boca deslizando suavemente el dedo hacia el lado de la boca, pasando por delante de los labios y entre sus encías mientras presiona ligeramente la piel del seno.	16	4	15	5	80% cumple 20% no cumple	75% cumple 25% no cumple
14. Hacer eructar al bebé.	17	3			85% cumple 15% no cumple	

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Análisis y discusión de los resultados del instrumento aplicado (nivel de conocimiento en cuanto a lactancia materna).

Al explorar el nivel de conocimiento en cuanto a los beneficios para el recién nacido al ser amamantado el 80% de las madres demostraron tener conocimiento sobre los problemas que se previenen con la lactancia materna. En comparación, una investigación realizada por Susanibar y Cecilia (2016) arrojó como resultado que el 64.7% de las madres mostraron un buen nivel de conocimientos sobre la lactancia materna y la dimensión que obtuvo mejores resultados fue el conocimiento sobre las ventajas que ofrece la lactancia materna (93.5%).

En cuanto a los beneficios del apego del bebé a la mama, el 55% identificó cómo ello ayuda a disminuir la posibilidad de mastitis. Al analizar el reconocimiento de las madres al beneficio económico que representa la lactancia, se obtuvo que el 75% reconocieron que con la lactancia materna se ahorra en gastos de sucedáneos y disminuye gastos de atención de salud del bebé. De acuerdo con un estudio realizado por Ledig (2014) en la Universidad Veracruzana del IMSS, unidad de salud núm. 61, llamado factores asociados al apego de la madre adolescente al recién nacido, donde se efectuaron 86 encuestas en madres adolescentes teniendo como resultado que un 88% de las madres adolescentes si mostraron apego seguro.

Con relación a si la madre consideraba que para una exitosa lactancia es necesario un pezón grande y prominente, el 60% de estas madres concuerdan en que sí. Según un artículo realizado por Hassiotou y Geddes (2013) y publicado por la Facultad de Ciencias de la Universidad de Australia Occidental, el tamaño del seno no es un indicador fiable de la capacidad potencial de lactancia.

En análisis sobre cómo deben estar los senos después de cada amamantamiento, 65% de las madres reconocieron que deben ser pechos blandos con piel sana y con los pezones salientes y redondeados. Con relación al conocimiento que tienen sobre qué ocurre con los senos si se vacían en las tomas de amamantamiento, 75% de las madres reconoce que se sienten ligeros, no pesan y no se endurecen. De acuerdo con el Gobierno Vasco

(2017), los pechos deben estar llenos antes de amamantar y blandos después, la madre no debe sentir dolor ni malestar.

Al explorar el conocimiento de las madres en cuanto al tiempo de amamantamiento, 65% de madres reconoce que son 30 minutos por seno. Según la Asociación Española de Pediatría (2000), la lactancia materna debe ser a libre demanda.

Al examinar su conocimiento en cuanto a con qué seno deberían iniciar a amamantar en cada toma, el 50% de las madres respondió que no importa el orden, respondieron mayoritariamente de manera desafortunada; en cuanto al tipo de pezón que tienen, el 55% respondió que tiene el pezón común.

Por último, al analizar sus criterios sobre cómo deben asearse los senos, el 65% de las madres encuestadas acertaron que solo es necesario bañarse diario. Las madres desconocen los beneficios que amamantar tiene para ellas y para la familia; consideran que para una exitosa lactancia es necesario un pezón grande y prominente; desconocen cómo deben estar los senos de la madre después del amamantamiento; cuánto debe durar el amamantamiento de cada seno; qué ocurre con los senos y si se vacían en las tomas de amamantamiento; con qué seno debe iniciar a amamantar en cada toma y cómo debe asear los senos.

En comparación, una investigación realizada por Napa (2020) hizo posible identificar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva que presentan las madres de niños menores de seis meses que acudían durante el mes de agosto en 2018 al hospital Marino Molina del distrito de Comas, donde se obtuvo como resultado que del 100% de las madres que participaron en el estudio, el 60% obtuvo un nivel de conocimiento medio, el 22% un nivel alto y el 17% un nivel bajo.

La investigación de Napa (2020), guarda mucha similitud con las de García (2015), quien también realizó un estudio en madres de niños menores de seis meses y cuyo nivel de conocimiento predominante fue del 51.6% en el nivel medio. La investigación de Núñez (2015), sobre lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de seis meses del centro de salud infantiles-SMP, evidenció que la mayoría, representada por el 63.3%, exhibió un nivel de conocimiento medio. De la misma manera, se citó a Flores (2016), quien en su estudio realizado a madres con niños menores de seis

meses del establecimiento de salud Vallecito de Puno obtuvo que el 50% tiene un conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva. Por su parte, también Garay (2015) encontró en su estudio que la mayoría de las madres que acuden al puesto de salud Llanavilla presentaron un conocimiento correcto en relación con la lactancia materna exclusiva.

Análisis y discusión de resultados de la guía de observación aplicada

Según lo observado en la guía se obtuvo como resultado que el 75% de las madres observadas secan sus manos con sanitas/toallas limpias; el 75% apoya los pies en un banco de altura; 75% coloca al recién nacido a nivel glandular mamario con los brazos libres sin ser lastimados; 70% verifica la succión del recién nacido, observando mejillas infladas y succión rítmica; solo el 60% escucha la deglución de la leche; y 75% saca el aire al término de la toma.

En comparación con un estudio publicado por la *Revista CUIDARTE* (Borre et al., 2014) con respecto a la técnica de amamantamiento, la encuesta arrojó que el 48.9% de las participantes se sienta en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados; el 40% manifestó no tener una posición específica, sino que busca la manera de sentirse cómoda ella y el bebé; y el 11.1% considera que la mejor posición para amamantar a su hijo es estar acostada de lado en la cama.

Dentro del estudio se indagó si la madre sabía qué aspectos debería tener en cuenta previo al amamantamiento, en este sentido, el 50% respondió que el lavado de manos y la preparación del seno; el 40% mencionó el hábito de una buena alimentación; y el 10% dijo que se debía dormir entre 1 y 2 horas diarias para relajarse.

De igual forma, se indagó no solo los conocimientos sobre la posición de la madre en el proceso de amamantamiento, sino que también se les preguntó cuál era la posición correcta del niño a la hora de la lactancia. Los resultados mostraron que el 56.7% utilizan una técnica adecuada, mientras que el otro 43.3% restante utiliza ciertos principios adecuados, pero la técnica en general no es la correcta.

Conclusiones

Cumpliendo con el propósito de la presente investigación donde se pretende demostrar la relación entre el nivel de conocimiento en cuanto a la lactancia materna y la calidad de la técnica de amamantamiento se concluye que en la presente investigación no existe relación entre estas dos variables, puesto que el nivel de conocimiento de las madres en cuanto a la lactancia materna estuvo afectado. El mayor por ciento de las mujeres encuestadas no reconoció adecuadamente el tiempo de amamantamiento necesario para una técnica apropiada; además de no reconocer las características del pezón para garantizar un buen agarre y amamantamiento del bebé.

En cuanto a la realización de la técnica, a partir de la aplicación de una guía de observación se pudo constatar que las madres que amamantan realizan una correcta técnica de amamantamiento.

Conflicto de intereses

No existe ningún conflicto de intereses con ninguna institución o entidad.

Contribución de autoría

Tania de la Caridad García Castellanos: asesoría en cuanto al tema de lactancia materna y dirección de tesis.

Mayte Ramón Nava: idea original, recolección de información y análisis de datos.

Deyra López Evangelista: asesoría en formato de tesis según reglamento de la institución, compilación de bibliografía y búsqueda de información.

Referencias

- Aguayo Maldonado, J. Serrano Aguayo, P. Calero Barbé, C. Martínez Rubio, A. Rello Yubero, C. Monte Vázquez, C. *Lactancia Materna. Aeped.es. 2000*. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/8-lm_andalucia.pdf
- Alanís Rufino, C. M. (2021). Historia de la lactancia materna en México. Revisión del siglo XVI a principios del XX. *Revista Mexicana de Pediatría*, 88(6), 249-53. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2021/sp216g.pdf>
- Asociación Española de Pediatría [AEP]. (2008). *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. Editorial Médica Panamericana; <https://www.medicapanamericana.com/es-MX/libros/manual-de-lactancia-materna-de-la-teoria-a-la-practica>
- Asociación Española de Pediatría. (s/f). *Comité de Nutrición y Lactancia Materna*. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/>
- Borre Ortiz, Y. M., Cortina Navarro, C. y González Ruíz, G. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿La conocen las madres realmente? *Revista CUIDARTE*, 5(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.84>
- Flores Mamani, R. O. (2016). *Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de 6 meses del Establecimiento de Salud Vallecito* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio UNAP. <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/2850>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (s/f). *Lactancia materna*. UNICEF. <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- Foteini Hassiotou, D. G. (2012). Anatomy of the human mammary gland: Current status of knowledge. *Clinical Anatomy*, 26(1), 29-48. <https://doi.org/10.1002/ca.22165>
- Gimeno Navarro, A. (2017). *Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*. Asociación Española de Pediatría. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-en-cifras-tasas-inicio-y>
- Gobierno Vasco (s. f.). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf
- Hassiotou, F. y Geddes, D. (2013). Anatomy of the human mammary gland: Current status of knowledge. *Clinical anatomy*, 26(1), 29-48. <https://doi.org/10.1002/ca.22165>
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). *Lactancia materna. Semana mundial de la lactancia materna*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/lactancia-materna-341173>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). *Lineamiento técnico médico para la lactancia materna*. IMSS. <https://es.scribd.com/document/366519259/Guia-Lactancia-Materna-IMss>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). *Prácticas de lactancia materna de en México*. UNICEF. <https://www.unicef.org/mexico/media/2866/file>
- Lactancia Materna INPer. (s/f). *Técnica Correcta de Lactancia Materna*. Instituto Nacio-

- nal de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes. <https://www.anmm.org.mx/PESP/archivo/INPer/Tecnica-Correcta-de-Lactancia-Materna.pdf>
- Ledig Figueroa, M. B. (diciembre 2014). *Factores asociados al apego de la madre adolescente al recién nacido* [Tesis de posgrado] Universidad Veracruzana. <https://cdigital.uv.mx/items/b6d93acb-8a35-417a-98f4-008e081dc298>
- Molinero Díaz, P., Burgos Rodríguez, M. J. y Mejía Ramírez de Arellano, M. (2015). Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Enfermería Clínica*, 25(5), 232-8. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.05.002>.
- Napa Félix, R. (2020). *Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de seis meses del Hospital Marino Molina*. Universidad Ricardo Palma. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/3637>
- Navarro Torres, M., Milagro Jiménez, M. E., Lorenzo Ramírez, M. D., Cases Jordán, C. y Peñalva Boronat, E. (2021). *Aspectos importantes a valorar en una toma de lactancia materna*. Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/aspectos-importantes-a-valorar-en-un-toma-de-lactancia-materna/>
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-ssa2-2016 [Secretaría de Salud]. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 7 de abril de 2016. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512098/NOM-007-ssa2-2016.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdfOMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s/f). *Lactancia materna*. OMS. https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Pino, C. (2021). *Beneficios de la Lactancia Materna*. Dice la Clau. <https://dicielaclau.cl/beneficios-de-la-lactancia-materna/>
- Red UC-Crhistus. (2023). *Manual de lactancia materna*. Red de Salud UC-Christus. <https://www.ucchristus.cl/docs/default-source/pdf/lactancia/NUEVO-maNUAL-DE-LACTANCIA-UC-CHRISTUS.pdf>
- Salud de Salud [SS]. (2023). 235. *Políticas públicas en materia laboral fortalecen lactancia materna*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/235-politicas-publicas-en-materia-laboral-fortalecen-lactancia-materna>
- Secretaría de Salud [SS]. (2016). *Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/estrategia-nacional-de-lactancia-materna-2014-2018>
- Secretaría de Salud. (2023). *Grupos de Apoyo y Clínicas de Lactancia*. Gobierno del Estado de México. https://salud.edomex.gob.mx/salud/grupos_clinicas
- Susanibar, R. y Cecilia, N. (2016). *Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres puérperas del Hospital III, Essalud Chimbote-2016* [Tesis para optar por el título]

- lo de especialista en enfermería]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1024?show=full>
- UNICEF México. (2015). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. Informa con indicadores de la situación de niñas, niños y mujeres en México*. UNICEF. <https://www.unicef.org/mexico/informes/encuesta-nacional-de-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-mujeres-2015>
- Velasco Riestra, P., Caicedo Fajardo, A., Navarro Rodríguez, J. A., Tejeda Pineda, M. F. y Armas Neira, M. J. (2021). Lactancia materna: rompiendo las barreras. *Revista Digital Universitaria*, 22(4). https://www.revista.unam.mx/2021v22n4/lactancia_materna_rompiendo_las_barreras/

11. Conocimiento de lactancia materna en mujeres atendidas en un centro de salud de Atlixco, Puebla



CARLOS ALBERTO CATALÁN GÓMEZ*

IRVING DANIEL CATALÁN GÓMEZ**

IMELDA SOCORRO HERNÁNDEZ NAVA***

CÉSAR GARCÍA SÁNCHEZ****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.11>

Resumen

La lactancia materna es una etapa de vital importancia durante el primer periodo de vida. Se han identificado agentes que impiden una lactancia materna exitosa. Tras esto, el seguimiento de programas y políticas públicas juegan un papel clave en la promoción y apoyo a la lactancia materna como estrategia prioritaria en el ámbito de la salud pública. El objetivo es determinar el conocimiento sobre lactancia materna en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla, México. Estudio cuantitativo de tipo correlacional y corte transversal. La muestra se conformó de 46 mujeres puérperas. Los criterios de inclusión fueron situarse en un estado de puerperio inmediato y mediano, habitar en el municipio de Atlixco y aceptar participar. Para evaluar el nivel de conocimiento se aplicó el instrumento creado por Cerdán L. y Espinoza con un alfa de Cronbach de $\alpha = .825$ en cuestión de la parte teórica y un $\alpha = .748$ en la práctica. Para el análisis se utilizó el programa SPSS versión 27.0. Para fines de la investigación se

* Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9970-4272>

** Licenciado en Enfermería. Titular estatal de la oficina de Salud Pública de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería en su sede Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6139-0202>

*** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367>

**** Doctorante en Alta Gerencia del Cuidado y Docencia en Enfermería. Coordinador de campo clínico del Instituto de Formación Profesional en Enfermería, México.

realizó siguiendo los principios bioéticos y la declaración de Helsinki. El 52.2% mostró un nivel de conocimiento alto sobre la lactancia materna. Se obtuvo asociaciones entre la variable de conocimiento y datos sociodemográficos como lo fue con el grupo de edad ($\chi^2 = 8.867, p < .05$), la escolaridad ($\chi^2 = 13.991, p < .05$) y la paridad ($\chi^2 = 6.002, p < .05$). Se pudo evidenciar la existencia de conocimiento mayormente alto acerca de la lactancia materna. En tanto a las características sociodemográficas se encontró que el grupo de edad, la escolaridad y la paridad de las puérperas está directamente relacionado con el conocimiento acerca de la lactancia materna. Ante estos resultados se hace la sugerencia al personal de salud en fortalecer y adecuar técnicas de educación continua acerca de la lactancia materna.

Palabras clave: *lactancia materna, lactar, educación.*

Introducción

La lactancia materna es una etapa de vital importancia durante el primer periodo de vida, es la manera natural con mayor eficacia en brindar todos los elementos nutritivos y emocionales al bebé, así como los anticuerpos que contribuyen al desarrollo del sistema inmunológico reduciendo el contagio de enfermedades infecciosas, además de crear un fuerte vínculo entre la madre y el lactante (Instituto de Salud para el Bienestar, 2023).

La leche materna es el alimento ideal para los lactantes, es segura y limpia, protege de enfermedades propias de la infancia. Además, suministra toda la energía y nutrientes necesarios durante los primeros meses de vida, prolonga el aporte hasta la mitad o más de las necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año, y hasta un tercio durante el segundo año (Organización Mundial de la Salud, s. f.).

El impacto positivo de la lactancia abarca múltiples áreas en el desarrollo infantil beneficia la nutrición; fortalecimiento del sistema inmunológico; disminuye la frecuencia y gravedad de morbilidad por diarreas, infecciones respiratorias y dermatitis; reduce el riesgo de diabetes, obesidad, asma y leucemia; mayor coeficiente intelectual; y prevención de la muerte súbita. En cuanto a la salud materna, se presenta un menor riesgo de pade-

cer cáncer de mama, de ovario y diabetes mellitus II, recuperación posparto y el vínculo emocional. Al mismo tiempo, reduce gastos y resulta una opción sostenible al no requerir de procesos industriales (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, 2024; Secretaría de Salud, s. f.).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan una alimentación única y exclusiva con leche materna hasta los seis meses de edad, para posteriormente introducir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros, mientras se continúa con la lactancia materna hasta los dos años de edad. No obstante, aún tras las recomendaciones establecidas, menos de la mitad de los lactantes se alimentan exclusivamente con leche materna en sus iniciales seis meses de edad. En cuanto a México, la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses del lactante aumentó 19.6% entre 2012 y 2022, al pasar de 14% a 33.6%, mientras que el 43% de los menores de un año consume fórmula infantil (Secretaría de Salud, 2023).

Tras el incremento de estadísticas a favor de la implementación de la lactancia materna, la realidad es que aún existen brechas que limitan estandarizar las recomendaciones y, por consiguiente, el empleo de estas prácticas. Se han identificado agentes que impiden una lactancia materna exitosa como lo factores propios de la madre, edad, primiparidad y baja producción de leche percibida; psicológicos, embarazos no deseados o planeados y apoyo percibido; así como también el nivel educativo (Aragón et al., 2015). Otros elementos como las actitudes, la autoeficacia y el apoyo social son altamente predictivos para la práctica de la lactancia materna y puede limitar o impulsar la voluntad de las madres a llevarla a cabo y cumplir con las recomendaciones (de Jager et al., 2013).

Ante este escenario, el seguimiento de programas y políticas públicas por parte de instituciones de salud y sus profesionales juegan un papel clave en la promoción y apoyo a la lactancia materna como estrategia prioritaria en el ámbito de la salud pública (Sánchez, 2022). Aunado a lo anterior, es importante resaltar la creación de estrategias que brinden acompañamiento en un margen de promoción y educación desde el embarazo hasta el óptimo desarrollo del lactante. Bajo esta perspectiva, es importante valorar el nivel de comprensión de las madres sobre la lactancia materna, por

ello, el presente estudio tiene como objetivo determinar el conocimiento sobre lactancia materna en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla, México.

Metodología

La presente investigación se caracteriza por ser de enfoque cuantitativo de tipo correlacional y corte transversal. La muestra se conformó de 46 mujeres púerperas según el censo proporcionado por el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla. De acuerdo con los criterios de inclusión se tuvo que deberían situarse en un estado de puerperio inmediato y mediano, habitar en el municipio de Atlixco, aceptar participar por medio del consentimiento informado. En cuestión de las participantes eliminadas fueron las que no completaron correctamente las encuestas.

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna se aplicó el instrumento creado por Cerdán L. y Espinoza R (2019) el cual cuenta con un total de 15 ítems, de los que se tomaron en cuenta 11, donde 5 evalúan la cuestión de conocimientos teóricos y 6 en las prácticas. Las preguntas correctas fueron valoradas por un punto (1) y las preguntas incorrectas por cero puntos (0), estableciendo puntos de cohorte con la siguiente interpretación: bajo = 0-3, medio = 4-7 y alto = 8-11 puntos. El cuestionario contó con una fiabilidad de superior a 0.725. También tuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = .825$ en cuestión de la parte teórica y un $\alpha = .748$ en las prácticas.

El manejo y análisis de los datos fue llevada a cabo por medio del programa Statistics Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27.0. Para el desarrollo de la investigación siguieron los principios bioéticos y la declaración de Helsinki.

Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos conforme a los datos sociodemográficos:

Conforme al grupo de edad, el 63.0% de los participantes está en la adultez. En cuanto al estado civil, el 63.% indicó estar en unión libre. De acuerdo con el nivel de escolaridad, el 47.8% refirió haber concluido el nivel secundaria. Asimismo se cuestionó acerca de su ocupación en donde el 37.0% mencionó ser empleada. En cuanto a la paridad, el 58.7% refirió ser primípara (tabla 1).

Tabla 1. *Datos sociodemográficos*

	<i>f</i>	%
Grupo de edad		
Adolescencia	17	37.0
Adultez	29	63.0
Estado civil		
Soltera	4	8.7
Unión libre	29	63.0
Casada	23	28.3
Escolaridad		
Primaria	2	4.3
Secundaria	22	47.8
Preparatoria	14	30.4
Universidad	8	17.4
Ocupación		
Hogar	13	28.3
Empleada	17	37.0
Desempleada	1	2.2
Profesionista	8	17.4
Estudiante	7	15.2
Paridad		
Primípara	27	58.7
Múltipara	19	41.3

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente se presentan las respuestas conforme a los conocimientos acerca de la lactancia materna de las participantes:

El 100% de las participantes distinguió el concepto de la lactancia materna, de igual forma, el 100% reconoce la importancia de esta misma en el bebé. En cuanto a la frecuencia de la alimentación del neonato, el 60.9% señaló que debe ser cuando el bebé desee. Del mismo modo, el 69.6% reconoció la edad límite de seis meses como referente a la lactancia materna exclusiva. De acuerdo con los beneficios al lactante, el 97.8% logró identificarlos. Al indagar acerca de prácticas previas a lactar como el lavado de manos el 65.2% menciona no hacerlo. Cuestionando sobre la posición adoptada para lactar, el 78.3% señaló realizarlo acostada, de pie o caminando. El 69.6% identificó despertar al bebé o hasta que este tenga hambre como forma de estimulación para su lactancia. También el 65.2% mencionó que el tiempo para dar de lactar es de 10 a 15 minutos. El 100% realiza la práctica de hacer eructar al bebé después de lactar. Finalmente, el 84.8% reconoció la lactancia materna como único alimento que puede recibir el lactante (tabla 2).

Tabla 2. *Conocimiento acerca de la lactancia materna*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Entiendo que la lactancia materna es...		
Alimentación natural producido por la madre que brinda beneficios al niño/a	46	100
Importancia de la lactancia materna en el bebé		
Satisface todas las necesidades nutricionales para el crecimiento y desarrollo	46	100
Frecuencia de alimentación al bebé		
Solo cuando el bebé llora	18	39.1
Cuando el bebé desee	28	60.9
Edad límite de la lactancia materna exclusiva		
Del primer al tercer mes	14	30.4
Hasta los seis meses	32	69.6
Beneficios de la lactancia materna en el bebé		
Satisface su hambre	1	2.2
No tiene costo, disponible y contribuye al desarrollo del bebé	45	97.8
Se lava las manos antes de lactar a su bebé		
No	30	65.2
Sí	16	34.8

Posición adoptada para lactar al bebé		
Desconoce	10	21.7
Acostada, de pie o caminando	36	78.3
Estimulación del bebé para su lactancia		
Despertarlo o hasta que el bebé tenga hambre o llore	32	69.6
Proporcionar contacto piel a piel	14	30.4
Tiempo que da de lactar al bebé		
De 10 a 15 minutos	30	65.2
Hasta que el bebé desee	14	34.8
Después de dar de lactar al bebé hace que eructe		
Sí	46	100
Otros alimentos que puede recibir el lactante		
Fórmula u otros líquidos	7	15.2
Solo lactancia materna	39	84.8

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados se obtuvo un grado de conocimiento entre regular y alto, siendo de mayor prevalencia el nivel alto con un 52.2% (tabla 3).

Tabla 3. Nivel de conocimiento

	f	%
Regular	22	47.8
Alto	24	52.2

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, se identificaron asociaciones proximales por medio de una prueba de chi-cuadrado entre el nivel de conocimiento con los datos socio-demográficos, en donde se asoció con el grupo de edad ($\chi^2 = 8.867$, $p < .05$) mostrando que a mayor edad mayor es el nivel de conocimiento. Respecto a la escolaridad se tuvo una aproximación de ($\chi^2 = 13.991$, $p < .05$) lo cual sugiere que entre mayor es el nivel educativo, mayores son los conocimientos en cuanto a la lactancia. Por último, se encontró una asociación con la paridad mostrando un valor de ($\chi^2 = 6.002$, $p < .05$) lo cual sugiere que

aquellas personas que refirieron ser multíparas tienen mayores conocimientos y competencias sobre la lactancia materna (tabla 4).

Tabla 4. Asociaciones proximales entre los resultados de la escala de depresión posparto de Edimburgo y las características sociodemográficas

	<i>x</i> ²	<i>p</i>
Grupo de edad	8.867	.003
Escolaridad	13.991	.003
Paridad	6.002	.014

Nota: *x*²=Valor de chi-cuadrado, *p* = Valor de significancia.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

En relación con el grado de conocimiento sobre lactancia materna es importante destacar un nivel promedio de medio a alto. Sin embargo, se logró identificar deficiencias en cuanto a posiciones, tiempo, frecuencia, estimulación al momento de lactar, esto nos puede estar indicando que algunas de las puérperas cuentan con ideas o nociones, sin embargo, al momento de ejecutarlo presentan dificultades en tiempos y técnicas. Dichos resultados difieren con el estudio de Téllez et al. (2019) quienes mencionan respecto a las técnicas de amamantamiento, como son: la frecuencia de dar pecho, la posición para amamantar y la importancia de la colocación correcta del bebé al seno, que más de la mitad de estas mujeres demostraron tener buen conocimiento. Esto puede estar mediado por diferentes circunstancias como lo es el cumplimiento de la promoción y educación de estas, edad, gesta y escolaridad.

Es importante resaltar la relevancia del lavado de manos previo a la lactancia, puesto que su beneficio principal es evitar la propagación de flora residente al neonato. No obstante, en este estudio se encontró una prevalencia del 65.2% de quienes refieren no realizar esta práctica. Similar al estudio de Altamirano et al. (2017) donde se observa, que el 47.95% de las madres de los neonatos tienen un nivel de conocimientos medio sobre el lavado de las manos. Al igual, Pérez (2022) muestra en su investigación un conocimiento en promedio regular.

Al determinar la relación del grupo de edad, nivel educativo y el nivel de conocimientos llama la atención el comportamiento entre estas variables, donde se indicaba que mayor edad mayores son los niveles de conocimiento, evidenciando la brecha de discernimiento entre madres adolescentes y adultas. Por su parte, Rana et al. (2020) encontró en su investigación que las madres mayores de 21 años demostraron mejor conocimiento sobre lactancia materna en comparación con las madres más jóvenes o en adolescentes; del mismo modo, Muñoz (2018) señala en su estudio que el grupo etario de mayor edad tuvo mayor conocimiento de la lactancia materna. Por otro lado, Cáceres (2013), asocia que, a mayor rango de edad, mayor es la prevalencia de la lactancia materna exclusiva debido a la madurez biológica y social.

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de las encuestadas indicaba haber concluido el nivel secundario. Al momento de establecer una relación entre dicha variable y el nivel de conocimiento se mostró que, a mayor grado de estudios, mayores son los conocimientos de la participante, señalando la importancia que tiene el estudio en el desarrollo de habilidades y nociones. A su vez, Manrique et al. (2024) menciona que el grado académico parece afectar las decisiones relacionadas con el inicio de la lactancia, la exclusividad de la leche materna y frecuencia con la que se administra al recién nacido. Así mismo, Rivera et al. (2017) ha concluido que, dentro de las características que intervienen en la duración de la lactancia materna exclusiva, se encuentra que las de menor nivel educacional son más propensas a abandonar dicha práctica. Un alto nivel de escolaridad facilita a la madre una mejor comprensión de la necesidad de cumplir con la lactancia materna exclusiva por 6 meses.

También Ferro y Flores (2006) resaltan la importancia del grado de instrucción cuando se trata de comprensión y entendimiento de cualquier información, lo que dio como resultado mayor nivel de conocimiento a madres con mayor grado de instrucción.

Finalmente, al indagar acerca de la relación que se tenía entre la paridad y el conocimiento de las participantes se pudo encontrar que aquellas que se situaban como multíparas contaban con un conocimiento más alto sobre la lactancia materna. Esto pudiera deberse principalmente a experiencias con gestas previas, haber recibido educación por parte del personal de salud

en cuanto a lactancia o familiarizarse con el proceso de maternidad. Al respecto Alsulaimani (2019) afirmó un estudio que aquellas madres con más de dos hijos presentaron buenos conocimientos en cuanto al tema de investigación, esto lo relaciona con la experiencia propia de cada mujer, igualmente Sandoval-Benítez (2021) observó en su estudio que a mayor cantidad de hijos mayor era su conocimiento.

La educación y promoción de la lactancia materna es parte de la atención prenatal y resulta ser de suma importancia. De acuerdo con Piro y Ahmed (2020) también es considerada como un factor y recurso importante para desarrollar conocimientos, fomentar las habilidades y confianza en las gestantes y, por ende, la autoeficacia para amamantar cuando fueren madres.

Conclusión

Se pudo evidenciar la existencia de conocimiento mayormente alto acerca de la lactancia materna. En tanto a las características sociodemográficas se encontró que el grupo de edad, la escolaridad y la paridad de las púerperas está directamente relacionado en el conocimiento acerca de la lactancia materna. No obstante, a través del cuestionario se pudieron identificar desconocimiento en cuestión de aspectos como un lavado de manos previo lactar, posiciones, tiempos, frecuencia y técnicas de estimulación para una correcta lactancia materna.

Ante estos resultados, se hace la sugerencia al personal de salud de fortalecer y adecuar técnicas de educación continua acerca de la lactancia materna tanto al primer nivel como el segundo nivel de atención que permita a las usuarias el empoderamiento en cuanto a aspectos teóricos-prácticos para lograr una lactancia materna exitosa.

Referencias

- Alsulaimani, N. (2019). Lactancia materna exclusiva entre madres sauditas: exponiendo la brecha sustancial entre el conocimiento y la práctica. *Journal of family medicine and primary care*, 8(9), 2803-2809. https://dx.doi.org/10.4103%2Fjfmprc.jfmprc_533_19

- Altamirano, V., Mendoza, D. y Requena, L. (2017). *Nivel de conocimiento y practica sobre lavado de manos, en las madres de los recién nacidos hospitalizados en neonatología del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo, 2016* [Tesis de segunda especialización] Repositorio institucional digital. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5202>
- Aragón, N., Cubillas, R. y Torres, D. (2015). Maternidad en adolescencia y la lactancia. *Revista Enfermería Docente*, 2.
- Brun Barreiro, M. P., Ferreira Rojas, C. J., Sánchez Bernal, S. F., y González Céspedes, L. E. (2022). Prácticas y conocimientos sobre lactancia materna de pediatras, ginecólogos y enfermeras de 3 servicios de salud de San Lorenzo y Asunción: Practices and knowledge about breastfeeding of pediatricians, gynecologists and nurses from 3 health services in San Lorenzo and Asunción. *Pediatría (Asunción)*, 49(1), 33-45. <https://doi.org/10.31698/ped.49012022006>
- Cáceres, W. (2013). Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29 (3), 245-252. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48598>
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2024). *La importancia de la lactancia materna: un regalo para toda la vida*. <https://www.gob.mx/salud%7Ccenaprece/es/articulos/la-importancia-de-la-lactancia-materna-un-regalo-para-toda-la-vida?idiom=es>
- Cerdán-Dávila, L. M., y Espinoza-Leyva, R. D. (2019). *Nivel de conocimiento y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en madres atendidas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, Perú, 2019* [Tesis de licenciatura]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca. <https://es.scribd.com/document/736780939/CERDAN-M?utm.com>
- De Jager, E., Skouteris, H., Broadbent, J., Amir, L. y Mellor, K. (2013). Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Midwifery*, 29(5), 506 - 518. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.009>
- Ferro Sosa, M. M., y Flores Condorí, H. F. (2006). *Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005* [Tesis de licenciatura]. Repositorio Institucional Cybertesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/2975>
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). *Lactancia materna*. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/lactancia-materna-341173>
- Manrique-Anaya, Y., Fernández-Aragón, S., Ruidiaz-Gómez, K. y Escobar-Velásquez, K. (2024). Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres residentes en zona rural de Sucre. *Salud UIS*, 56.n <https://doi.org/10.18273/saluduis.56.e:24045>
- Muñoz, C. (2018). Factores asociados al conocimiento de lactancia materna en puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital "San José" Calao-Lima, Julio-Setiembre 2017. [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma].
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f). *Lactancia materna*. https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Pérez, A, C. (2022). *Nivel de conocimiento y práctica de las madres sobre el lavado de manos durante la lactancia materna en los recién nacidos del servicio de ginecología de*

- Hospital de Tingo María-2021*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Huanuco] <https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3575/P%C3%A9rez%20Alarc%C3%B3n%2c%20Camila%20Gianella.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Piro, S. y Ahmed, M. (2020). Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(19), 1-12.
- Rana, M., Islam, M., Karim, M., Islam, A., Haque, M. y Shahiduzzaman, M (2020). Knowledge, and practices of exclusive breastfeeding among mothers in rural areas of Rajshahi district in Bangladesh: A community clinic-based study. *PLoS ONE*; 15(5), pp. 1-11. Doi: <https://doi/10.1371/journal.pone.0232027>
- Rivera, L., Bauta, L., Fornaris, H., Flores, M. y Pérez, R. (2017). Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico "Aleida Fernández". 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16 (6), 879-890. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180454489005>
- Sánchez, S. (2022). Prácticas y conocimientos sobre lactancia materna de pediatras, ginecólogos y enfermeras de 3 servicios de salud de San Lorenzo y Asunción. *Pediatría*
- Sandoval-Benítez, M. (2021). *Nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las madres de los recién nacidos del Hospital Materno Infantil ISSEMYM Toluca en el periodo 1 de septiembre al 31 de octubre del 2019* [Tesis de licenciatura]. Repositorio Institucional de la UAEMex. <https://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/110783?utm.com>
- Secretaría de Salud [SS]. (2023). *En México, lactancia materna exclusiva aumenta 19.6% entre 2012 y 2022: Secretaría de Salud*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/261-en-mexico-lactancia-materna-exclusiva-aumenta-19-6-entre-2012-y-2022-secretaria-de-salud?idiom=es>
- Secretaría de Salud [SS]. s. f. *Lactancia materna*. https://salud.edomex.gob.mx/salud/lactancia_materna
- Téllez-Pérez, E., Romero-Quechol, G. y Galván-Flores, G. (2019). Conocimiento sobre lactancia materna de mujeres puérperas que acuden al primer nivel de atención. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 27 (4), 19-205.

12. Conocimientos sobre la lactancia materna en madres adolescentes



NORMA EDITH CRUZ CHÁVEZ*

NORA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ**

VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL***

JESÚS ENRIQUE AGUILERA MEDINA****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.12>

Resumen

En México, durante sus primeros seis meses de vida, sólo el 31% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva; el factor que permite explicar las bajas prevalencias de la lactancia materna (LM) es el conocimiento que tienen las mujeres sobre la práctica de esta. El objetivo es identificar el nivel de conocimiento que tienen las embarazadas adolescentes sobre la lactancia materna. Estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 30 adolescentes de 13 a 19 años embarazadas primigestas en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Se utilizó una cedula de datos sociodemográficos y el cuestionario de la lactancia materna creado por Tengku Ismail del 2010 ($\alpha = 0.80$.) El conocimiento sobre la LM en adolescentes embarazadas primigestas es medio, medio bajo, por lo que es necesario crear talleres donde se les pueda brindar educación correcta sobre la LM.

Palabras clave: *conocimientos, lactancia materna, madres adolescentes.*

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8532-5415> ; correo electrónico: norma.cruzch@uanl.edu.mx

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Docente de pregrado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8713-6255>

*** Doctora en Cultura de los Cuidados de Enfermería. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9315-3193> ; Scopus: 56002748300

**** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0361-3086>

Introducción

La lactancia materna (LM) es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia de los niños, además de brindar beneficios para la madre y el lactante, ya que promueve la creación del vínculo afectivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la leche materna como la única fuente de nutrientes para los bebés durante los primeros 6 meses después del parto y como una fuente importante para las edades ≥ 2 años. Esta recomendación está respaldada por evidencia de que la alimentación con leche materna, en lugar de fórmula u otros líquidos y alimentos, reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil; apoya un mejor desarrollo infantil; e influye en el desarrollo y modulación del sistema inmunológico del bebé (OMS, 2020).

Según estudios realizados por el Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría existe un mayor riesgo de numerosos problemas de salud en los niños no alimentados con leche materna, resaltando padecimientos tales como dermatitis atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, diabetes mellitus, esclerosis múltiple y cáncer, ocasionando así un mayor número de ingresos hospitalarios (Martin, 2016).

Es importante que la madre conozca los beneficios que brinda la lactancia materna para el bebe, así como para ella misma. De acuerdo con el sitio web del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los beneficios de la lactancia materna en la madre abarcan la disminución del sangrado posparto; brinda ayuda a recobrar el tamaño normal del útero; hace que recupere más rápido el peso anterior al embarazo; y disminuye el riesgo de presentar cáncer de mama y ovario, así como la osteoporosis (IMSS, 2024).

Según cifras del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) alrededor de 77 millones de recién nacidos no reciben leche materna en la primera hora después de su nacimiento y esto les priva de los nutrientes, los anticuerpos y el contacto con la piel de sus madres que son esenciales para protegerlos de las enfermedades y de la muerte. A nivel mundial sólo el 43% de los bebés menores de seis meses son amamantados de manera exclusiva (UNICEF, 2024).

En México, durante sus primeros seis meses de vida, solo el 31% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva (ENIM, 2015). Esto significa que solo 3 de 7 niños están siendo nutridos únicamente con leche materna y el resto están recibiendo otro tipo de alimentos, lo cual dista de ser lo óptimo, según las prácticas promovidas por la Organización Mundial de la Salud (UNICEF, 2019). Con base a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) (INEGI, 2019) la duración media de la lactancia materna es de 9.7 meses, un incremento respecto a 2014 (8.8 meses), a nivel nacional. Así mismo, Nuevo León reporta que la duración promedio de la LM es de 7.4 meses, siendo una cifra menor en comparación a lo recomendado por la OMS, debido a esto hay que tomar en cuenta factores que afectan la práctica de LM.

A nivel jurídico, un factor es que tanto instituciones públicas como privadas solo otorgan 45 días después del parto para amamantar de acuerdo con lo que se establece en el artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo (INEGI, 2019); sobre este tema la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) se comprometió a brindar un espacio adecuado para las madres que se encuentran lactando con el propósito de impulsar la lactancia materna en México, dejando claro que la lactancia materna debe ser vista como una cuestión prioritaria (STPS, 2017).

Otro factor relevante es que la madre puede tener una baja producción de leche, debido a las irregularidades de tiempo-frecuencia que dedica al amamantamiento, una prensión ineficaz y el uso de ciertos medicamentos. El factor que permite explicar las bajas prevalencias de la lactancia materna es el conocimiento que tienen las mujeres sobre la práctica de esta. La embarazada debe tener un conocimiento básico que consta de sabe qué es la LM, cuáles son las técnicas de amamantamiento, funcionamiento general de sus glándulas mamarias, determinar la hora para alimentar al bebé, cómo se produce la leche materna, entre otros aspectos.

Los estudios relacionados con el conocimiento sobre lactancia materna se han llevado a cabo en países como Ghana, Venezuela, Bangladesh, España, Italia y Asmara, se han realizado con mujeres primigestas como también con mujeres multigestas mayores de 18 años se ha encontrado que el conocimiento ha sido de bajo a moderado. En México se identificaron 3 estudios los cuales fueron realizados en Ciudad de México, Veracruz y Michoacán únicamente en mujeres adultas mayores de 18 años.

No se identificaron estudios sobre los conocimientos que tienen las adolescentes embarazadas, destacando que se presenta un número elevado de prevalencia de embarazos en este grupo de población, por lo que la pregunta a realizar en este estudio es ¿cuál es el nivel de conocimiento que poseen las adolescentes sobre de lactancia materna en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León?

Objetivo General

Identificar el nivel de conocimiento que tienen las embarazadas adolescentes sobre la lactancia materna.

Metodología

El diseño fue tipo descriptivo y transversal, ya que se describió el nivel de conocimientos de lactancia materna de las adolescentes del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Población, muestreo y muestra

La población del estudio estuvo conformada por mujeres adolescentes de 13 a 19 años embarazadas primigestas en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. La muestra fue no probabilística por conveniencia, y se integró por 30 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión, así como los consentimientos y el llenado completo del cuestionario.

Criterios de inclusión

Adolescentes embarazadas primigestas con autorización de los padres o tutor; que se encuentren en segundo o tercer trimestre del embarazo; saber leer y escribir; y que cuenten con un dispositivo electrónico con acceso a internet.

Criterios de exclusión

Adolescentes embarazadas que no pertenezcan al área metropolitana Monterrey, Nuevo León.

Instrumentos de medición

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos de 7 preguntas básicas sobre las participantes adolescentes embarazadas.

Para valorar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en las adolescentes embarazadas, se utilizó el Cuestionario de la lactancia materna creado por Tengku Ismail et al. (2010), tiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.70, versión en inglés, este instrumento fue traducido y validado por pediatras expertos para poder ser aplicado en población mexicana durante una intervención de enfermería en Monterrey, Nuevo León. Consta de 47 ítems divididos en 10 dominios que miden las ventajas para el bebe, ventajas para la madre, calostro, alimentación efectiva, extracción de la leche materna, duración de la alimentación, alimentación complementaria, problemas con la lactancia, congestión mamaria y aspectos prácticos de la lactancia materna, en este estudio se valorará el nivel de conocimiento en adolescentes embarazadas primigestas. Cada ítem tiene respuestas categóricas de verdadero, falso o no seguro. Una respuesta correcta se puntuaba con un 1, mientras que una respuesta errónea o no segura se puntuaba con un 0. La puntuación total de los conocimientos oscila entre 0 y 47, se interpretó: a mayor puntuación se indica más conocimientos. La consistencia interna del cuestionario de conocimiento de la lactancia materna (Tengku Ismail T A Y Sulaiman Z, 2010) reportó alfa de Cronbach de $\alpha = 0.80$.

Procedimiento de recolección de datos

Se contó con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se buscaron a las adolescentes por medio de método de conveniencia. Se solicitó la participación

promocionando el estudio a partir del uso de las redes sociales (Instagram, Facebook y WhatsApp) y personas conocidas, posteriormente, se les proporciono un enlace mediante la plataforma forms para la autorización de los consentimientos informados para la adolescente embarazada y para el padre/tutor. Una vez que la paciente cumplió con lo anterior, se prosiguió a contestar la cedula de datos sociodemográficos y el instrumento de Lactancia materna mediante la plataforma forms. Al final, se agradeció por su participación en el estudio.

Consideraciones éticas

Este estudio conto con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma Nuevo León y se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de acuerdo con la reforma publicada DOF 02-04-2014 (Secretaría de Gobernación, 2014).

En el reglamento se establece que para desarrollar una investigación en salud se debe contemplar aspectos éticos que garanticen la protección de los individuos que participarán en esta investigación; de acuerdo al título segundo de aspectos éticos de la investigación en seres humanos del capítulo 1 del artículo 13 y artículo 16, en esta investigación se identificará a las adolescentes embarazadas con un número de folio y se respetará cualquier decisión de las participantes del estudio para abandonar la investigación en el momento que así lo requieran y se ofrecerá información de forma clara, concisa y comprensible de acuerdo a la persona.

De acuerdo con el artículo 14 fracción v, este estudio de investigación contará con el consentimiento informado de las participantes, quienes aceptan con firma vital, así como la de su representante legal (padre, esposo o tutor) y acuerdo con la fracción VI este estudio será realizado por profesionales de la salud explicando a las participantes cuál es el objetivo, en qué consistirá la entrevista, cuáles serían los beneficios, riesgos; se le garantizará el respeto y confidencialidad y se le dará la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que la participante requiera información extra se le proporcionará cuando ella lo solicite.

Referente al capítulo III de la investigación en menores de edad y de acuerdo con el artículo 36, este estudio contará con el consentimiento informado del representante legal de las participantes. Con respecto al capítulo IV de la investigación en mujeres embarazadas y de acuerdo con el artículo 43, se contó con el consentimiento informado por escrito de las participantes y su pareja o tutor. De acuerdo con el artículo 43 esta investigación contará con el consentimiento de la participante y de su representante legal.

Plan de análisis

Los datos de esta investigación se procesaron a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21 para Windows. Se obtuvo estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central.

Resultados

Estadística descriptiva

En este estudio participaron 30 adolescentes embarazadas primigestas (14 a 19 años) que fueron reclutadas por medio de redes sociales (Facebook, Instagram y WhatsApp), del área metropolitana de Nuevo León. En la tabla 1 se muestra que la edad promedio de las participantes fue de 16.7 años ($DE = 1.17$), la media de las semanas de gestación fue de 15 semanas.

Tabla 1. *Características sociodemográficas*

<i>Items</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad	30	14	19	16.7	1.17
Semanas de gestación	30	2	30	15	8.95

Nota: *N*: muestra, *Min*: mínimo, *Max*: máximo, *M*: media, *DE*: desviación estándar

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 se destaca que el 60% tiene nivel de estudios de preparatoria; el 33.3% abandonó sus estudios por el embarazo; el 73.4% vive con su familia nuclear; el 16.7% no lleva atención prenatal dato relevante, ya que esto es clave sobre la importancia de su embarazo y, por lo tanto, el conocimiento de este; el 46.7% no tiene pareja; el 36.7% está estudiando; y el 33.3% no trabaja.

Tabla 2. *Características sociodemográficas*

<i>Items</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Nivel de escolaridad	Primaria incompleta	1	3.3
	Secundaria	3	10
	Preparatoria	18	60
	Preparatoria incompleta	8	26.7
Interrupción de estudios	Sí	10	33.3
	No	20	66.7
Con quien vive	Sola	1	3.3
	Pareja	7	23.3
	Familia nuclear	22	73.4
Pareja estable	Sí	16	53.3
	No	14	46.7
Ocupación	Ama de casa	5	16.7
	Trabaja	1	3.3
	Estudiante	11	36.7
	Estudia y trabaja	3	10
	No trabaja	10	33.3
Atención prenatal	Sí	25	83.3
	No	5	16.7

Nota.: *n*: número participantes, %: porcentaje.

Fuente: elaboración propia.

Estadística Descriptiva de las variables de interés.

En la tabla 3 se presenta la respuesta al objetivo de esta investigación, identificar el nivel de conocimiento que tienen las embarazadas adolescentes sobre la lactancia materna, donde se muestran los dominios del instrumen-

to utilizado. Se divide en 10 dominios, los cuales calificaron diferentes aspectos de la lactancia materna, donde se puede destacar que el 52.22% cuenta con un conocimiento medio en ventajas para el bebe, el 56% desconoce las ventajas para la madre, 51% tiene el conocimiento sobre el calostro lo que está por encima de la mitad. El 86% conoce la alimentación efectiva del bebe, cabe resaltar que el 52% no tiene conocimiento sobre la extracción de lactancia materna dándonos un porcentaje alto, dentro de la alimentación encontramos que el 55% conoce la duración de la alimentación y el 56% tiene conocimiento sobre la alimentación complementaria. Dentro de los aspectos prácticos de la lactancia materna, el 51% desconoce la técnica por lo que es un número que se debe resaltar.

Tabla 3. *Conocimiento sobre lactancia materna*

<i>Dominio</i>	<i>n</i>		<i>%</i>	
	<i>C</i>	<i>I</i>	<i>C</i>	<i>I</i>
Ventajas para el bebé (1-6)	75	105	52.22	47.78
Ventajas para la madre (7-12)	79	101	43.9	56.1
Calostro (13-16)	62	58	51.67	48.33
Alimentación efectiva (17-19)	78	12	86.6	13.4
Extracción de leche materna (20-27)	114	126	47.5	52.5
Duración de la alimentación (28-31)	67	53	55.83	44.17
Alimentación complementaria (32-33)	34	26	56.65	43.35
Problema con la lactancia materna (34-38)	48	102	32	68
Congestión mamaria (39-40)	16	44	26.65	73.35
Aspecto práctico de la lactancia materna (41-47)	101	109	48.1	51.9

Nota: *n*: número de participantes, %: porcentaje *C*: correcto, *I*: incorrecto, cuestionario de conocimiento de lactancia materna.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

En este estudio se evaluó cuáles son los conocimientos que se tienen sobre la lactancia materna en adolescentes embarazadas primigestas, lo cual resultó un conocimiento medio, principalmente en las ventajas de la lactancia

materna en el bebe, un conocimiento bajo en las ventajas para la madre y en cuanto al aspecto práctico de la LM. Estos resultados coinciden con los estudios realizados en Venezuela (Rojas et al), España (Suárez-Cotelo et al.)

Por las diferentes dimensiones del instrumento de LM se obtuvo que la de alimentación efectiva fue donde más conocimiento se tiene, las dimensiones con menos conocimiento fueron problemas con la LM y congestión mamaria, lo que nos dice la falta de conocimiento en estos aspectos y en las demás dimensiones tenemos un conocimiento medio. Se identificaron algunas diferencias de este estudio con otros, por ejemplo, la población participante, ya que en este caso se trataron de adolescentes primigestas y en los otros estudios revisados en México (Beraki et al., 2020; Téllez-Pérez et al., 2019) la muestra eran mujeres adultas y en su mayoría múltiparas, por lo que se puede considerar que esta brecha de experiencia entre las primigestas y mujeres múltiparas hace que estas últimas tengan más conocimiento sobre los beneficios y técnica de la LM.

Conclusión

Los resultados hacen ver que el conocimiento sobre la LM en adolescentes embarazadas primigestas es medio, medio bajo, por lo que es necesario crear talleres en centros de salud donde se les pueda brindar la educación correcta a lo largo de su periodo de gestación, para poder brindar a su bebé una lactancia exitosa. Además de agregar una demostración y que las pacientes puedan hacer ejercicios prácticos sobre la forma correcta de amamantar a su hijo, así como la posición apropiada.

Limitaciones

Una de las limitaciones fue la recolección de datos vía electrónica usando la plataforma forms, lo ideal sería realizar una entrevista presencial con las participantes, otra limitación fue la cantidad de población del estudio.

Recomendaciones

Se recomienda efectuar nuevamente el estudio, con una población mayor y realizar la recolección de datos de manera presencial.

Referencias

- Beraki, G.G., Tesfamariam, E.H., Gebremichael, A., Yohannes, B., Haile, K., Tewelde, S. y Goitom, S. (2020). Knowledge on postnatal care among postpartum mothers during discharge in maternity hospitals in Asmara: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1):17. doi: 10.1186/s12884-019-2694-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31906883/>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2016). *Lactancia Materna*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/cnegr/accciones-y-programas/lactancia-materna-salud-materna-y-perinatal>
- Educa y Aprende. (2019, 29 enero). *Estilos de Aprendizaje: Las Diferentes formas de aprendizaje*. <https://educayaprende.com/los-estilos-de-aprendizaje-las-diferentes-maneras-de-aprender/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (29 de julio 2016). *En todo el mundo, 77 millones de recién nacidos no reciben leche materna en su primera hora de vida, dice UNICEF* [Comunicado de prensa]. UNICEF. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/en-todo-el-mundo-77-millones-de-reci%C3%A9n-nacidos-no-reciben-leche-materna-en-su>
- Hasan, A., Smith, G., Selim, M.A., Akter, S., Uz, N., Khan, Z., Sharmin, T. y Rasheed, S. (2020). Work and breast milk feeding: a qualitative exploration of the experience of lactating mothers working in ready-made garments factories in urban Bangladesh. *International Breastfeeding Journal*, 15 (1), 93. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00338-0>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2017). *Lactancia Materna*. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/lactancia>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (agosto 2017). *Lactancia*. IMSS. <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/lactancia>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2019) *Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/nota_tec_enadid_18.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México (2015). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. https://www.insp.mx/images/stories/2017/Avisos/docs/170214_UNICEF_ENIM2015.pdf

- Magnano San Lio, R., Maugeri, A., La Rosa, MC, Cianci, A., Panella, M., Giunta, G., Agodi, A. y Barchitta, M. (2021). The Impact of Socio-Demographic Factors on Breastfeeding: Findings from the "Mamma & Bambino" Cohort. *Medicina*, 57 (2), 103. <https://doi.org/10.3390/medicina57020103>
- Martin, J. (2016). *Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*. Asociación Española de Pediatría. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>.
- Nsiah-Asamoah, C., Doku, D. y Agblorti, S. (2020). Mothers' and Grandmothers' misconceptions and socio-cultural factors as barriers to exclusive breastfeeding: A qualitative study involving Health Workers in two rural districts of Ghana. *PloS uno*, 15 (9), e0239278. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239278>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2020>
- Osorio, M. del C., Landa, R., Blázquez, M. S. L., García, N. y León, J. (2019). Conocimiento y factores de finalización de la lactancia materna en mujeres de una comunidad en Veracruz, México. *Horizonte sanitario*, 18(2), 195-200. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200774592019000200195&lang=es
- Redacción Cuidate Plus. (2016). *Lactancia materna*. Cuidate Plus. <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna.html>
- Reglamento de la Ley General de Salud [última Reforma]. Diario Oficial de la Federación (D.O.F.), 2 de abril del 2014. México.
- Rojas, J., Contreras, I., Chaparro, C., Quintero, Á. y González, R. (2019). Evaluación del nivel de conocimientos de las madres tras aplicar una estrategia educativa. Venezuela 2015. *Revista Chilena de Nutrición*, 46 (2), 107-112. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000200107&lang=es
- Rosas-Crespo, R., Vivar-Rios, I., Guzmán-Díaz, G., González-Meneses, M., García-Flores, A., Ayon-Aguilar, J. y Méndez-Martínez, S. (2024). Lactancia materna: Conocimientos, Amamantamiento y Vínculo Afectivo. *INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO*, 16, 278-286.
- Salazar, S., Chávez, M., Delgado, X., Rubio, E. y Pacheco, T. (2009). Lactancia materna. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 72(4), 163-166. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400010&lng=es&tlng=es.
- Salguero, V. G., de Jesús Ruiz-Recéndiz, M., Lozano-Zúñiga, M. M., Leyva-Ruiz, J. C. y Pícazo-Carranza, A. R. (2023). Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en población urbana y rural. *Ciencia Latina. Revista Multidisciplinar*, 7(2), 1988-2001. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5449
- Secretaría de Salud [SS]. (2018). *Leche Materna*. https://salud.edomex.gob.mx/salud/lactancia_materna
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS]. (2017). <https://www.gob.mx/stps/articulos/instalacion-de-lactarios-en-los-centros-de-trabajo>
- Segarra Ciprés, M., y Bou Llusar, J. C. (2004). Concepto, tipos y dimensiones del conoci-

- miento: configuración del conocimiento estratégico. *Revista de Economía y Empresa*, 22(52), 175-196.
- Suárez-Cotelo, M. D. C., Movilla-Fernández, M. J., Pita-García, P., Fernández Arias, B. y Novío, S. (2019). Breastfeeding knowledge and relation to prevalence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03433. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8Q8rhSvyqDGwXyB4CWvZdHC/?lang=en>
- Tengku Ismail, T. A. y Sulaiman, Z. (2010). Reliability and validity of a Malay-version questionnaire assessing knowledge of breastfeeding. *The Malaysian journal of medical sciences : MJMS*, 17(3), 32-39.
- Téllez-Pérez, E., Romero-Quechol, G. y Galván-Flores, G. (2019). Conocimiento sobre lactancia materna de mujeres puérperas que acuden al primer nivel de atención. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 27 (4), 196 – 205.
- Vigilio, M. L. B. (2022). Actitudes y conocimientos hacia la lactancia materna en madres adolescentes usuarias de un hospital materno infantil. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 4(1), 21-27. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.1.366>

13. Actitud hacia la lactancia materna en madres con hijos recién nacidos con y sin patologías en un hospital de segundo nivel



MARIELA YOSSELIN SANDOVAL MUÑOZ*
LIZETH GUADALUPE RODRÍGUEZ RAMÍREZ**

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.13>

Resumen

El objetivo de este estudio es comparar la actitud hacia la lactancia materna en madres con hijos recién nacidos con y sin patologías, en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense. Este es un estudio comparativo de tipo cuantitativo con muestreo por conveniencia de 25 madres con hijos recién nacidos (RN) con patologías y 25 madres con hijos RN sin patologías. En el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 24, se incluyeron frecuencias y porcentajes, Chi-cuadrada de Pearson. El 38% de las madres eran adolescentes, 44% tenían un hijo, 42% cursaban preparatoria, 52% vivían en unión libre, 64% eran amas de casa. De las madres con hijos RN con patologías el 40% tuvo una actitud positiva, 36% actitud negativa y 24% actitud promedio; sin embargo, de las madres con hijos RN sin patologías, el 48% obtuvo actitud negativa, 28% actitud promedio y 24% actitud positiva durante la lactancia materna. La mayoría de las madres con hijos RN con patologías tuvo una actitud negativa, mientras que las madres con hijos RN sin patologías manifestaron una actitud positiva. Desde el componente afectivo, se evidenció en la mayoría de las madres con hijos RN con patologías una actitud negativa, mientras que las madres con hijos RN sin pato-

* Licenciada en Enfermería. Enfermera de base en atención clínica en el hospital general de Tlapa de Comonfort, Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5562-4505>; correo electrónico: yoselinsandoval301@gmail.com

** Enfermera Especialista Perinatal. Coordinadora de Enseñanza de Enfermería en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0102-1311>

logías, una actitud positiva. En el componente conductual, tanto las madres con hijos RN con y sin patologías obtuvieron una actitud positiva. En el componente cognitivo, las madres con hijos RN con patologías manifestaron una actitud positiva, caso contrario en las madres con hijos RN sin patologías, donde prevaleció la actitud negativa.

Palabras claves: *lactancia materna, madres lactantes, recién nacido, actitud.*

Introducción

De acuerdo con el Instituto de Salud para el Bienestar (2023), la lactancia materna es una etapa esencial durante el primer periodo de la vida. Es la forma más eficaz y natural de proporcionar todos los elementos nutritivos, inmunológicos y emocionales al bebé, así como los anticuerpos que lo mantendrán sano, además de crear un fuerte vínculo entre la madre y el lactante. No obstante, a pesar de que la lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños a escala mundial, solo 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. Las razones varían, pero mucho tiene que ver la falta de consejos y apoyo que necesitan las madres por parte de los especialistas (Procuraduría Federal del Consumidor, 2020).

Actualmente la lactancia materna es considerada como un modelo ecológico, es decir, es un sistema de alimentación sostenible que no genera residuos, en donde existen interacciones a diferentes niveles que modifican la actitud ante el hecho de lactar, lo que influencia la duración de la lactancia y la exclusividad de la misma. El componente de actitud y experiencias de la madre hacia el proceso de lactancia es un factor muy importante para desarrollar una lactancia exitosa (Aguayo-Esquivel et al., 2018).

Por otra parte, no podemos olvidar que la madre tiene, durante el periodo de lactancia, un desequilibrio hormonal, una situación nueva, con una responsabilidad muy elevada y un estrés constante (Domínguez Carranza et al., 2018). Aunado a esto, la lactancia materna se ha vuelto uno de los mayores desafíos hoy en día en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG), debido a factores como el desconocimiento, sentimientos

y conductas que llevan a generar una actitud positiva o negativa en las madres con hijos recién nacidos con patologías (aquellos que están en terapias neonatales) y sin patologías (aquellos que están junto con la madre en alojamiento conjunto y sin ninguna enfermedad diagnosticada).

En el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense la intención de amamantar es un reto constante, pues las condiciones cambian para cada paciente, pues existen situaciones que condicionan que no se lleve a cabo una lactancia materna exitosa, no podemos comparar la actitud de madres que se encuentran hospitalizadas en alojamiento conjunto con su recién nacido sano, con aquellas madres con recién nacidos con alguna enfermedad diagnosticada y que se encuentran en terapia neonatal, pues su actitud; componente afectivo, conductual y cognitivo se ve alterada considerablemente. Por ello, Domínguez et al. (2018) mencionan que es muy importante que las personas que se encuentren en el hospital tengan nociones de lactancia materna, y que la enfermera o la auxiliar que trabaja en maternidad sea capaz de resolver las dudas.

Una vez obtenidos los resultados, se podrá comparar la actitud hacia la lactancia materna en madres con hijos recién nacidos con patologías y sin patologías de manera general, así como por componente afectivo, conductual y cognitivo.

Métodos

La investigación fue un estudio comparativo de tipo cuantitativo, realizado en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense en Chilpancingo de los Bravo, Guerrero. La población de estudio fue de 115 madres en periodo de lactancia, que a través de un muestreo por conveniencia se seleccionaron aquellas participantes que decidieron participar voluntariamente. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la institución. De la muestra de 50 mujeres, 25 fueron madres con hijos recién nacidos sin patologías (en alojamiento conjunto) y 25 madres con hijos recién nacidos con patologías (en terapia neonatal). La técnica para coleccionar los datos fue un cuestionario autoaplicado, los criterios de inclusión fueron madres que estuvieran en periodo de lactancia con hijos recién nacidos sanos e hijos con alguna en-

fermedad y que se hallaban en el área de hospitalización, como aquellas que estaban en el lactario hospitalario.

El cuestionario que se utilizó, “Nivel de actitud en la lactancia materna” está conformado por 36 ítems, dividido por cuatro secciones. La primera sección menciona los datos sociodemográficos (6 preguntas); la segunda indica el componente afectivo (10 enunciados); la tercera señala el componente conductual (10 enunciados); y la cuarta puntualiza el componente cognitivo (10 enunciados). Para poder evaluar la actitud se recurrió a una escala ordinal tipo likert considerando los 3 componentes integrado por 30 ítems donde las opciones de respuesta son TA = totalmente de acuerdo (5 puntos), DA = de acuerdo (4 puntos), NI = ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos), NA = no estoy de acuerdo (2 puntos), TD = totalmente en desacuerdo (1 punto).

Dicho cuestionario fue elaborado por Mariela Yoselin Sandoval Muñoz, validado con el alfa de cronbach de .793. Los datos obtenidos se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 24 en donde se utilizaron frecuencias, porcentajes y Chi-cuadrada de Pearson para llevar a cabo el comparativo.

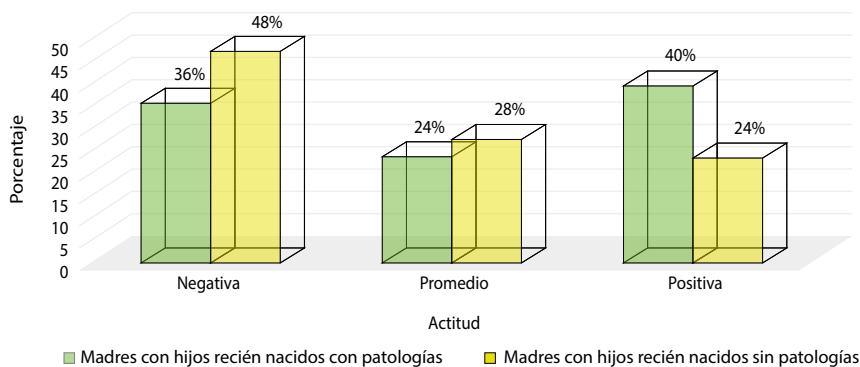
Resultados

De acuerdo con las características sociodemográficas de las madres participantes, se evidenció que el rango de edad con mayor porcentaje fue el grupo de 15-20, comprendiendo 19 (38 %), es decir, aquellas madres en edad adolescente. 22 (44%) de las madres tenían un solo hijo, 21 (42%) con un nivel de escolaridad de preparatoria, 26 (52%) se encontraban en unión libre, 32 (64%) refirieron ser amas de casa y 41 (82%) de las participantes pertenecían a la religión católica.

En la figura 1 se visualiza la actitud de manera general durante la lactancia materna en madres con hijos recién nacidos con y sin patologías, donde se evidenció que, del total de las madres con hijos recién nacidos con patologías, el 40% tuvo una actitud positiva, seguido de un 36% con una actitud negativa y finalmente un 24% con una actitud promedio. A diferencia del total de las madres con hijos recién nacidos sin

patologías, donde el 48% obtuvo una actitud negativa, el 28% manifestaron una actitud promedio y únicamente el 24% tuvo una actitud positiva durante la lactancia materna.

Figura 1. *Actitud hacia la lactancia materna*



Fuente: cuestionario aplicado a madres participantes del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, agosto 2022-mayo 2023.

En la tabla 1 se observa la comparación de la actitud durante la lactancia materna en madres de hijos recién nacidos con y sin patologías, desde el componente afectivo. Se contempló que del total de las madres con hijos recién nacidos con patologías, el 80%, la mayoría, tuvo una actitud negativa, seguida de un 16% con actitud promedio y solo un 4% una actitud positiva. Por el contrario, las madres con hijos recién nacidos sin patologías obtuvieron el 68% con actitud positiva, el 20% manifestaron una actitud promedio y, finalmente, el 12% tuvieron una actitud negativa durante la lactancia materna.

Tabla 1. *Componente afectivo*

	Actitud			Total
	Negativa %	Promedio %	Positiva %	
Madres con hijos recién nacidos con patologías	80	16	4	100
Madres con hijos recién nacidos sin patologías	12	20	68	100

Fuente: cuestionario aplicado a madres participantes del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, agosto 2022-mayo 2023.

En la tabla 2 se muestra la comparación de la actitud durante la lactancia materna en madres con hijos recién nacidos con y sin patologías, desde el componente conductual. Se destacó que, del total de las madres con hijos recién nacidos con patologías, el 72% obtuvo una actitud positiva, un 20% con actitud promedio y solamente un 8% una actitud negativa; a diferencia de las madres con hijos recién nacidos sin patologías, puesto que el 40% tuvo actitud positiva, seguido de un 36% con una actitud promedio, únicamente el 24% presentó una actitud negativa durante la lactancia materna.

Tabla 2. *Componente conductual*

	<i>Actitud</i>			<i>Total</i>
	<i>Negativa %</i>	<i>Promedio %</i>	<i>Positiva %</i>	
Madres con hijos recién nacidos con patologías	8.0	20.0	72.0	100.0
Madres con hijos recién nacidos sin patologías	24.0	36.0	40.0	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a madres participantes del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, agosto 2022-mayo 2023.

En la tabla 3 se visualiza la comparación de la actitud durante la lactancia materna en madres con hijos recién nacidos con y sin patologías, respectivo al componente cognitivo. Se evidenció que, del total de las madres con hijos recién nacidos con patologías, mayoritariamente tuvieron una actitud positiva, es decir, el 72%, el 24% con actitud promedio y solamente un 4% una actitud negativa; caso contrario de las madres con hijos recién nacidos sin patologías, pues el 80% tuvo una actitud negativa, por otro lado, el 12% manifestaron una actitud promedio y solo el 8% tuvieron una actitud positiva durante la lactancia materna.

Tabla 3. *Componente cognitivo*

	<i>Actitud</i>			<i>Total</i>
	<i>Negativa %</i>	<i>Promedio %</i>	<i>Positiva %</i>	
Madres con hijos recién nacidos con patologías	4.0	24.0	72.0	100.0
Madres con hijos recién nacidos sin patologías	80.0	12.0	8.0	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a madres participantes del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, agosto 2022-mayo 2023.

Discusión

En el presente estudio, del total de las madres en periodo de lactancia, el 38% de las encuestadas manifiestan que tienen edad adolescente, entre 15 y 20 años, y un 42% menciona que se encuentra cursando la preparatoria. Así mismo, el 52% manifestaron estar en unión libre, el 64% son amas de casa y el 82% practican la religión católica. A diferencia de Benancio (2022), pues el 51 % de las madres eran adolescentes tardías (17 a 19 años); respecto a la ocupación, el 58.3 % eran estudiantes; en cuanto al estado civil, la mayoría eran de condición soltera, y 47.6 % eran católicas. El 44% de las madres tiene un solo hijo, caso contrario a Carmon (2021), donde se halló que el 67% son puerperas multíparas.

En el componente afectivo (emociones, sentimientos y manifestaciones fisiológicas), las madres con hijos recién nacidos con patologías y que están hospitalizados en terapias neonatales manifiestan tener miedo, tristeza y no estar de buen humor al momento de amamantar. Caso similar con Carvalho y Pereira (2017), donde indicaron que el nacimiento prematuro de un bebé generaba ansiedad, angustia, miedo, impotencia, deseo de escapar y como consecuencia, afectan la lactancia materna.

Desde el componente conductual (acciones, intenciones y decisiones), las madres con hijos recién nacidos con patologías recalcaron que en ningún momento tomarían la decisión de utilizar leche artificial (fórmula). Así mismo, Cruz y Fernández (2019) refieren que el mayor porcentaje de recién nacidos prematuros consumía leche humana fortificada, seguido de la leche humana, sin embargo, un bajo porcentaje consumía fórmula láctea.

En cuanto al componente cognitivo (pensamientos, ideas, conocimientos, creencias y percepciones), las participantes con hijos recién nacidos con patologías tienen conocimiento suficiente sobre la lactancia materna, tal como es el caso de los beneficios, técnica correcta para amamantar, mitos sobre la lactancia, así como la técnica de estimulación, extracción y almacenamiento de leche materna, lo que las impulsaba a amamantar. Contrario a Gallegos y Reyes (2018), quienes indican que en las representaciones maternas se manifestó la construcción de conocimiento sobre la leche como alimento bueno, lo que les permitió optar inicialmente por alimentar

al hijo con su leche, sin embargo, tenían la idea de que la lactancia representa también dificultades, como la percepción de producción insuficiente, la creencia de que la leche materna daña, la actividad laboral materna y la prescripción de sucedáneos, lo que aumentaba el abandono de la lactancia materna.

Por otro lado, en el componente afectivo (emociones, sentimientos, respuestas fisiológicas), las madres con hijos recién nacidos sin patologías durante el amamantamiento se sentían felices, es decir, liberaban endorfinas y dopamina, lo que genera un buen estado de ánimo y, por consiguiente, disfrutaban el momento de lactar. De igual manera, Lema (2023) en su estudio denotó que la lactación aviva la interacción entre madre e hijo, la intercomunicación que se forme desarrolla ciertas hormonas de la felicidad y estas, a su vez, mejoran el estado físico, cognitivo y emocional de la persona.

En el componente conductual (acciones, intenciones y decisiones), la mayoría de las madres con hijos recién nacidos sin patologías, respecto a la pregunta “Si tengo/tuviera buena producción de leche, consideraría donar mi leche materna”, mencionaron que no donarían su leche materna a bebés prematuros. Por el contrario, Pinzón-Villate et al. (2022) señalan en su estudio que las madres comentaron que donarían su leche materna por empatía.

En el componente cognitivo (pensamientos, ideas, conocimientos, creencias y/o percepciones), de las madres con hijos recién nacidos sin patologías, correcta de preparación, estimulación y conservación de la leche materna, el 60% expresaron que no tenían conocimiento sobre la técnica. En comparación de Téllez-Pérez et al. (2019), en su estudio el 33% de estas mujeres refirieron conocer y llevar a cabo las técnicas de extracción, conservación y almacenamiento de la leche materna.

Conclusiones

El estudio realizado permitió analizar los resultados obtenidos, para dar respuesta a los objetivos planteados. Las madres encuestadas en su mayoría se encontraron en el rango de edad de entre 15 a 20 años, quienes mencio-

naron tener solo un hijo, con un nivel de escolaridad de preparatoria, así como también refirieron estar en unión libre. Del mismo modo, manifestaron ser amas de casa y de religión católica.

Con respecto a la actitud hacia la lactancia materna de las madres con hijos recién nacidos con patologías, se distinguió en gran medida por ser actitud positiva, mientras que en las madres con hijos recién nacidos sin patologías, se caracterizó por ser una actitud negativa.

Por otro lado, desde los diferentes componentes, tal como es el caso del afectivo, se evidenció que la mayoría de las madres con hijos recién nacidos con patologías, tuvieron una actitud negativa, mientras que las madres con hijos recién nacidos sin patologías, obtuvieron una actitud positiva. Asimismo, desde componente conductual, tanto las madres con hijos recién nacidos con y sin patologías, el mayor porcentaje obtuvo una actitud positiva. Sin embargo, del componente cognitivo se pudo observar que, en gran medida, las madres con hijos recién nacidos con patologías manifestaron una actitud positiva, caso contrario de las madres con hijos recién nacidos sin patologías, pues obtuvo la mayoría una actitud negativa.

Referencias

- Aguayo-Esquivel, E. M., Dávila-Hernández, K. A., Puga-Montoya, K. L., Rodríguez-Limón, M. del R. y Gómez-Cardona, J. P. (2018). *Actitudes hacia la lactancia materna relacionadas con la edad de mujeres primigestas en dos centros de salud. SANUS Revista De Enfermería*, 3(5), 13-18. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi.5.82>
- Benancio Vigilio, M. L. (2022). *Actitudes y conocimientos hacia la lactancia materna en madres adolescentes usuarias de un hospital materno infantil*. *Revista Peruana De Ciencias De La Salud*, 4(1), 21-27. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.1.366>
- Brown, J. V. E., Walsh, V. y McGuire, W. (2019). Formula versus maternal breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic reviews*, 8(8), CD002972. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002972.pub3>
- Carmen Encalada, M. X. (2021). *Nivel de conocimientos y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en puérperas mediatas del hospital de Chulucanas II-1, año 2021* [Tesis de licenciatura Universidad Nacional de Piura]. Repositorio UNP. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUMP_4c32b0ca7428d83d91165a4312b204e8
- Carvalho, L. da S. y Pereira, C. de M. C. (2017). Reacciones psicológicas de los padres ante la hospitalización de bebés prematuros en la UCI neonatal. *Revista SBPH*, 20(2), 101-122.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200007&lng=pt&tlng=pt

- Cruz Atausupa, L. D. y Fernández Neciosup, O. T. (2019). *Alimentación y estado nutricional de los recién nacidos prematuros atendidos en la Unidad de Intermedios II del Instituto Nacional Materno Perinatal Lima- 2018* [Tesis de licenciatura Universidad Norbert Wiener]. Repositorio UNWIENER. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/3039/TESIS%20Cruz%20Lesly%20-%20Fern%20-%20a1ndez%20Olga.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Domínguez Carranza, E., Pavón Reyes, J. M. y Vázquez Pérez, A. (2018). *Lactancia materna. Hospitales amigos de las madres y de los niños*. Revista Electrónica de Portales Médicos. IssN 1886-8924 <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/lactancia-materna-hospitales-amigos-de-las-madres-y-de-los-ninos/>
- Gallegos Martínez, J. y Reyes Hernández, J. (2018). Representaciones maternas sobre la salud y lactancia del niño prematuro en hospitales con y sin certificación Hospital Amigo del Niño y de la Madre. *Acta Pediátrica de México*, 39(2), 99-108. <https://doi.org/10.18233/apm39no2pp99-1081571>
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). *Lactancia materna. Semana mundial de la lactancia materna*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/lactancia-materna-341173>
- Lema Chirau, S. X. (2023). *Lactancia materna en el desarrollo vínculo afectivo de los niños del nivel inicial I del Centro de Educación Inicial "Benjamin Franklin" ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo]. UNACH. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/12088>
- Pinzón-Villate, G. Y., Arboleda-Montoya, L. M., y Ramírez-Cortázar, F. (2022). Motivaciones, factores favorecedores y barreras para la donación de leche humana en madres lactantes de cinco ciudades de Colombia. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 28(1).
- Procuraduría Federal del Consumidor [PROFECO]. (2020). *Leche materna hoy, salud y bienestar en el futuro*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/profeco/documentos/leche-materna-hoy-salud-y-bienestar-en-el-futuro>
- Téllez-Pérez, E., Romero-Quechol, G. M. y Galván-Flores, G. M. (2019). Conocimiento sobre lactancia materna de mujeres puérperas que acuden al primer nivel de atención. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 27(4), 196-205. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087615>

14. Determinantes asociados al abandono de la lactancia materna en puérperas veracruzanas



CECILIA CAPRILES LEMUS*

GLORIA LÓPEZ MORA**

MARÍA DE JESÚS CONTRERAS MIRANDA***

MARÍA ANGÉLICA IBARRA ESTELA****

GLORIA ENRIQUETA REYES HERNÁNDEZ*****

ELIZABETH COLORADO CARMONA*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.14>

Resumen

La lactancia materna es una etapa fundamental durante el primer periodo de la vida. A su vez, puede verse mediada por factores como el desconocimiento, las escasas redes de apoyo, actividad laboral, circunstancias que favorecen el abandono precoz. El objetivo es identificar las determinantes asociadas al abandono de la lactancia materna en puérperas veracruzanas. Estudio descriptivo de corte transversal, con un muestreo a conveniencia. La muestra estuvo integrada por 50 mujeres en puerperio. Los criterios de inclusión fueron un rango de edad de 18 a 35 años, aceptar participar y firmar el consentimiento informado. Se utilizó el instrumento denominado T-1 entrevista inicial del “Proyecto lactancia-ENSI” (Red Internacional de

* Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo en la Universidad Veracruzana, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5311-6790> ; correo electrónico: ccapriles@uv.mx

** Doctora en Gobierno y Administración Pública. Profesora de tiempo completo en la Universidad Veracruzana, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9787-7471>

*** Doctora en Gobierno y Administración Pública. Profesora de tiempo completo en la Universidad Veracruzana, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3285-871X>

**** Doctora en Educación. Profesora de la Universidad Veracruzana, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8618-9590>

***** Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora de base en la Universidad Veracruzana, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2836-2727>

***** Maestra en Enfermería. Profesora de tiempo completo en la Universidad Veracruzana, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2681-5112>

Enfermería en favor de la Salud Infantil). El análisis de los datos se llevó a cabo por medio del programa SPSS versión 25.0. La investigación se ejecutó bajo los principios de bioética y la declaración de Helsinki. El nivel de conocimiento encontrado se puede catalogar como bueno, puesto que se logró identificar en diferentes vertientes como lo fue la composición, aportes, características, beneficios tanto en el lactante como en la madre. A pesar de ello, al indagar acerca del plan o meta alimentaria del bebé en cuestión a la lactancia materna exclusiva, se pudo distinguir un abandono paulatino según la edad del lactante. Se pudo identificar la existencia de buen conocimiento en las puérperas. También, se encontró tendencia al abandono de la lactancia materna exclusiva, pudiendo estar mediado por factores como el desconocimiento, situación laboral, falta de tiempo, aspectos culturales, situación económica. Tras esta situación, es necesario realizar intervenciones de educación y promoción de la salud en materia de la lactancia materna, así como la creación de estrategias que puedan atender la demanda alimenticia del lactante tras la ausencia de la madre.

Palabras clave: *lactancia materna, abandono, riesgo.*

Introducción

La lactancia materna es una etapa fundamental durante el primer periodo de la vida. Resulta ser la manera mayormente eficaz y natural de proporcionar todos los elementos nutritivos, inmunológicos y emocionales al bebé, además de crear un fuerte vínculo entre la madre y el lactante. Dentro de los aportes se encuentran garantizar un crecimiento y desarrollo saludable del bebé, prevención de la desnutrición, la relación entre la alimentación complementaria con el estado nutricional de los lactantes. En cuanto a la mamá, permite el control de la higiene y vigilancia alimentaria, las prácticas durante los primeros meses de vida del bebé, además protege de padecer cáncer de mama y ovario, en especial cuando es exclusiva (Instituto de Salud para el Bienestar, 2023).

La lactancia materna es primordial para garantizar un sano crecimiento y desarrollo, aunque esto no siempre sucede, ya que en el mundo solo

38% de los niños menores de seis meses de edad reciben leche materna exclusiva, en tanto que sólo 39% de los niños de 20 a 23 meses edad se benefician de la práctica de la lactancia materna (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2023). En México se reportó un incremento de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del 14.4% en 2012 al 28.6% en 2018, también se manifestó que menos de la mitad 47.7% de los lactantes inicia a amamantar durante la primera hora de vida (Secretaría de Salud, 2014; Shamah-Levy et al, 2020).

La implementación de la lactancia materna puede verse limitada por diferentes causas que pueden ser determinantes en el cumplimiento de esta. Los factores se pueden presentar por ser propios a la madre, al recién nacido y al ambiente físico y psicológico que acompañan este proceso (Macías et al., 2006). La actitud, la sensibilización y el conocimiento de los aspectos prácticos por parte de la madre son cruciales para desarrollar satisfactoriamente la lactancia (López, 2010). Aunado a ello, es importante destacar que no solo existe dificultad para el comienzo e instauración de esta forma de alimentación, sino que, también, se han de sumar los obstáculos para el mantenimiento de esta, bien sea por problemas generados por la falta o errónea información que reciben las madres, las escasas redes de apoyo o las dificultades en el mantenimiento cuando se reinicia la actividad laboral remunerada, circunstancias que favorecen el abandono precoz de la lactancia materna (Rodríguez, 2017).

Es por todo ello que es importante fortalecer las estrategias de promoción y educación, teniendo como principal propósito el reforzar los niveles de conocimientos sobre lactancia materna e incorporándolos a la cuestión práctica. Asimismo, la adaptación de las intervenciones con base a las necesidades de la población. Por lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo identificar las determinantes asociadas al abandono de la lactancia materna en puérperas veracruzanas.

Metodología

La presente investigación se caracteriza por ser un estudio descriptivo de corte transversal con un muestreo a conveniencia. La muestra estuvo inte-

grada por 50 puérperas que se encontraban en el servicio de alojamiento conjunto, de un hospital de 2° nivel de atención de Veracruz, Veracruz. Conforme a los criterios de inclusión fue que estuvieran en un rango de edad de 18 a 35 años, quienes aceptaron participar y firmar el consentimiento informado. Se excluyeron aquellas madres cuyos hijos presentaron malformaciones congénitas, mujeres con VIH, drogas, alcohol, diabetes mellitus, partos múltiples, implantes de pechos, nódulos y extirpación de pechos.

Para el desarrollo de la investigación se utilizó el instrumento denominado T-1 entrevista inicial “Proyecto lactancia-ENSI” (Red Internacional de Enfermería en favor de la Salud Infantil) del cual solo se consideró los siguientes apartados, características sociodemográficas; la experiencia y percepciones de lactancia con 6 ítems; el conocimiento acerca de lactancia con 12 ítems dicotómica; y, por último, el plan/meta de alimentación al infante que consto de 5 declaraciones. El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General en materia de Investigación. Con base al artículo 17, fracción I y tomando en cuenta que esta es una investigación sin riesgos (Diario Oficial de la Federación, 2014), así como también los principios de bioética y la declaración de Helsinki, al análisis de los datos se llevó a cabo por medio del programa estadístico de Statistical Package for the Social Sciences, SPSS versión 25.0.

Resultados

De acuerdo con los datos sociodemográficos obtenidos se observa que el 68.0% vive con su pareja o esposo; del mismo modo, de acuerdo a su estado civil, el 60.0% se encuentra casada; en cuanto al grado académico, el 46.0% refiere contar con preparatoria. Al indagar acerca de su situación laboral, el 56.0% indicó contar con empleo. Así mismo el 88.0% mencionó contar con ingresos económicos suficientes para cubrir las necesidades básicas (tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas*

<i>Características</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Personas con quien vive		
Vive con pareja o esposo/a	34	68.0
Vive con familiar o sola	16	32.0
Estado civil		
Soltera	15	30.0
Casada	30	60.0
Divorciada	1	2.0
Separada	4	8.0
Grado Escolar		
No escuela	0	0
Primaria	3	6.0
Secundaria	12	24.0
Preparatoria	23	46.0
Universidad	12	24.0
Situación laboral		
Empleo	28	56.0
Sin empleo	22	44.0
Ingreso Económico		
Menos necesidades básicas	2	4.0
Necesidades básicas	44	88.0
Más de las necesidades básicas	4	8.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de encuesta, 2024.

En cuanto a la experiencia de las puérperas se encontró que el 70.0% de ellas sí recibió lactancia cuando era bebé, al indagar si alguna vez había dado de lactar a otros hijos el 60.0% afirmó no haberlo hecho. No obstante, el 86.0% había visto a alguien lactar anteriormente. Conforme a las percepciones de las participantes, el 64.0% logró identificar al menos un beneficio para la madre al lactar. Conforme a los beneficios al bebé el 96.0% indicó al menos un beneficio. Al cuestionar sobre los beneficios a la familia llama la atención que el 42.0% señala ningún beneficio, mientras que un 24.0% mostraba no saberlo (tabla 2).

Tabla 2. *Experiencia y percepciones de la lactancia*

	f	%
Recibió pecho de bebé		
Sí	35	70.0
No	11	22.0
No sé	4	8.0
Ha dado pecho a otros hijos		
40 días	1	2.0
1 mes	1	2.0
3 meses	1	2.0
4 meses	3	6.0
6 meses	5	10.0
7 meses	1	2.0
8 meses	2	4.0
9 meses	2	4.0
1 año	2	4.0
Año y medio	1	2.0
Dos años	1	2.0
No	30	60.0
Ha visto alguien dar pecho		
Sí	43	86.0
No	7	14.0
Beneficios para la mujer amamantar		
Adelgazar	9	18.0
Económico	2	4.0
Cáncer de mama	7	14.0
Dolor de pechos	3	6.0
Salud	11	22.0
No	9	18.0
No sé	9	18.0
Beneficio para el bebé		
Defensas	14	28.0
Nutrientes	7	14.0
Sano	27	54.0

No	1	2.0
No sé	1	2.0
Beneficio para la familia		
Económico	15	30.0
Bebé sano	2	4.0
No	21	42.0
No sé	12	24.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación encuesta "T-1 Entrevista Inicial del Proyecto de Lactancia Materna-ENSI", 2024.

El 94.0% reconoce la diferencia entre la lactancia materna y la fórmula, el 92.0% logra identificar los principales componentes de la leche materna; el 88.0% distingue sustancias transferidas al recién nacido al momento de amamantar. El 70.0% reconoce la importancia del calostro, así como 94.0% su aporte de nutrientes y anticuerpos al bebé. El 88.0% reconoce como falsa la premisa de que solo la mitad de las mujeres tiene producción de leche materna. El 90.0% de las puérperas reconoce que la leche materna previene alergia e infecciones; además de que el 58.0% puede reconocer que amamantar beneficia a la involución uterina; el 84.0% menciona que el estado emocional influye en la producción de leche; así como también el 70.0% reconoce que la producción depende de la succión del bebé. En cuanto a la vestimenta, el 98.0% sabe que no es correcto usar la ropa (sostén) ajustada. Finalmente, el 94.0% conoce la importancia de hábitos como el descanso y la alimentación para una buena producción de leche (tabla 3).

Tras lo mencionado se puede destacar que en la mayoría de las participantes el conocimiento es bueno, puesto que, casi en su totalidad, el manejo de información es adecuado de acuerdo a lo indagado.

Tabla 3. Conocimiento de las participantes acerca de la lactancia materna

	Verdadero	%	Falso	%
La leche de fórmula tiene las mismas características que la lactancia materna	3	6.0	47	94.0
La lactancia materna tiene proteínas, azúcar y anticuerpos.	46	92.0	4	8.0
Medicamentos, nicotina son transferidos de madre a hijo por la leche materna.	44	88.0	6	12.0

El calostro no es importante dárselo al bebé	15	30.0	35	70.0
El calostro provee nutrición y anticuerpos al bebé	47	94.0	3	6.0
La mitad de las mujeres producen leche materna	6	12.0	44	88.0
La leche ayuda a prevenir alergias e infecciones	45	90.0	5	10.0
Amamantar ayuda al útero que regrese al tamaño normal	29	58.0	21	42.0
Estado emocional de la madre afecta la bajada de leche	42	84.0	6	16.0
La leche dependerá qué tanto mame el bebé	35	70.0	15	30.0
El sostén apretado es importante para que la mama produzca leche	1	2.0	49	98.0
Dormir, descansar y comer bien para producir leche	47	94.0	3	6.0

Nota: % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación encuesta “T-1 Entrevista Inicial del Proyecto de Lactancia Materna-ENSI”, 2024.

Finalmente, se les plantearon una serie de escenarios donde se mostraban los planes de alimentación que seguirían para sus bebés. Se observó que el 60.0% se encontraba muy en desacuerdo de la alimentación con fórmula, en cambio el 82.0% se mostró muy de acuerdo en tratar de amamantar. En cuanto a la lactancia materna exclusiva el 72.0% se muestra muy de acuerdo en continuarla hasta el primer mes, el 58.0% hasta los tres meses y el 54% hasta los primeros seis meses del infante (tabla 4).

Tabla 4. Características del plan/meta de alimentación al lactante

	Muy de acuerdo		Poco de acuerdo		Insegura		Poco en desacuerdo		Muy en desacuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Alimentar con fórmula	3	6.0	4	8.0	7	14.0	6	12.0	30	60.0
Tratar de amamantar	41	82.0	0	0	5	10.0	3	6.0	1	2.0
Cuando el bebé tenga un mes lo alimentará solo con pecho	36	72.0	3	6.0	10	20.0	1	2.0	0	0
Cuando el bebé tenga tres meses lo alimentará solo con pecho	29	58.0	5	10.0	10	20.0	6	12.0	0	0
Cuando el bebé tenga seis meses lo alimentará solo con pecho	27	54.0	3	6.0	11	22.0	5	10.0	4	8.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación encuesta “T-1 Entrevista Inicial del Proyecto de Lactancia Materna-ENSI”, 2024.

Discusión

El nivel de conocimiento encontrado se puede catalogar como bueno, puesto que se logró identificar en diferentes vertientes como lo fueron la composición, aportes, características, beneficios tanto en el lactante como en la madre. Algo similar al estudio de García et al. (2020) donde encontró niveles de conocimientos regular para el 54% y bueno para el 42% sobre los beneficios de la lactancia materna. Garrido (2022) en su investigación menciona que las madres identifican los beneficios que presenta la lactancia materna tanto para el bebé y la madre, el 92% de las participantes conocen al menos un beneficio, y un 94% conoce cuando iniciar la alimentación complementaria; presenta similitud con Gómez et al., (2017) con un porcentaje de 80% a 90% en el conocimiento.

Al explorar sobre el apartado de lactancia materna exclusiva, solo el 54% mencionaba estar muy de acuerdo en emplearla hasta los primeros seis meses de vida. Por el contrario Garrido (2022), mostró que para el 85% de las madres/tutores es importante iniciar la alimentación complementaria a los seis meses, introduciendo alimentos nuevos según la tolerancia del niño; coincide con Recinos (2019) quien demuestra resultados similares, ya que el 81% de las participantes mencionan la importancia del inicio de la alimentación complementaria. Este conocimiento y buena actitud que presentan estas madres/tutores son un beneficio para una buena alimentación del niño.

A pesar de los buenos los resultados de en cuanto al conocimiento, al indagar acerca del plan o meta alimentaria del bebé se pudo distinguir un abandono paulatino según la edad del lactante en cuestión a la lactancia materna exclusiva, esto pudiera verse perturbado por diferentes factores como lo puede ser el nivel educativo, la situación laboral en donde la mayoría se encuentra con empleo lo que puede repercutir en sus tiempos y la independencia económica y, casi en su totalidad, cuentan con recursos para las necesidades básicas. Así mismo, Rodríguez (2022) observó en su estudio altos niveles de conocimiento, no obstante, mostró diversos factores de riesgo a la lactancia materna exclusiva, dentro de ellos se encuentran el factor social con 69.7% que en algún momento dejaron la lactancia por trabajo y

el 15.2% nunca lo hicieron, sugiriendo que al tener responsabilidad laboral y en el hogar existe una separación temporal de madre e hijo.

De igual manera, Acuña (2016) exhibió aquellas razones que interceden en la lactancia de 182 madres que habían sido encuestadas, entre ellas las principales son los factores sociales (36.8%) como la responsabilidad laboral. Ramón y Rocano (2017) determinaron que las circunstancias que se presentan en la lactancia materna ineficaz son las causas a nivel del trabajo, el nivel de escolaridad y los factores psicológicos y emocionales; es preocupante que el principal factor sea el trabajo, porque refleja un gran problema, ya que pocos centros de trabajo implementan lactarios.

Conclusión

Se logró identificar la existencia de buen conocimiento en las puérperas destacando el discernimiento por los componentes, características y beneficios de la lactancia materna. No obstante, es importante resaltar que se encontró una tendencia al abandono de la lactancia materna conforme el lactante va creciendo según el plan alimentario para el bebé; lo que se asoció a factores como el desconocimiento, la situación laboral en donde la mayoría se encuentra con empleo lo que puede repercutir en sus tiempos, aspectos culturales, situación económica. A su vez, esto puede indicar que el vínculo entre madre e hijo, refiriéndonos a la lactancia, puede ser transitorio.

Por tal motivo es necesario realizar intervenciones de educación y promoción de la salud en materia de lactancia materna por parte del personal de enfermería, así como adaptar y crear estas intervenciones que puedan atender la demanda alimenticia del lactante tras la ausencia de la madre, para fomentar estrategias como la implementación de extractores manuales y creación de bancos de leche caseros.

Referencias

- Acuña, J. (2016). *Factores biológicos y sociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en el Centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrión Villa María del triunfo*. [Tesis de Pregrado, Universidad Privada Sergio Bernales].
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2023). Sólo 4 de cada 10 bebés menores de 6 meses son exclusivamente amamantados en América Latina y el Caribe. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/solo-4-cada-10-bebes-menores-6-meses-exclusivamente-amamantados-america-latina-caribe-semana-lactancia-materna>
- Diario Oficial de la Federación (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- García, L., Salazar, A., Perdomo, A. y López, I. (2020). Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en primigestantes que asisten a control prenatal en Neiva. *Revista Neuronum*, 6 (3), 7-24. <https://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/268/294>
- Garrido, D. (2022). *Evaluación de conocimientos actitudes y prácticas en lactancia materna, destete y alimentación complementaria a través de la Guía Food and Agriculture Organization en madres lactantes del Hospital General Riobamba 2021*. <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/18033/1/20T0>
- Gómez, G., Latorra, K. y Tapia, L. (2017). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres de lactantes entre seis y veinticuatro meses en poblaciones rural y urbana en el año 2015* [Tesis de grado] Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/605>
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). *Lactancia materna*. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/lactancia-materna-341173>
- López, Y. (2010). Beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva. *Revista Electronica de Portales Médicos* <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2128/1/Beneficios-de-la-Lactancia-Materna-Exclusiva-.html>
- Macías, S., Rodríguez, S. y Ronayne, P. (2006). Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(5), 423-430. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000500008&lng=es&tlng=pt
- Ramón, M. y Rocano, E. (2017). *Lactancia Materna ineficaz influenciada por factores psicosociales en madres "Centro de Salud Tarqui"*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Cuenca]
- Recinos, D. (2019). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional*. [Tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala]. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8550.pdf
- Rodríguez, D. (2017). *Proceso de atención de enfermería en paciente con lactancia ma-*

- terna ineficaz*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Estatal de Península de Santa Elena]. Repositorio UPSE. <http://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/4162>
- Rodriguez, L. (2022). *Prevalencia y factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en el centro de salud de Reque – 2019*. [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio del Campus USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9471/Niquén%20Rodriguez%2c%20Lizett%20Jahaira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Secretaría de Salud [SS]. (2014). *Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018*. Gobierno de México. http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENIm_2014-2018.pdf
- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J. y Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2018-19*. Instituto Nacional de Salud Pública.

15. Prevalencia y factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres guerrerenses



NELISSA RODRÍGUEZ DORANTES*

LLUVIA PALOMA ESCOBAR SEPÚLVEDA**

MARTHA LETICIA SÁNCHEZ CASTILLO***

MARIBEL SEPÚLVEDA COVARRUBIAS****

IMELDA SOCORRO HERNÁNDEZ NAVA*****

EDNA EDITH GONZÁLEZ GALARZA*****

LAURA EDITH GALINDO MORALES*****

CINTHIA MARTÍNEZ MORALES*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.15>

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como lactancia materna exclusiva (LME) a la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, incluyendo el agua. La leche materna constituye la principal fuente de alimento para el niño, cubre las necesidades requeridas para los seres humanos, e incluso se ha

* Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2345-8906> ; correo electrónico: nelissa_frodo@hotmail.com

** Maestra en Educación. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1230-0286>

*** Doctoranda en Sexualidad Humana. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2744-1493>

**** Doctora en Bioética. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3764-5219>

***** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367>

***** Pasante de la Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero, México.

***** Pasante de la Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero, México.

***** Pasante de la Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero, México.

demostrado que los niños alimentados exclusivamente con leche materna no necesitan agua extra. El objetivo es identificar la prevalencia y factores que propician el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres usuarias del HMNG de Chilpancingo, Gro. Este es un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo de corte transversal, realizado con una muestra de 90 madres usuarias del HMNG de Chilpancingo, Gro, mediante un cuestionario de 37 ítems divididos en 5 secciones: datos sociodemográficos, factores culturales, psicológicos, biológicos, situación actual y conocimiento de la lactancia. De acuerdo con las encuestas aplicadas a madres usuarias del HMNG la prevalencia de este estudio fue del 40% de 36 mujeres encuestadas de la población total; los factores que propiciaron el abandono de la LME fueron el rango de edad de 16 a 26 años con el 58%, el 39% tiene estudios de nivel superior, el 53% se dedica a ser amas de casas y el 50% tiene de 1 a 2 hijos. Respeto a la lactancia materna, el 44% consideran que la leche artificial sí provee los nutrientes necesarios para el crecimiento del niño y niña; el 50% piensan que al amamantar por un largo periodo se caen los pechos; el 58% respondieron que es cierto que a través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebé; el 50% considera verdadero que los té de manzanilla, entre otras infusiones, previenen el cólico y los gases al bebé; el 72% respondieron que la leche de fórmula es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian. El 59% presentó depresión antes del embarazo o durante el posparto; el 75% se ha sentido nerviosa o estresada respecto a la maternidad; el 61% presentó deficiencia o baja producción de leche materna; el 53% presentaron dolor al iniciar la lactancia materna, grietas en los pezones; asimismo la falta de producción de leche fue una razón para que dejaran de amamantar; y para el 89% fue decisión propia qué tipo de lactancia dar a su bebé.

En nuestro estudio se encontró una prevalencia del 40% en las madres usuarias que han dejado de amamantar, diferente a los resultados del estudio realizado en el distrito de Piura (Perú) por Vásquez (2018). Donde muestran que el 50.3% de mujeres dejó la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida. El 60% proporciona lactancia materna exclusiva actualmente, diferente a los resultados del estudio realizado por Sepúlveda (2016) en Chilpancingo, Gro., el cual muestra que en relación con el tipo de alimentación de las 10 madres encuestadas,

el 49% de las madres indicaron que alimentan a sus hijos con lactancia materna exclusiva. La prevalencia de este estudio fue de menos de la mitad de la población total encuestada y los factores que propiciaron el abandono de la LME fueron los factores culturales a nivel de creencias, biológicos y psicológicos.

Palabras claves: *lactancia materna exclusiva, madres, factores de abandono.*

Introducción

La presente investigación tiene como objetivo identificar y conocer la prevalencia y los factores que propician el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres usuarias del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG), de Chilpancingo, Gro.

La leche materna constituye la principal fuente de alimento para el niño, cubre las necesidades requeridas para los seres humanos, e incluso se ha demostrado que los niños alimentados exclusivamente con leche materna no necesitan agua extra. Las organizaciones internacionales que se ocupan de la alimentación del recién nacido y el lactante indican que la lactancia materna es el mejor alimento para el recién nacido hasta el primer año de vida. La lactancia es un acto fisiológico, instintivo, natural y adaptativo de cada especie.

La investigación está conformada por los antecedentes, seleccionados en artículos científicos relacionados con el tema a tratar, se determinaron los objetivos que se desean encontrar durante la investigación; se integra el planteamiento del problema de lactancia materna exclusiva y la justificación, que nos ayudan a encontrar el problema a investigar y las razones para realizar la investigación. También se integra el marco teórico, el cual nos sirve para conocer más a fondo el problema a abordar; la metodología, que nos ayuda a conocer las variables que se estudian en el trabajo; asimismo, se presenta la discusión para comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones, y la conclusión de la investigación.

Para el análisis de este trabajo, se espera conocer los factores relacionados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres usuarias del HMNG, de Chilpancingo, Gro.

Objetivo general

Identificar la prevalencia y factores que propician el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en madres usuarias del HMNG de Chilpancingo, Guerrero.

Objetivos específicos

- Caracterizar datos sociodemográficos de las madres usuarias del HMNG en Chilpancingo, Gro.
- Determinar los factores culturales de abandono de la LME de las madres usuarias del HMNG en Chilpancingo, Gro.
- Describir los factores psicológicos de abandono de la LME de las madres usuarias del HMNG en Chilpancingo, Gro.
- Reconocer los factores biológicos de abandono de la LME de las madres usuarias del HMNG en Chilpancingo, Gro.
- Determinar el conocimiento actual de la lactancia LME de las madres usuarias del HMNG en Chilpancingo, Gro.

Marco teórico

Lactancia materna exclusiva (LME)

La LME es la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua (OMS, 2003).

Abandono de lactancia materna

De acuerdo con la OPS, las barreras más documentadas hacia la LME son la percepción de producción insuficiente de leche, la falta de confianza para

nutrir al bebé durante los primeros 6 meses, el personal de salud que aconseja la introducción de fórmulas lácteas y abandonar la lactancia de forma prematura, la falta de espacios adecuados para extraer leche materna durante la jornada laboral, la falta de políticas que respalden la LM o la vigilancia de su aplicación, el bombardeo comercial de las fórmulas lácteas y su alta disponibilidad.

Factores de abandono de LME

Los factores determinantes del abandono de la LME fueron la edad, nivel educacional materno, factores socioeconómicos, ámbito laboral, paridad, tipo de parto, asesoramiento profesional de salud, razones del destete precoz y redes de apoyo, etc. (Valenzuela, 2016).

Importancia de la lactancia materna

El amamantamiento es importante para la salud de los niños y de las mujeres a corto y a largo plazo. Tanto la acción de amamantar como la composición de la leche materna son importantes. El amamantamiento favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y el desarrollo físico y emocional del niño. La madre disfruta de la lactancia, mejora su autoestima y disminuye su riesgo de cáncer de mama, ovario y de osteoporosis. La leche materna proporciona los nutrientes ideales para el niño, lo protege de infecciones y muerte, así como de algunas enfermedades a largo plazo (Urquiza, 2014).

Beneficios de la lactancia materna exclusiva

Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechando al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal. Ningún alimento es mejor que la leche

materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes (Cáceres y Canales, 2016).

Beneficios para el bebé

- Efecto protector del síndrome de muerte súbita.
- Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Menor incidencia de desnutrición infantil.
- Menor incidencia de alergias e infecciones respiratorias y digestivas.
- Menor incidencia de enfermedad celíaca e infecciones urinarias.
- Protección contra diabetes mellitus, obesidad e hipercolesterolemia, y contra algunas formas de cáncer.
- Protección contra infecciones del oído medio en la primera infancia.
- Menor incidencia de problemas dentales y mal oclusión.
- No requiere suplemento vitamínico y mineral, ni agua u otros líquidos mientras tome pecho exclusivo.

Factores que propician el abandono de la lactancia materna exclusiva

Entre los factores que se asocian al abandono de la lactancia materna exclusiva tenemos los maternos, sociofamiliares, socioeconómicos, culturales y los relacionados al lactante.

Factores maternos

El abandono de la lactancia está presente en diferentes culturas, esto debido al uso de una mala técnica para realizar la lactancia materna acompañado de una producción insuficiente de leche; también es común identificar que se dé por el retorno a las actividades laborales de la madre. En muchos de los casos es por la falta de conocimiento acerca de los beneficios que puede tener el bebé de la lactancia materna, ya que puede tratarse de una madre

joven y, por lo tanto, con poca o sin experiencia; esta situación también se presenta por la falta de apoyo de los familiares e incluso del padre del bebé, lo cual incrementa la posibilidad de abandono precoz de la lactancia materna del niño(a) en sus primeros meses de vida. Entre los factores maternos encontramos las siguientes:

- Dolor al amamantar: algunas veces las madres pueden advertir algún tipo de molestia al empezar con la lactancia, pero si las mamas no tienen ningún problema, este pasará en poco tiempo. Por lo tanto, hay que observar si se está practicando la técnica correctamente, al verificar la posición correcta de la madre y del bebé, evitando que el pezón no se altere con la compresión que ejerce la boca del bebé.
- Grietas en el pezón: estas se tratan de heridas en los pezones que se producen debido a una compresión inconveniente por la boca del bebé, frecuentemente sucede por una falta de acoplamiento.
- Mastitis: se presenta en promedio entre el 1 al 7% de las madres que dan de lactar. Se trata de una infección del tejido intersticial contiguo al lóbulo mamario. Dentro los factores que favorecen su aparición están las aberturas del pezón, retención de leche, cambiar repentinamente el número de las mamadas, baja de las defensas a los procesos infecciosos, entre otras.
- Leche insuficiente: generalmente las madres se quejan de la falta de leche, sin embargo, se observa que en la realidad ha disminuido esta percepción. Si se presenta una inapropiada extracción de leche, esta puede influir en la baja de la producción.

Factores sociofamiliares

- Ambiente familiar inadecuado: en este caso las mamás centran su atención al recién nacido y puede generar un desequilibrio efectivo en la pareja.
- Retorno al trabajo y/o estudio: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), indica que una de las causas de abandono de las lactancias maternas, antes de los primeros 6 meses es, sin duda, la vuelta al trabajo y/o estudio.

Factores socioeconómicos:

- Estado civil: se denomina estado civil a la situación o condición jurídica en la que se encuentran las madres con relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.
- Nivel educativo: el nivel de escolaridad de la madre determinará la capacidad para adquirir nuevos conocimientos integradores, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento.
- Procedencia: es el medio natural en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres.
- Entorno laboral: el apoyo a las madres en su lugar de trabajo, a fin de facilitarles la lactancia natural, es también un aspecto fundamental para la protección de la lactancia materna.
- Ingreso Económico: una mejor condición económica también está relacionada con un mayor riesgo de no proveer lactancia al seno materno, esto quizás se deba a que se cuenta con los recursos económicos necesarios para adquirir sucedáneos de la leche materna.

Factores culturales

- Conocimientos y creencias: la diferencia en la exclusividad y duración de la lactancia dependen en gran medida del conocimiento de la mujer sobre la producción de leche y en creencias culturales, las creencias culturales afectan al modo en que se alimenta a los niños y los valores, actitudes y expectativas asociados a este comportamiento.

Factores relacionados al lactante

- Niño “dormilón”: en el caso de los recién nacidos manifiestan un modelo de sueño que ocupa gran parte de su vida durmiendo. Muchos de ellos lo expresan más intensamente y con más periodicidad que otros.

- Crisis transitoria de lactancia: en este caso, la lactancia se establece dentro de las cuatro semanas posparto, la cual se muestra con un volumen de 600 ml de leche materna cada 24 horas. En algunos casos se puede presentar un incremento en la producción de leche conforme el bebé va creciendo, de esta manera se muestra una necesidad de mayor alimentación del niño, sin embargo, no todas las madres presentan.
- “Rechazo” de amamantamiento: en ciertas ocasiones las madres afirman que no lograron amamantar a sus hijos porque ellos “rechazaron el pecho”.

Metodología

Diseño y tipo de investigación

Es una investigación cuantitativa, porque se utiliza un instrumento con una serie de preguntas sobre los factores de abandono de riesgo de LME, para valorar las variables de riesgos socioeconómicos, psicológicos, socioculturales, la situación actual y el conocimiento de la lactancia. Es un estudio observacional porque solo se estudia la medición de las variables, sin necesidad de intervenir en el estudio; es descriptiva porque se describen variables en un grupo de sujetos en un periodo de tiempo corto; y es de corte transversal porque se enfoca en la medición de los factores que propician el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres usuarias del HMNG de Chilpancingo, Guerrero.

- Población de estudio: mujeres usuarias del HMNG de Chilpancingo Guerrero.
- Lugar de estudio: Hospital de la Madre y del Niño Guerrerense de Chilpancingo de los Bravo, Guerrero.
- Periodo de estudio: 1 mes
- Tamaño de la muestra: 90 mujeres usuarias del HMNG de Chilpancingo Guerrero.

Variables

- Dependiente: abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.
- Independiente: factores sociodemográficos, culturales, psicológicos, biológicos, situación actual y conocimiento de la lactancia.

Instrumento para recolectar la información

Encuesta validada (Alfa de Cronbach 0.738) que consta de 37 ítems divididas en 5 secciones:

- Sección I. Datos sociodemográficos de la madre (7 ítems)
- Sección II. Factores culturales dividido en dos partes (conocimientos y creencias) (11 Ítems)
- Sección III. Factores psicológicos (5 ítems)
- Sección IV. Factores biológicos (5 ítems)
- Sección v. Situación actual y conocimiento de la lactancia (9 ítems)

Análisis de información

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico SPSS versión 21, se realizó un análisis descriptivo mediante tablas de frecuencias, porcentajes y asociaciones.

Resultados

Sección I. Datos sociodemográficos

El rango de edad que predomina es de 16 a 26 años con el 61.1%, lo que confirma que el porcentaje de madres adolescentes tiene una tendencia cada vez mayor; el 63.3% se encuentran en unión libre; el 70% se dedican a ser

amas de casas; el 30% tiene estudios de nivel superior; y el 77.8% tienden a tener de 1 a 2 hijos.

Sección II. Factores culturales (conocimientos)

- El 98.9% de las madres usuarias encuestadas consideran que la LME es el alimento ideal para el recién nacido hasta los 6 meses, mientras que, el 1.1% considera lo contrario.
- Del 100% de las madres usuarias encuestadas, el 67% consideran que la leche artificial no provee los nutrientes necesarios para el crecimiento del niño (a), por otro lado, el 33% restante creen que sí lo es.
- El 89% de las madres usuarias opinan que la LME es a libre demanda, sin embargo, el 11% de las madres encuestadas consideran que no lo es.
- El 100% de las madres usuarias encuestadas creen que la leche materna es importante porque protege al bebé de contraer diferentes enfermedades.
- El 91% de las madres opinan que la leche materna sí disminuye el riesgo de alergias respiratorias y digestivas en el recién nacido, por otra parte, el 9% restante consideran que no lo es.
- El 86.7% de las madres usuarias comenzó a amamantar después de 1 hora de ocurrido el parto, mientras tanto, el 1.1% de las madres comenzó la lactancia entre el tercer y cuarto día después del nacimiento de su bebé.

Factores culturales (creencias)

- El 57% de las madres creen falso que al amamantar por un largo periodo se caen los pechos, y el otro 43% opinan lo contrario.
- El 53% de las usuarias encuestadas opinan que a través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad a su bebé, no obstante, el 47% consideran que es falso.

- El 93% creen falso que la primera leche materna es dañina para los bebés, mientras que el 7% dicen que es cierto.
- El 62% de las mujeres encuestadas manifiestan que los té de manzanilla y otras infusiones no previenen los cólicos y gases al bebé, mientras que el 38% comentan que es cierto.
- El 54% de las madres usuarias aseguran que es falso que la leche de fórmula es la mejor opción para las madres que estudian o trabajan.

Sección III. Factores psicológicos

- El 73% (66) no sufrieron depresión antes del embarazo o durante el posparto, a diferencia del 26.7 (24) que sí presentaron depresión.
- Se obtuvo como resultado que el 53.3% de las encuestadas se han sentido nerviosas o estresadas respecto a la maternidad, mientras que el 46.7% dijeron que no.
- El 65.6% de las encuestadas han sentido que afrontan efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida, mientras que el 34.4% indican lo contrario.
- El 74.4% de las encuestadas no se han sentido incapaces de controlar las cosas importantes en su vida durante el inicio de la lactancia materna exclusiva, a comparación con el otro 25.6% que sí.
- El 83.3% no han sentido preocupación o estrés respecto a su apariencia física después del inicio de la lactancia materna, mientras que el 16.7% sí siente preocupación en relación con su apariencia física.

Sección IV. Factores biológicos

- El 88.9% no ha presentado alguna malformación en el pezón, a diferencia del 11.1% restante.
- El 58.9% de las encuestadas no presentaron deficiencia o baja producción de leche materna, sin embargo, el 41.1% restante sí.
- El 30% de las encuestadas han presentado dolor al iniciar la lactancia materna, por el contrario, el 70% no presentaron molestia alguna.

- Durante el periodo de lactancia el 7.8% de las encuestadas presentaron mastitis (inflamación, enrojecimiento o fiebre en el seno etc.). Por otra parte, el 92.2% del total de las usuarias no presentaron mastitis.
- Al 33.3% de las encuestadas se les agrietaron los pezones durante el periodo de lactancia, mientras que el 33.3% no presentaron problemas de este tipo.

Sección V. Situación actual y conocimiento de la lactancia

- El 99% piensan que la leche materna es la mejor opción para su bebé, mientras tanto el 1% restante piensa que es mejor la leche artificial.
- El 60% de las madres usuarias no han dejado de amamantar a su bebé, sin embargo, el 40% sí han dejado de amamantar.
- El 60% de las madres usuarias le están proporcionando a su hijo LME actualmente, mientras tanto, el 40% restante le están proporcionando lactancia artificial.
- El 60% de las madres encuestadas da lactancia materna exclusiva, sin embargo, aproximadamente el 21.1% no lo hace por falta de producción de leche, seguida por la falta de tiempo con un 15.6%, dolor en los senos 2.2% y grietas en el pezón con un 1.1%.
- El 92.2% de la población encuestada menciona que es decisión propia qué tipo de lactancia darle a su bebé, mientras tanto, el 4.4% ha sido influenciado por sus familiares.
- El 60% de las madres usuarias han ofrecido LME a su bebé, mientras tanto, el 40% ha ofrecido leche artificial.
- El 94.4% de las usuarias encuestadas han recibido información sobre las maneras de darle el pecho correctamente a su bebé, por parte del personal de salud.
- Nos indican que el 88.9% de las madres recibió la información sobre temas relacionados a la lactancia materna por parte del personal de enfermería, el 7.8% por parte del médico y el 3.3% por familiares.
- El 68.9% de la población encuestada sabe cómo conservar la leche materna en su hogar, mientras que el 31.1% restante de la población no sabe.

Resultados que influyeron en el abandono de la LME en madres usuarias del HMNG de Chilpancingo, Gro.

- De las madres usuarias encuestadas que abandonaron la LME, el grupo de edad que más sobresale es la de 16 a 26 años con el 58%; el nivel de escolaridad que predominó fue el nivel superior con el 39%; el 53% se dedican a ser amas de casa; el 50% tienen de 1 a 2 hijos y piensa que al amamantar por un largo periodo se caen los pechos, también consideran que, con los tés de manzanilla, entre otras infusiones, previenen el cólico y los gases a sus hijos.
- El 44% de las madres que dejaron de amamantar piensan que la leche artificial sí provee los nutrientes necesarios para el crecimiento del niño y niña; en el nivel de creencias, el 58% creen que a través de la leche materna pueden transmitirles alguna enfermedad a sus bebés, y el 76% opina que la leche de fórmula es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.
- El 59% sufrieron estrés antes del embarazo o durante el posparto; el 75% se ha sentido nerviosa o estresada respecto a la maternidad; el 50% han sentido que no han afrontado efectivamente los cambios importantes que han ocurrido en su vida y el 47% se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida durante el inicio de la LME.
- El 61% presentó deficiencia o baja producción de leche materna, mientras que el 53% presentaron dolor al iniciar la LME y se les agrietaron los pezones.
- El 53% consideran que las razones para no amamantar al bebé son por falta de producción de leche y no saben cómo conservar la leche materna en su hogar, el 89% fue decisión propia qué tipo de lactancia darle a su bebé.

Discusión

En nuestro estudio se encontró una prevalencia del 40% en las madres usuarias que han dejado de amamantar, diferente a los resultados del estudio realizado en el distrito de Piura (Perú) por Vásquez (2018), donde muestra que el 50.3% de mujeres abandonó la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida.

La mayoría de las madres encuestadas radican en zonas rurales con el 51.1%, diferente a la investigación realizada en la Universidad de Santander por Gutiérrez y Rubio (2020), que indica que el 94.1% de las madres residen en zonas urbanas.

El 56.7% consideran que al amamantar por un largo periodo se caen los pechos, diferente a los resultados de Gutiérrez y Rubio (2020), en el que el 50% de la población percibió que los senos se le cayeron al amamantar al bebé.

El 73.3% de las madres encuestadas no han sufrido depresión en el embarazo o en el posparto, diferente a los resultados registrados por Gutiérrez y Rubio (2020), los cuales muestran que el 67.6% de población antes o durante del posparto no sufrieron o sufrían de depresión.

El 41.1% de las madres usuarias presentaron deficiencia o baja producción de leche materna, diferente a los resultados obtenidos por Cancino (2020), donde expone que el 82% de las madres encuestadas afirmaron que durante el amamantamiento la producción de leche disminuyó.

El 60% proporcionan lactancia materna exclusiva actualmente, diferente a los resultados del estudio realizado por Sepúlveda et al. (2016), el cual muestra que, en relación con el tipo de alimentación de las 10 madres encuestadas, se identificó que el 49% de las madres indicaron que alimentan a sus hijos con lactancia materna exclusiva.

Conclusión

La prevalencia de este estudio fue de menos de la mitad de la población total encuestada y los factores que propiciaron el abandono de la LME fueron los factores culturales a nivel de creencias, biológicos y psicológicos.

Dentro de los datos sociodemográficos se logró identificar que más de la mitad tienen de 16 a 26 años, se encuentran en unión libre y se dedican a ser amas de casa, menos de la mitad tienen estudios de nivel superior, la mitad tienen de 1 a 2 hijos y radican en zonas rurales.

En los factores culturales, menos de la mitad consideran que la leche artificial provee los nutrientes necesarios para el crecimiento del bebé, la mitad creen que al amamantar por un largo periodo se caen los pechos, y

consideran que los tés de manzanilla, entre otras infusiones, previenen el cólico y los gases al bebé. Menos de tres cuartas partes respondieron que a través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebé, y más de tres cuartas partes respondieron que la leche de fórmula es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.

Menos de tres cuartas partes sufrió depresión antes del embarazo o durante el posparto, más de tres cuartas partes se han sentido nerviosas o estresadas respecto a la maternidad, la mitad han sentido que no han afrontado efectivamente los cambios importantes que han ocurrido en su vida y menos de la mitad se han sentido incapaces de controlar las cosas importantes de su vida durante el inicio de la LME.

Menos de tres cuartas partes presentó deficiencia o baja producción de leche materna y más de la mitad presentó dolor al iniciar la lactancia materna y se les agrietaron los pezones.

Más de tres cuartas partes indican que fue decisión propia qué tipo de lactancia darle a su bebé, más de la mitad no saben cómo conservar la leche materna en su hogar, y mencionan que la falta de producción de leche fue una razón para que dejaran de amamantar.

Referencias

- Barrera-Rojas, M. A. (2023). Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva (lme) en madres trabajadoras del sector turístico en Riviera Maya, México. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 33(62). <https://doi.org/10.24836/es.v33i62.1356>
- Cabedo, R., Manresa, J. M., Cambredó, M. V., Montero, L., Reyes, A., Gol, R. y Falguera, G. (2019). Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. *Matronas Profesión*, 20(2), 54-61.
- Cáceres, S. R. y Canales, D. M. (2016). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva de las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama. En el Departamento De Estelí* [Tesis de grado Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio UNAN-Managua.
- Campiño Valderrama, S. M. y Duque, P. A. (2019). Lactancia materna: factores que propician su abandono. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2), 331-41. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3379.2019>
- Cancino Ventura, N. F. (2020) *Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al puesto de salud Santa Ana-*

- 2019 [Tesis de grado]. Universidad Señor de Sipan. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7191/Cancino%20Ventura%20Nicol%-c3%a1s%20Fernando.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carhuas Córdova, J. R. (2016). *Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un Centro de Salud de Lima Metropolitana, 2015* [Tesis de Licenciatura Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. UNMSM.
- Cieza Vasquez, G. y Velásquez Caro, J. M. (2020). Factores psicosociales y la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres del Centro de Salud El Bosque Chiclayo-2019. *Revista Científica de Enfermería CURAE*, 3(1) 53-61.
- Corral-Cao, L., Rey-Fernández, P. y Gobbato, C. C. (2022). Factores asociados al abandono de la lactancia materna en los primeros 12 meses de vida. *ENE Revista de Enfermería*, 16(3).
- Díaz Vargas, L. (2023). *Lactancia materna exclusiva. Factores que influyen en su abandono precoz. Área de salud Mayarí. 2021*. XXI Jornada Científica Provincial de Medicina Familiar, Holguín 2023.
- Echenique, R., Montes, A. y Pinto Leiva, M. (2019). *Factores asociados al total o parcial en la lactancia materna en niños de hasta 6 meses en Hospital Español de Mendoza* [Tesis de licenciatura Universidad Nacional de Cuyo]. UNCU.
- Gutiérrez Pérez E. A. y Rubio Rolón, S. P. (2020). *Factores de riesgos de abandono de la lactancia materna exclusiva en las madres del área administrativa de la Universidad de Santander UDES Cúcuta* [tesis de grado]. Universidad de Santander.
- Moguel Canul, D., Dickinson Bannack, F., Méndez Domínguez, N. y Ávila Escalante, M. L. (2013). Factores que contribuyen al abandono de la lactancia materna exclusiva en Mérida, México. *Estudios de Antropología Biológica*, 15(1).
- Navarrete-Balladares, L. A., Almeida-Pozo, J. L. y Sáenz-Tuqueres, J. N. (2022). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*, 6(3), 234-242.
- Olaya Flores, Y. I. (2020). *Factores asociados con el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en madres del Centro de Salud de Pampa Grande, Tumbes*. Universidad Nacional de Tumbes.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Guía para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. OMS. https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241546220_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Lactancia materna: beneficios y barreras*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna>
- Ortega Moreno, M, del C., Castillo Saavedra, E. F. y Reyes Alfaro, C. E. (2020). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Perú. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2).
- Santana González, C., González González, G., Gómez Ortega, M., Dimas Altamirano, B., Bobadilla Serrano, M. y González Peña, K. (2022). Factores de riesgo para el abandono de la lactancia materna en un hospital del Estado de México. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 2160-2169.
- Sepúlveda, M., et al. (2016). Factores que influyen en el abandono de la lactancia ma-

- terna en madres que asisten al Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo, Gro. Academia Journals.
- Sepúlveda Covarrubias, M., Díaz González, L., Jarquín Sepúlveda, L., Hernández Nava, I. S., Cruz Velázquez, C., Sánchez Castillo, M. L. y Cuevas Reyes, B. L. (2016). *Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en madres que asisten al Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo, Gro.* Academia Journals.
- Tigasi, P. y Arráiz de Fernández, C. (2023). Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en menores de 1 año. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023395>
- Urquiza Aréstegui, R. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(2), 171-176.
- Vázquez Atoche, M. L. (2018). *Factores socioculturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en mujeres del Distrito de Piura* [Tesis de maestría Universidad Peruana, Cayetano Heredia]. Repositorio UPCH.

16. Conocimiento sobre masculinidades en adolescentes y adultos de una comunidad guerrerense



MARTHA LETICIA SÁNCHEZ CASTILLO*

MARIBEL SEPÚLVEDA COVARRUBIAS**

IMELDA SOCORRO HERNÁNDEZ NAVA***

LUCIO DÍAZ GONZÁLEZ****

CARLOS ALBERTO CATALÁN GÓMEZ*****

NELISSA RODRÍGUEZ DORANTES*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.16>

Resumen

El estudio analiza cómo los adolescentes de comunidades rurales de Guerrero perciben la masculinidad, influenciados por normas tradicionales de género que promueven comportamientos dominantes y emocionales reservados. Estas percepciones afectan su salud emocional, relaciones interpersonales y bienestar. A pesar de estar expuestos a influencias, algunos jóvenes enfrentan dificultades para desafiar las expectativas comunitarias. La comprensión de estas percepciones es clave para diseñar intervenciones educativas que promuevan masculinidades saludables y equitativas. El objetivo es identificar el nivel de conocimiento sobre masculinidades en adolescentes y adultos de una comunidad guerrerense. Este estudio cuanti-

* Doctoranda en Sexualidad Humana. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2744-1493> ; correo electrónico: leticias59@hotmail.com

** Doctora en Bioética. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3764-5219>

*** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367>

**** Doctor en Ciencias Matemáticas. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3380-5086>

***** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9970-4272>

***** Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2345-8906>

tativo y descriptivo explora el conocimiento sobre masculinidades en una comunidad del estado de Guerrero: adolescentes y adultos. A través de una encuesta estructurada con 45 preguntas, se analizaron actitudes y creencias sobre los roles de género y masculinidades. La muestra incluyó 50 participantes, y los datos fueron procesados mediante SPSS. El estudio se realizó bajo principios éticos, asegurando la confidencialidad y el consentimiento informado. Los adolescentes presentan un conocimiento medio (68%), mientras que los adultos tienen una mayor distribución entre conocimiento alto (44%) y medio (48%). Factores como estado civil, religión, ocupación y nivel educativo influyen en las percepciones sobre masculinidades, destaca que un mayor nivel educativo y experiencia laboral están relacionados con una mayor comprensión de estos temas. En relación a la asociación, la escolaridad está significativamente asociada al conocimiento sobre masculinidades ($p = .025$), mientras que otros factores no. El estudio revela diferencias en la percepción de la masculinidad entre adolescentes y adultos, destacando la influencia de la educación.

Palabras clave: *masculinidad; adolescente; conocimiento.*

Introducción

La percepción de las masculinidades en adolescentes de comunidades rurales, como las de Guerrero, es un tema relevante en el campo de la salud, la educación y los estudios sociales. La construcción social de la masculinidad influye profundamente en la identidad, las actitudes y comportamientos de los jóvenes, ya que determina, en gran medida, sus relaciones interpersonales, su bienestar emocional y físico, y su interacción con la sociedad en general. En el contexto de las comunidades rurales de Guerrero, las construcciones tradicionales de género pueden estar particularmente arraigadas, influenciadas por factores socioculturales como la familia, la religión y las estructuras comunitarias. El presente estudio se enfoca en examinar cómo los adolescentes de una comunidad guerrerense perciben la masculinidad, cómo estas percepciones moldean su comportamiento, y qué implicaciones tiene este fenómeno en su desarrollo personal y social.

Las masculinidades han sido tradicionalmente definidas a través de normas rígidas que esperan que los hombres se comporten de manera dominante, fuerte, emocionalmente reservada y responsable de la manutención familiar. Sin embargo, en las últimas décadas, los estudios sobre género han demostrado que estas representaciones tradicionales de la masculinidad no solo son limitantes, sino que también pueden ser perjudiciales para el bienestar de los hombres, ya que impiden la expresión de emociones, la búsqueda de ayuda psicológica, y el desarrollo de relaciones interpersonales saludables (Connell, 2005). La noción de que la masculinidad está asociada con el control, la violencia y el poder sigue estando profundamente arraigada en muchas culturas, lo cual tiene un impacto negativo tanto en la salud mental de los hombres como en la violencia de género que afecta a las mujeres (Barker, 2005).

En contextos como el de Guerrero, donde persisten estructuras de poder patriarcales, la percepción de la masculinidad entre los adolescentes puede verse exacerbada por las expectativas comunitarias y familiares. Los adolescentes de esta región están expuestos a un modelo de masculinidad tradicional, que en muchos casos es promovido tanto por los padres como por los compañeros, y que define a los hombres como los proveedores, protectores y figuras de autoridad. Este modelo puede tener implicaciones significativas en el desarrollo de los adolescentes, influenciando sus actitudes hacia las mujeres, sus relaciones afectivas y su salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, en una investigación realizada en comunidades rurales de México, se encontró que los jóvenes masculinos percibían que su rol como hombres incluía la no expresión emocional y la asunción de conductas agresivas como una forma de demostrar su virilidad (Pérez y Pérez, 2018).

Además, la transformación de los roles de género en las últimas décadas, debido al acceso a nuevas formas de comunicación y la globalización de ideas sobre igualdad de género, ha generado nuevas formas de percepción de la masculinidad entre los adolescentes. Los adolescentes de comunidades rurales, aunque influenciados por las normas tradicionales, también están expuestos a influencias externas que promueven modelos alternativos de masculinidad. Sin embargo, estos modelos alternativos de masculinidad pueden ser desafiantes para algunos jóvenes, quienes podrían sentir que transgredir las normas tradicionales de género pone en peligro su aceptación dentro de la comunidad (Berkowitz, 2009; Donnelly y Sani, 2021).

El conocimiento de las percepciones que los adolescentes de Guerrero tienen sobre la masculinidad es esencial para entender cómo se desarrollan sus conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y drogas, las relaciones sexuales sin protección, y la violencia. La comprensión de estas percepciones puede proporcionar una base para diseñar intervenciones educativas y programas de salud pública que aborden la salud emocional y física de los adolescentes, al promover masculinidades más equitativas y saludables. La educación sobre igualdad de género y la ruptura con estereotipos tradicionales son fundamentales para ayudar a los jóvenes a construir una identidad de género que les permita desarrollarse plenamente sin las limitaciones impuestas por las normas tradicionales de masculinidad.

Es por ello que la presente investigación planteó como objetivo identificar el nivel de conocimiento sobre masculinidades en adolescentes y adultos de una comunidad guerrerense.

Metodología

Este estudio es de tipo cuantitativo y se enmarca dentro de un diseño descriptivo, cuyo propósito principal fue explorar la percepción de las masculinidades en dos grupos específicos: estudiantes adolescentes y hombres adultos de la comunidad de Zumpango del Río, Guerrero. El diseño descriptivo permite obtener una visión detallada sobre las actitudes, creencias y conocimientos de los participantes en un momento determinado, sin intervenir o manipular las variables del estudio. De este modo, se busca realizar un análisis claro y objetivo sobre las percepciones en torno a las masculinidades, un tema de gran relevancia en la actualidad, especialmente en contextos socioculturales como el de Zumpango del Río.

La población de estudio estuvo conformada por dos grupos. El primero consistió en estudiantes de la Preparatoria No. 36, ubicada en Zumpango del Río, Guerrero. Este grupo se seleccionó específicamente debido a que los adolescentes en este rango de edad están en una etapa clave de formación de identidad, incluyendo la percepción sobre el rol de género y la masculinidad. El segundo grupo estuvo constituido por hombres adultos residentes de la misma comunidad, quienes representan a la población masculina que

ha experimentado diferentes etapas de desarrollo en cuanto a los constructos de masculinidad.

Los criterios de elegibilidad fueron claramente establecidos para asegurar la representatividad y pertinencia de la muestra. Para los estudiantes, los participantes debían estar inscritos en el tercer año de la Preparatoria No. 36, con edades comprendidas entre los 17 y 19 años. Por otro lado, para los hombres adultos se estableció que los participantes debían tener edades entre los 20 y 58 años, ser residentes de Zumpango del Río y estar disponibles para participar en el estudio. Los participantes fueron seleccionados con base en su disposición y capacidad para responder el cuestionario de manera adecuada.

Se aplicaron criterios de exclusión para garantizar que la muestra fuera homogénea y adecuada para el análisis. No se incluyó a los estudiantes que optaron por no participar en la investigación, así como a aquellos hombres adultos que no pudieran comprender o responder el cuestionario debido a limitaciones cognitivas o físicas. Este proceso de exclusión permitió evitar la inclusión de datos que pudieran sesgar los resultados o afectar la validez del estudio.

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo por conveniencia, ya que se trató de un estudio exploratorio con objetivos descriptivos. Se seleccionaron 50 participantes en total, distribuidos de manera equitativa en dos grupos: 25 estudiantes de la Preparatoria No. 36 y 25 hombres adultos residentes en Zumpango del Río. El muestreo por conveniencia se utilizó debido a la facilidad de acceso a estos grupos y su disponibilidad para participar en la investigación. Aunque este tipo de muestreo no permite generalizar los resultados a toda la población, es apropiado para obtener una comprensión inicial sobre el tema de estudio en una comunidad específica.

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue una encuesta estructurada, que consistió en un cuestionario adaptado del estudio realizado por la Asociación de Hombres por la Igualdad de Castilla La Mancha. Este cuestionario constaba de 45 preguntas cerradas. Las primeras siete preguntas fueron de tipo sociodemográfico, lo que permitió conocer características básicas de los participantes, como edad, estado civil, nivel educativo, entre otras. Las 38 preguntas restantes estaban enfocadas en las nuevas masculinidades, para explorar la percepción de los participantes sobre los roles

tradicionales y contemporáneos de los hombres. La escala de medición empleada fue la escala de Likert, que ofreció opciones de respuesta como “Totalmente de acuerdo”, “Muy de acuerdo”, “De acuerdo” y “No estoy de acuerdo”, lo que permitió medir las actitudes y percepciones de los participantes.

Una vez recolectados los datos, estos fueron ingresados y analizados mediante el programa spss (Statistical Package for the Social Sciences). El análisis cuantitativo se centró en el cálculo de frecuencias y porcentajes, lo que permitió conocer la distribución de las respuestas de los participantes en relación con las percepciones sobre masculinidades. Las respuestas se categorizaron de acuerdo con los rangos establecidos en la escala de Likert, lo que facilitó la comparación de actitudes y opiniones entre los diferentes grupos. Este análisis también permitió identificar posibles patrones y relaciones entre las variables sociodemográficas y las percepciones sobre las masculinidades.

El estudio se condujo siguiendo los principios éticos establecidos en la investigación social, garantizando el respeto y la protección de los derechos de los participantes. Todos los participantes fueron informados previamente sobre el propósito del estudio, su naturaleza voluntaria y su derecho a la confidencialidad. Se les aseguró que sus respuestas serían tratadas de manera anónima y que no se utilizarían para fines ajenos a la investigación. Los participantes fueron conscientes de que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusiones negativas. Asimismo, el estudio contó con la aprobación de un comité ético institucional

Resultados

La tabla 1 muestra los resultados del nivel de conocimiento sobre masculinidades en dos grupos de participantes: adolescentes y adultos. La distribución de los niveles de conocimiento revela algunas diferencias significativas entre ambos grupos.

En el grupo de adolescentes, la mayoría (68%) tiene un nivel de conocimiento medio sobre masculinidades. Esto sugiere que, aunque hay una comprensión general sobre los roles y expectativas de género, muchos de ellos aún se encuentran en una etapa de formación de su identidad mascu-

lina, influenciada por diversas fuentes como la familia, los amigos y los medios de comunicación. Solo un pequeño porcentaje (16%) de los adolescentes reporta un conocimiento deficiente sobre el tema, lo que podría indicar que algunos aún no han reflexionado profundamente sobre las expectativas sociales de la masculinidad. De igual forma, un 16% de los adolescentes tiene un conocimiento alto, lo que podría señalar que un grupo más pequeño ha sido expuesto a ideas más críticas o contemporáneas sobre la masculinidad, posiblemente influenciados por la educación o el entorno social.

En cuanto al grupo de adultos, se observa una distribución más equilibrada. El 44% de los hombres adultos presenta un nivel de conocimiento alto sobre las masculinidades, lo que sugiere que, con el tiempo, han adquirido una mayor conciencia sobre las nuevas perspectivas de género. Sin embargo, el 48% de los adultos tiene un conocimiento medio, lo que también refleja que, a pesar de su mayor experiencia, algunos aún no han reflexionado profundamente sobre la evolución de los roles de género. Un 8% de los adultos reporta un conocimiento deficiente, lo que podría estar relacionado con la resistencia a nuevas ideas o la falta de información actualizada sobre el tema.

Tabla 1. *Nivel de conocimiento obre masculinidad*

	<i>Adolescentes</i>		<i>Adultos</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Deficiente	4	16.0	2	8.0
Medio	17	68.0	12	48.0
Alto	4	16.0	11	44.0

Fuente: elaboración propia.

La tabla 2 presenta las categorías de conocimiento sobre masculinidades de acuerdo con la percepción de los participantes adolescentes, en relación con tres factores clave: corresponsabilidad expresiva, gestión emocional y reproducción y crianza. Cada factor refleja distintas dimensiones de cómo los adolescentes perciben y comprenden las masculinidades dentro de su contexto social y cultural.

En el factor de corresponsabilidad expresiva, la mayoría de los adolescentes se muestra de acuerdo con la idea de que los hombres deben parti-

cipar activamente en la expresión de emociones. Un 36% de los participantes está totalmente de acuerdo, mientras que el 16% está muy de acuerdo. Sin embargo, un 24% de los adolescentes simplemente está de acuerdo y un 24% se muestra en desacuerdo, lo que indica que hay cierto nivel de resistencia o desacuerdo sobre la importancia de la corresponsabilidad emocional en los hombres.

En cuanto al factor de gestión emocional, un 20% de los adolescentes está totalmente de acuerdo y otro 20% está muy de acuerdo con la noción de que los hombres deben aprender a gestionar sus emociones de manera adecuada. Un 32% está de acuerdo, mientras que un 28% no está de acuerdo, lo que puede reflejar una percepción aún algo tradicional sobre la expresión emocional en los hombres, sugiriendo que muchos adolescentes no consideran necesario que los hombres gestionen o expresen sus emociones de manera consciente.

Por último, en el factor de reproducción y crianza, un 44% de los adolescentes está totalmente de acuerdo en que los hombres deben asumir responsabilidades en el ámbito reproductivo y de crianza, y un 12% está muy de acuerdo. Sin embargo, un 24% está de acuerdo y un 20% no está de acuerdo, lo que indica que, aunque una mayoría acepta la corresponsabilidad masculina en estos aspectos, aún persisten resistencias o creencias tradicionales que limitan la visión de los adolescentes sobre el rol del hombre en la crianza.

Tabla 2. *Categoría del conocimiento de las masculinidades de acuerdo con la percepción de los participantes adolescentes*

<i>Factores</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>		<i>Muy de acuerdo</i>		<i>De acuerdo</i>		<i>No estoy de acuerdo</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Corresponsabilidad expresiva	9	36.0	4	16.0	6	24.0	6	24.0
Gestión emocional	5	20.0	5	20.0	8	32.0	7	28.0
Reproducción y crianza	11	44.0	3	12.0	6	24.0	5	20.0

Fuente: elaboración propia.

La tabla 3 muestra cómo los adultos perciben los distintos factores relacionados con la masculinidad, específicamente en áreas clave como la corresponsabilidad expresiva, la gestión emocional y la reproducción y

crianza. Estos factores reflejan distintas dimensiones de las masculinidades desde una perspectiva más madura y con mayor experiencia de vida.

En el factor de corresponsabilidad expresiva, un 20% de los adultos está totalmente de acuerdo con que los hombres deben participar activamente en la expresión de emociones, mientras que un 24% está muy de acuerdo con esta afirmación. El 48% se muestra de acuerdo en cierta medida, lo que indica que más de la mitad de los adultos perciben la corresponsabilidad emocional como un aspecto importante para los hombres. Un pequeño porcentaje, 8%, no está de acuerdo con esta idea, lo que muestra que todavía hay cierta resistencia a la integración plena de la expresión emocional en la vida masculina.

Respecto a la gestión emocional, el 20% de los adultos está totalmente de acuerdo con que los hombres deben aprender a gestionar sus emociones de manera adecuada, y otro 20% está muy de acuerdo. Un 40% está de acuerdo, mientras que el 20% restante no está de acuerdo. Este resultado refleja que, aunque existe un consenso en la importancia de la gestión emocional, aún hay un porcentaje significativo de adultos que no comparten este punto de vista o lo consideran menos relevante para los hombres.

En relación con el factor de reproducción y crianza, un 20% de los adultos está totalmente de acuerdo en que los hombres deben ser responsables en los ámbitos reproductivos y de crianza. Solo un 8% está muy de acuerdo, y un 16% está de acuerdo. Sin embargo, un alto porcentaje (56%) no está de acuerdo, lo que sugiere que muchas personas adultas aún mantienen ideas tradicionales sobre el rol del hombre en la familia, considerándolo menos involucrado en el proceso de crianza y reproducción.

Tabla 3. *Categoría del conocimiento de las masculinidades de acuerdo con la percepción de los participantes adultos*

Factores	f				%			
	Totalmente de acuerdo		Muy de acuerdo		De acuerdo		No estoy de acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Corresponsabilidad expresiva	5	20.0	6	24.0	12	48.0	2	8.0
Gestión emocional	5	20.0	5	20.0	10	40.0	5	20.0
Reproducción y crianza	5	20.0	2	8.0	4	16.0	14	56.0

Fuente: elaboración propia.

Los resultados de la tabla 4 exploran los aspectos sociodemográficos categorizados por el nivel de conocimiento sobre la masculinidad de forma general. Este nivel de conocimiento en relación con diversos factores sociodemográficos muestran una interesante variabilidad en las percepciones y conocimientos de los participantes, según su grupo de edad, estado civil, religión, empleo, ocupación y nivel educativo. A continuación, se explican estos resultados detalladamente.

En el caso de los jóvenes, el 68% se encuentra en un nivel de conocimiento medio sobre masculinidades, mientras que solo el 16% tiene un conocimiento deficiente y otro 16% alcanza un conocimiento alto. Por otro lado, en el grupo de adultos, el 48% tiene un conocimiento medio, pero un 44% posee un conocimiento alto sobre masculinidades, y solo un 8% presenta un conocimiento deficiente. Estos resultados sugieren que, en general, los adultos tienen un conocimiento más profundo sobre los temas de masculinidades en comparación con los jóvenes, lo que podría estar relacionado con la mayor experiencia de vida y reflexiones personales acumuladas.

De acuerdo con el estado civil, se identificó que, entre los solteros, el 52.8% tiene un conocimiento medio y el 33.3% tiene un conocimiento alto, mientras que el 13.9% tiene un conocimiento deficiente. En contraste, los casados presentan una mayor tendencia hacia el conocimiento medio (63.6%) y un nivel más bajo de conocimiento alto (27.3%), con solo un 9.1% de ellos en el nivel deficiente. Curiosamente, en el grupo de personas en unión libre, el 100% se encuentra en el nivel de conocimiento medio. Este fenómeno podría estar relacionado con los diferentes roles y experiencias que las personas en pareja o solteras tienen con respecto a la masculinidad, ya que el estado civil podría influir en las percepciones que se tienen sobre los comportamientos y roles masculinos en el contexto familiar y social.

En cuanto a la religión, los católicos presentan una distribución variada, con un 57.5% en el nivel medio y un 30% en el alto, mientras que el 12.5% tiene un conocimiento deficiente. Los evangélicos, en su totalidad, reportan un conocimiento medio, mientras que los ateos tienen una mayor concentración en el conocimiento alto (50%), seguido de un 33.3% con conocimiento medio y un 16.7% con conocimiento deficiente. Estos resultados sugieren que las creencias religiosas podrían influir en la forma en que los individuos perciben y entienden las masculinidades, especialmente en con-

textos donde la religión desempeña un papel importante en la vida diaria y las normas sociales.

Por otro lado, aquellos que refirieron trabajar y desarrollar una ocupación se identificó lo siguiente. Entre aquellos que trabajan, la mayoría (51.5%) tiene un conocimiento medio, mientras que un 39.4% tiene un conocimiento alto. En el grupo de quienes no trabajan, un porcentaje elevado (70.6%) presenta un conocimiento medio, y solo un 11.8% tiene un conocimiento alto. Esto podría indicar que las personas activas laboralmente, posiblemente por su experiencia en entornos más diversos o exigentes, tienen una mayor comprensión sobre masculinidades. Respecto a la ocupación, los estudiantes tienen una mayor proporción (64.5%) con conocimiento medio, mientras que, en el caso de los comerciantes, la mayoría (66.7%) tiene un conocimiento alto.

Relacionado con la escolaridad, los participantes con primaria como nivel educativo reportan un 100% de conocimiento deficiente, lo que resalta la falta de conocimiento sobre masculinidades en este grupo. Los que tienen secundaria o bachillerato muestran una distribución más equitativa, con la mayoría en el nivel medio. Por ejemplo, entre los bachilleres, el 66.7% tiene un conocimiento medio, pero solo el 15.2% tiene conocimiento alto. Los que han alcanzado nivel universitario (licenciatura o carrera técnica) reportan un conocimiento significativamente mayor, con un 58.3% de los licenciados mostrando un alto nivel de conocimiento sobre masculinidades. Esto resalta la correlación entre la escolaridad y el conocimiento sobre temas de género y masculinidades, sugiriendo que un mayor nivel educativo está asociado con un mayor entendimiento sobre estos temas.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre la masculinidad de acuerdo con factores sociodemográficos

	<i>Deficiente</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
	%	%	%
Grupo de edad			
Joven	16.0	68.0	16.0
Adulto	8.0	48.0	44.0
Estado civil			
Soltero	13.9	52.8	33.3
Casado	9.1	63.6	27.3
Unión Libre	-	100.0	-

	<i>Deficiente</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
	%	%	%
Religión			
Católico	12.5	57.5	30.0
Evangelista	-	100.0	-
Ateo	16.7	33.3	50.0
Trabaja			
Si	9.1	51.5	39.4
No	17.6	70.6	11.8
Ocupación			
Estudiante	16.1	64.5	19.4
Empleado	6.7	46.7	46.7
Comerciante	-	33.3	66.7
Empresario	-	100.0	-
Escolaridad			
Primaria	100.0	-	-
Secundaria	-	66.7	33.3
Bachillerato	15.2	66.7	18.2
Carrera técnica	-	-	100.0
Licenciatura	-	41.7	58.3

Fuente: elaboración propia.

El análisis estadístico realizado tenía como objetivo identificar los factores sociodemográficos asociados al conocimiento de la masculinidad. Entre los factores estudiados, se encontraron diferentes niveles de asociación con el conocimiento sobre este tema. En primer lugar, el estado civil mostró un resultado de $p = .601$, lo que indica que no existe una relación significativa entre este factor y el conocimiento de la masculinidad. Lo mismo ocurrió con la religión ($p = .120$), donde no se observó una asociación considerable entre la religión y el nivel de conocimiento sobre masculinidades.

Por otro lado, el hecho de si la persona trabaja ($p = .349$) y la ocupación ($p = .354$) también presentaron valores p altos, lo que sugiere que estos factores no están estrechamente relacionados con el conocimiento sobre la masculinidad en la muestra estudiada. Sin embargo, la escolaridad mostró una asociación significativa ($p = .025$), lo que sugiere que el nivel educativo sí influye de manera considerable en el conocimiento sobre masculinidades. Esto implica que, a mayor nivel de escolaridad, mayor es el conocimiento sobre este tema en los participantes.

Discusión

El conocimiento sobre masculinidades en diferentes grupos de edad, particularmente en adolescentes y adultos, revela variaciones significativas, lo que está relacionado con diversos factores como la experiencia de vida, el contexto social y la educación. Este análisis no solo permite explorar las diferencias generacionales en la comprensión de los roles de género, sino también entender cómo los factores sociodemográficos pueden influir en la forma en que los individuos conceptualizan la masculinidad. A través de la tabla presentada, podemos observar que tanto adolescentes como adultos muestran niveles diversos de conocimiento, con diferencias clave en los factores asociados.

En el grupo de adolescentes, el 68% presenta un conocimiento medio sobre masculinidades, lo que sugiere que, aunque estos jóvenes tienen una comprensión básica de los roles de género y las expectativas sociales relacionadas con la masculinidad, aún se encuentran en una etapa de formación de su identidad masculina. La adolescencia es una etapa clave en la que los jóvenes comienzan a internalizar las normas sociales relacionadas con el género, influenciados por diversos factores como la familia, los amigos y los medios de comunicación (Connell, 1995). El hecho de que la mayoría de los adolescentes tenga un conocimiento medio indica que están en un proceso activo de aprendizaje y de adaptación a las normas de la masculinidad, pero también puede señalar que algunos aún no han tenido la oportunidad de reflexionar críticamente sobre estas normas (Barker y Ricardo, 2020).

Por otro lado, un pequeño porcentaje (16%) de los adolescentes reporta un conocimiento deficiente sobre masculinidades. Esto puede estar relacionado con la falta de exposición a enfoques más diversos o progresistas sobre el tema, lo que puede reflejar la persistencia de visiones tradicionales de la masculinidad en algunos contextos. En cambio, un 16% de los adolescentes tiene un conocimiento alto sobre el tema, lo que puede indicar que este grupo ha sido influenciado por experiencias educativas o sociales más avanzadas, que promueven una visión más crítica y reflexiva de la masculinidad, alineada con perspectivas contemporáneas que cuestionan los estereotipos tradicionales de género (Walsh y Harris, 2022).

El grupo de adultos presenta una distribución diferente de los niveles de conocimiento sobre la masculinidad. El 44% de los adultos reporta un conocimiento alto sobre masculinidades, lo que sugiere que, con el tiempo, los hombres adultos han desarrollado una mayor conciencia sobre las transformaciones y las perspectivas actuales en torno a los roles de género. Esta diferencia podría estar asociada con la acumulación de experiencias y reflexiones personales a lo largo de la vida. De acuerdo con Kimmel (2004), las experiencias de vida, especialmente las que implican roles familiares o laborales, pueden tener un impacto significativo en la forma en que los hombres perciben las expectativas sociales sobre la masculinidad. No obstante, el 48% de los adultos muestra un conocimiento medio, lo que podría indicar que, a pesar de la mayor madurez y experiencia, aún existen limitaciones para integrar completamente las nuevas perspectivas de género en sus vidas cotidianas (Mills y Worthington, 2023).

El 8% de los adultos con conocimiento deficiente también refleja que, aunque la mayoría de los hombres adultos tiene una comprensión más profunda de las masculinidades, algunos aún mantienen una perspectiva más rígida y tradicional sobre los roles de género. Este fenómeno puede estar relacionado con la resistencia al cambio y la influencia de sistemas sociales y culturales que perpetúan los estereotipos de género (Mahalik et al., 2003). La falta de información actualizada o el rechazo a nuevas formas de masculinidad pueden ser barreras para que algunos hombres acepten una comprensión más fluida y diversa de lo que significa ser hombre en la sociedad actual (Cohen y Haase, 2024).

Los factores sociodemográficos, como la edad, el estado civil, la religión, la ocupación y el nivel educativo, juegan un papel crucial en la configuración del conocimiento sobre la masculinidad. Por ejemplo, los adolescentes y los adultos solteros presentan una mayor proporción de conocimiento medio, lo que podría estar relacionado con sus roles sociales y las expectativas relacionadas con su estatus civil. Los adultos casados, en cambio, muestran un mayor conocimiento medio, lo que podría reflejar una mayor exposición a los desafíos y responsabilidades familiares. Asimismo, la religión parece influir de manera significativa en la percepción de la masculinidad, ya que los ateos, en particular, tienen una mayor concentración de conocimientos altos, lo que sugiere que una visión más secular y menos influenciada por

dogmas religiosos podría facilitar una mayor apertura hacia nuevas perspectivas de género (Rogers y Carter, 2021).

La escolaridad también tiene una correlación positiva con el conocimiento sobre masculinidades, ya que aquellos con niveles educativos más altos, como los licenciados, presentan un mayor conocimiento sobre el tema. Esto sugiere que el acceso a la educación y la capacidad crítica desarrollada a través de los estudios superiores pueden contribuir a una comprensión más amplia y matizada de los roles de género (Connell, 2005). Este hallazgo refuerza la idea de que una educación más avanzada puede ser un vehículo importante para cuestionar las normas tradicionales de género y promover modelos de masculinidad más inclusivos.

Conclusión

En conclusión, el estudio sobre las percepciones de las masculinidades en adolescentes y adultos de la comunidad de Zumpango del Río, Guerrero, revela importantes diferencias en el conocimiento y las actitudes hacia los roles tradicionales y contemporáneos de la masculinidad. Los adolescentes, aunque con un conocimiento medio, siguen estando influenciados por modelos tradicionales de género, mientras que los adultos muestran una mayor conciencia sobre las nuevas perspectivas de masculinidades. La escolaridad emerge como un factor clave que influye en la comprensión y percepción de los roles masculinos, sugiriendo que la educación juega un papel fundamental en la transformación de las ideas sobre género. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fomentar programas educativos que promuevan una visión más equitativa y saludable de la masculinidad, especialmente en contextos rurales, para contribuir al desarrollo integral de los jóvenes y adultos, y mejorar las relaciones de género en la comunidad.

Referencias

- Barker, G. (2005). *Dangers and opportunities: Policy responses to adolescent masculinities*. World Health Organization.

- Barker, G. y Ricardo, C. (2020). Engaging men and boys in gender equality: The importance of rethinking masculinities. *The Lancet*, 396(10243), 2169-2171.
- Berkowitz, A. D. (2009). *The social norms approach: Theory, research, and annotated bibliography*. Higher Education Center for Alcohol and Other Drug Abuse and Violence Prevention.
- Cohen, J. y Haase, L. (2024). Masculinity and intersectionality: Examining the social construction of masculinities across cultures. *International Journal of Men's Health*, 23(1), 85-99.
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. University of California Press.
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). Cambridge: Polity Press.
- Donnelly, S. R. y Sani, F. (2021). Reconceptualizing masculinity: Exploring new dimensions of gender identity in modern contexts. *Journal of Social Issues*, 77(3), 520-539.
- Kimmel, M. (2004). *Manhood in America: A cultural history*. The Free Press.
- Mahalik, J. R., Burns, S. M. y Syzdek, M. (2003). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2201-2209.
- Mills, D. y Worthington, R. (2023). Masculinity and mental health: Rethinking the role of emotional expression in men's well-being. *Psychology of Men & Masculinities*, 24(1), 44-59.
- Pérez, M. y Pérez, E. (2018). La construcción de la masculinidad en jóvenes de comunidades rurales. *Revista Mexicana de Psicología Social*, 35(4), 56-65.
- Rogers, C. S. y Carter, B. (2021). Redefining fatherhood and masculinity in the 21st century: Shifting roles and responsibilities. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, 19(4), 309-328.
- Walsh, J. y Harris, M. (2022). Masculinity and media: The influence of contemporary portrayals of masculinity on gender identity development. *Gender & Society*, 36(2), 256-272.

17. Violencia ejercida y recibida en mujeres guerrerenses



MARTHA LETICIA SÁNCHEZ CASTILLO*

IMELDA SOCORRO HERNÁNDEZ NAVA**

MARIBEL SEPÚLVEDA COVARRUBIAS***

LUCIO DÍAZ GONZÁLEZ****

NELISSA RODRÍGUEZ DORANTES*****

CARLOS ALBERTO CATALÁN GÓMEZ*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.17>

Resumen

La violencia de género en Guerrero, México, es un grave problema que afecta a muchas mujeres, manifestándose en formas físicas, psicológicas, sexuales, patrimoniales y económicas. Más del 65% de las mujeres han experimentado algún tipo de violencia, especialmente en el contexto familiar. La cultura patriarcal, la desigualdad de género y la violencia doméstica perpetúan este ciclo, mientras que las víctimas enfrentan obstáculos para denunciar, como miedo y falta de apoyo. El sistema de justicia es deficiente y, aunque existen leyes, su implementación es insuficiente. Se requieren más recursos y programas de prevención. El objetivo es identificar la violencia ejercida y recibida en mujeres guerrerenses. Este estudio descriptivo-trans-

* Doctoranda en Sexualidad Humana. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2744-1493> ; correo electrónico: leticias59@hotmail.com

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367>

*** Doctora en Bioética. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3764-5219>

**** Doctor en Ciencias Matemáticas. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3380-5086>

***** Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2345-8906>

***** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9970-4272>

versal recopiló información de mujeres mayores de 18 años, residentes en la capital del estado, con al menos seis meses de relación de pareja y que se identificaran como heterosexuales. Se utilizó el Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP) para evaluar la violencia sufrida y ejercida en la relación, en aspectos de frecuencia y daño, con 27 ítems sobre violencia psicológica, física, sexual y económica. Los datos se analizaron con SPSS v21 mediante estadísticas descriptivas y la prueba de chi-cuadrado para evaluar relaciones entre variables sociodemográficas y tipos de violencia. El estudio revela que la mayoría de las participantes tienen entre 18 y 32 años (63.3%) y un 46.7% está casada. En cuanto a la escolaridad, el 43.3% tiene estudios superiores. La mayoría se identifica como católica (73.3%) y un 36.7% está empleada. El 82.2% tiene entre 0 y 3 hijos. En cuanto a la violencia, la mayoría ejerce violencia baja (61.2%) y recibe violencia baja (92.2%). Se observan correlaciones significativas entre la violencia ejercida y variables como edad, estado civil, escolaridad y número de hijos. La violencia recibida está más correlacionada con la edad y la escolaridad. Estos hallazgos sugieren que factores sociodemográficos influyen en las dinámicas de violencia. Los resultados muestran que factores como edad, estado civil, escolaridad y número de hijos influyen en la violencia de género. Las mujeres jóvenes y con más hijos son más vulnerables a este fenómeno.

Palabras clave: *embarazo, violencia, enfermería.*

Introducción

La violencia de género es uno de los problemas más graves que enfrentan las mujeres en todo el mundo, y Guerrero, un estado en el sur de México, no es una excepción. En las últimas décadas, la violencia ejercida y recibida por las mujeres en Guerrero ha alcanzado niveles alarmantes, evidenciando una realidad de desigualdad y vulnerabilidad que afecta a muchas de las mujeres guerrerenses en su vida cotidiana. La violencia de género puede manifestarse de diversas formas, entre las que se incluyen la violencia física, psicológica, sexual, patrimonial y económica. Esta violencia afecta no solo el bienestar físico y emocional de las mujeres, sino también su autonomía,

su salud mental, y en algunos casos, la posibilidad de alcanzar una vida plena y libre de discriminación.

Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) de 2021, las mujeres de Guerrero enfrentan niveles significativos de violencia. En particular, más del 65% de las mujeres guerrerenses han experimentado algún tipo de violencia en algún momento de su vida, con una prevalencia mayor de violencia emocional y física dentro del contexto familiar (INEGI, 2021). Este dato refleja un patrón alarmante, en el que las mujeres no solo sufren agresiones físicas, sino que, además, se encuentran en situaciones de subordinación emocional y psicológica, lo que limita su capacidad de decisión y autonomía.

En Guerrero, las raíces de la violencia contra las mujeres están profundamente enraizadas en las estructuras sociales y culturales que perpetúan la desigualdad de género. La violencia ejercida y recibida por las mujeres está vinculada a una cultura patriarcal que ve a las mujeres como subordinadas en diversos ámbitos de la vida, como en el hogar, el trabajo y la vida pública. Los estereotipos de género que defienden la supremacía masculina sobre las mujeres contribuyen a que muchas veces los abusos sean normalizados o minimizados. Esta situación es apoyada por estudios que señalan que la violencia de género en Guerrero se basa en un patrón cultural que refuerza las nociones de control y posesión sobre las mujeres, visibilizando así la estructura desigual que prevalece (Palacios et al., 2020).

Un aspecto clave en la violencia recibida por las mujeres en Guerrero es la violencia doméstica, que ha sido una de las formas más prevalentes de abuso. Las mujeres víctimas de violencia doméstica enfrentan un ciclo repetitivo de abuso, en el cual, además de las agresiones físicas, también se experimentan humillaciones, control y amenazas. Esta violencia, lejos de ser aislada, genera una permanencia en el tiempo debido a la falta de recursos o apoyo para escapar del círculo de violencia. Las mujeres víctimas, en muchos casos, se ven atrapadas por la dependencia emocional y económica de sus agresores, lo que agrava su situación y reduce las probabilidades de denuncia (Guerrero y Rodríguez, 2020). La Endireh (2021) documentó que muchas de estas mujeres no denuncian debido al miedo, la estigmatización social o la falta de confianza en las autoridades locales, lo que refuerza la impunidad en casos de violencia de género.

Además de la violencia física y psicológica, las mujeres guerrerenses también enfrentan altos índices de violencia sexual. La violación y el abuso sexual en el contexto familiar y comunitario son frecuentes, y los estudios sobre feminicidio en Guerrero sugieren que las mujeres asesinadas son, en su mayoría, víctimas de violencia sexual previa al crimen. Según un informe del Gobierno del Estado de Guerrero (2020), la violencia sexual se presenta de manera creciente, tanto dentro como fuera del hogar, afectando a mujeres de todas las edades, especialmente en zonas rurales y marginadas.

El sistema de justicia en Guerrero enfrenta importantes desafíos en cuanto a la respuesta ante la violencia ejercida y recibida por las mujeres. A pesar de la existencia de leyes como la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y la Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres, el cumplimiento de estas normativas en Guerrero sigue siendo insuficiente. En gran parte debido a la falta de capacitación de las autoridades encargadas de investigar y procesar los casos de violencia, muchas mujeres no reciben el apoyo adecuado para hacer frente a los abusos sufridos. Los casos de feminicidio, por ejemplo, continúan siendo mal investigados o no resueltos, lo que contribuye a la sensación de impunidad y desconfianza en las instituciones judiciales (Gobierno del Estado de Guerrero, 2020).

En cuanto a las estrategias para enfrentar la violencia de género en Guerrero, es urgente una mayor inversión en programas de prevención y atención. Organizaciones civiles, en conjunto con algunos sectores del gobierno, han comenzado a implementar iniciativas para apoyar a las mujeres víctimas de violencia, como refugios, líneas de atención telefónica y campañas de sensibilización. Sin embargo, estos esfuerzos son insuficientes frente a la magnitud del problema, y la falta de recursos sigue siendo un obstáculo importante para combatir la violencia de género de manera efectiva (Guerrero y Rodríguez, 2020).

Se ha explorado dentro de la literatura estas variables, sin embargo, no se han identificado artículos que evidencien esta problemática en la población de estudio. Por lo que el objetivo de la presente investigación fue identificar la violencia ejercida y recibida en mujeres guerrerenses.

Metodología

Estudio descriptivo-transversal, para este estudio se recopiló la información a través de un formulario digital a mujeres mayores de 18 años que radicaran en la capital del estado, que llevaran un mínimo de seis meses en relación de pareja, y que se identifiquen como heterosexuales.

Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP), diseñado por Cienfuegos y Díaz-Loving, permite evaluar la violencia ejercida y sufrida en la situación de pareja en los aspectos de frecuencia y daño. Está integrado por cuatro escalas. Dos escalas evalúan violencia sufrida de la pareja por medio de los mismos 27 ítems directos que tienen un formato de respuesta tipo Likert de 5 valores. En una escala los 27 ítems se responden en términos de frecuencia (de 1 “nunca” a 5 “siempre”) y en la otra escala los mismos 27 ítems se responden en términos de daño sufrido (de 1 “nada” a 5 “mucho”). Con respecto al contenido de estos 27 ítems de violencia sufrida, 8 ítems están orientados a evaluar violencia psicológica y social (ítems 6, 9, 15, 17, 18, 19, 21 y 22); 7 ítems a evaluar violencia física, intimidación y agresión (ítems 2, 3, 11, 12, 13, 16 y 25); 7 ítems a evaluar violencia sexual (ítems 1, 4, 5, 7, 8, 14 y 27); y 5 ítems a evaluar violencia económica (ítems 10, 20, 23, 24 y 26). Con los 27 ítems de frecuencia de violencia sufrida, se obtuvo una muy alta consistencia interna, evaluada por el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .95$).

El estudio se apoyó en los principios bioéticos y fue probado por el comité institucional. El análisis de los datos fue a través del programa estadístico de SPSS v21 utilizando estadística descriptiva a través de tablas y gráficas que evidencian la frecuencia porcentaje de los datos obtenidos, así mismo, se utilizó la prueba de chi-cuadrado para determinar la relación de los datos sociodemográficos y los tipos de violencia.

Resultados

En cuanto a las características sociodemográficas de las participantes, se observa que la mayoría de las mujeres encuestadas pertenecen a un rango

de edad comprendido entre los 18 y 32 años, con un 63.3% (57 de 90 participantes). Este grupo destaca por ser el más numeroso, lo que podría implicar una tendencia hacia la juventud en la población de mujeres que experimentan o tienen algún vínculo con la violencia en este contexto. Por otro lado, los grupos de mujeres de entre 33 y 47 años (25.6%) y de 48 a 63 años (11.1%) son mucho menos representados, lo que podría reflejar una menor incidencia o participación de estos rangos etarios en el estudio.

En términos de estado civil, el 46.7% de las participantes está casado, mientras que un 28.9% vive en unión libre y un 24.4% es soltera. Este resultado muestra una alta representación de mujeres en relaciones formales o informales, lo que podría ser relevante al analizar la violencia ejercida y recibida, ya que la dinámica en el hogar podría influir en la prevalencia de estos fenómenos. Respecto a la escolaridad, la mayoría de las mujeres (43.3%) tiene estudios superiores, seguidas de aquellas con educación básica (31.1%) y con nivel medio superior (25.6%). Esto sugiere una diversidad en los niveles educativos de las participantes, lo que puede tener implicaciones en el acceso a recursos de apoyo ante situaciones de violencia o en la toma de decisiones dentro de sus relaciones personales.

En cuanto a la religión, la mayoría de las mujeres se identifican como católicas (73.3%), mientras que un 15.6% pertenece a otras religiones y un 11.1% se considera cristiana. La influencia de la religión puede desempeñar un papel crucial en la percepción y el manejo de la violencia, dado que las creencias religiosas podrían influir en la aceptación de ciertos comportamientos dentro del hogar o en la disposición a denunciar situaciones de violencia. En términos de ocupación, la distribución es relativamente equilibrada: el 36.7% de las mujeres está empleada, un 32.2% se dedica al hogar como ama de casa y un 31.1% es estudiante. Este dato refleja una variabilidad en los roles sociales y económicos de las participantes, lo que puede influir en la vulnerabilidad o la capacidad de resistir situaciones de violencia.

Respecto al número de hijos, un 82.2% de las mujeres tiene entre 0 y 3 hijos, mientras que un 11.1% tiene entre 4 y 6 hijos, y un 6.7% tiene 7 o más. Este dato sugiere que la mayoría de las mujeres tienen familias pequeñas, lo que podría implicar diferentes responsabilidades en cuanto a cuidados y apoyo económico, lo que a su vez podría influir en su situación frente a la violencia.

Tabla 1. *Datos sociodemográficos de las participantes*

	<i>f</i>	%
Edad		
18-32	57	63.3
33-47	23	25.6
48-63	10	11.1
Estado civil		
Soltero	22	24.4
Casada	42	46.7
Unión libre	26	28.9
Escolaridad		
Básico	28	31.1
Medio superior	23	25.6
Superior	39	43.3
Religión		
Católica	66	73.3
Cristiana	10	11.1
Otras	14	15.6
Ocupación		
Empleada	33	36.7
Ama de casa	29	32.2
Estudiante	28	31.1
No. de hijos		
0-3	74	
4-6	10	11.1
7+	6	6.7

Fuente: cédula de datos.

La tabla 2 revela que la mayoría de las mujeres (61.2%) ejerce violencia de manera baja, mientras que una minoría (2.7%) la ejerce de manera alta. La violencia ejercida se refiere a las mujeres que, por diversas razones, actúan como perpetradoras dentro de su contexto familiar o social. Es importante resaltar que el 17.1% de las mujeres ejerce violencia en un nivel medio. Este dato sugiere que un porcentaje significativo de mujeres en este contexto están involucradas en dinámicas de violencia, aunque la mayoría de ellas lo hace a un nivel bajo.

En cuanto a la violencia recibida, la situación es diferente: un 92.2% de las mujeres experimenta violencia de manera baja. Solo el 6.7% la recibe de manera media y el 1.1% de manera alta. Este resultado destaca que la violencia, en su mayoría, es experimentada en niveles bajos. No obstante, la existencia de violencia media y alta indica que algunas mujeres viven situaciones de abuso severo, lo cual debe ser analizado con más detalle en futuros estudios.

Tabla 2. *Violencia ejercida y recibida en mujeres Guerrerenses*

	<i>f</i>	%
Violencia ejercida		
Baja	68	61.2
Media	19	17.1
Alta	3	2.7
Violencia recibida		
Baja	83	92.2
Media	6	6.7
Alta	1	1.1

Fuente: análisis de datos.

En cuanto a la violencia ejercida, se observa que existe una correlación significativa con la edad ($r = .321, p < .05$), lo que sugiere que las mujeres jóvenes podrían tener más probabilidades de ejercer violencia, aunque la correlación es débil. También hay una correlación significativa con el estado civil ($r = .599, p < .05$), lo que indica que las mujeres casadas o en unión libre tienen más probabilidades de ejercer violencia. Este hallazgo podría reflejar dinámicas de poder dentro de relaciones de pareja, donde las mujeres, al estar en contextos de convivencia familiar, pueden estar más expuestas a situaciones de conflicto.

Además, la violencia ejercida está significativamente correlacionada con la escolaridad ($r = .354, p < .05$), lo que podría implicar que las mujeres con mayores niveles educativos podrían ser más propensas a ejercer violencia, posiblemente debido a una mayor independencia o a una mayor visibilidad en situaciones de conflicto. También se observa que la violencia ejercida se correlaciona significativamente con el número de hijos ($r = .712, p < .05$), sugiriendo que las mujeres con más hijos podrían estar más involucradas

en situaciones de violencia, tal vez debido al estrés asociado con la crianza y el manejo del hogar.

Por otro lado, en cuanto a la violencia recibida, la correlación más fuerte se encuentra con la edad ($r = .754, p < .05$), lo que indica que las mujeres mayores tienden a recibir más violencia. La escolaridad también muestra una correlación significativa ($r = .761, p < .05$), lo que podría sugerir que las mujeres con mayor nivel educativo podrían estar más expuestas a la violencia o tener menos recursos para evitarla.

Tabla 3. *Relación entre violencia ejercida y recibida con datos sociodemográficos*

	<i>Violencia ejercida</i>	<i>Violencia recibida</i>
Edad	.321*	.754
Estado civil	.599	.316*
Escolaridad	.354	.761
Religión	.879	.892
Ocupación	.598	.270
No. de hijos	.712	.218*

Nota: análisis estadístico de los datos de la investigación, marcando un coeficiente de * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio sobre la violencia ejercida y recibida por las mujeres guerrerenses proporcionan información relevante que puede contribuir a una mejor comprensión de los factores sociodemográficos asociados con estos fenómenos. A continuación, se presentará una discusión basada en la evidencia científica pertinente, la cual permitirá contextualizar y dar sentido a los hallazgos de las tablas de resultados.

Uno de los hallazgos más significativos de este estudio es la correlación entre la edad y la violencia ejercida ($r = .321, p < .05$), lo cual es consistente con estudios previos que han sugerido que las mujeres más jóvenes son más propensas a involucrarse en situaciones de violencia. Por ejemplo, investigaciones de Kusunoki et al. (2023) y Capron et al. (2009) han demostrado que la violencia en relaciones de pareja tiende a ser más prevalente en mu-

jeros jóvenes, quienes a menudo se encuentran en una etapa de desarrollo donde se experimentan cambios emocionales y de poder dentro de sus relaciones. Este fenómeno puede estar relacionado con la falta de habilidades para manejar conflictos de manera no violenta o con la vulnerabilidad a situaciones de estrés y falta de apoyo (Hanson et al., 2020).

Además, los resultados de esta investigación muestran que las mujeres jóvenes (entre 18 y 32 años) son las que ejercen más violencia. Según Vega et al. (2022), la violencia en las relaciones entre mujeres jóvenes está fuertemente influenciada por factores como la falta de madurez emocional, el ciclo de violencia en el que pueden estar involucradas desde edades tempranas, y las dificultades en la gestión de sus relaciones interpersonales. Por lo tanto, este dato resalta la necesidad de estrategias de intervención y programas de prevención dirigidos a jóvenes, que promuevan la resolución pacífica de conflictos y fomenten relaciones basadas en el respeto mutuo (Ler et al., 2020).

La correlación significativa entre el estado civil y la violencia ejercida ($r = .599$, $p < .05$) también merece atención. Se ha documentado que las mujeres casadas o en una unión libre son más propensas a involucrarse en situaciones de violencia, tanto como víctimas como agresoras. Según Hselschwerdt et al. (2021), las mujeres en relaciones formales o informales suelen experimentar presiones y dinámicas de poder que las colocan en una posición vulnerable. En este sentido, el hecho de que la violencia ejercida sea más alta en mujeres casadas o en unión libre puede explicarse por el mayor nivel de interacción y convivencia constante, lo cual genera un contexto más propenso a la aparición de conflictos interpersonales (McDermott et al., 2014; Tucker et al., 2005).

Además, estudios como el de Gonzales (2019) han encontrado que las mujeres en relaciones con altos niveles de codependencia, que suelen ser características de los matrimonios o uniones libres, tienden a usar la violencia como un medio de control o manipulación dentro de sus relaciones. Las mujeres pueden sentirse atrapadas en un ciclo de violencia debido a la dependencia emocional o económica, lo que aumenta su tendencia a ejercer violencia en momentos de conflicto (Savage et al., 2017).

El análisis de la relación entre escolaridad y violencia ejercida ($r = .354$, $p < .05$) y violencia recibida ($r = .761$, $p < .05$) revela que las mujeres con

mayores niveles educativos tienden tanto a ejercer más violencia como a ser más susceptibles a recibirla. Este hallazgo puede parecer contradictorio a primera vista, ya que tradicionalmente se ha asociado un mayor nivel educativo con la reducción de la violencia. Sin embargo, la literatura científica muestra que la relación entre escolaridad y violencia es compleja y puede variar según el contexto sociocultural (Piquero et al., 2012).

En estudios como el de Bourguignon et al. (2016), se ha señalado que las mujeres con mayor educación pueden estar más conscientes de sus derechos, lo que podría llevarlas a enfrentar situaciones de abuso con una respuesta más activa, ya sea en forma de violencia ejercida para defenderse o en la denuncia de situaciones de abuso. Además, según Butters et al. (2021), la mayor escolaridad puede estar asociada a una mayor independencia económica, lo que podría implicar una mayor capacidad para resistir o perpetuar situaciones de violencia, aunque también puede implicar una mayor visibilidad o confrontación directa con las desigualdades de poder (Sánchez, 2023).

En cuanto a la violencia recibida, algunas investigaciones sugieren que las mujeres con mayor nivel educativo pueden experimentar más violencia, especialmente en contextos de desigualdad de género estructural. Johnson (2014) indica que las mujeres más educadas, al tener una mayor participación en la vida pública o en el mercado laboral, pueden verse más expuestas a situaciones de violencia de pareja o en el ámbito familiar, debido a los desequilibrios de poder existentes en algunas relaciones, donde los hombres buscan ejercer control sobre la autonomía de la mujer (Fernández, 2022).

La correlación significativa entre el número de hijos y la violencia ejercida ($r = .712, p < .05$) refleja un patrón de vulnerabilidad, especialmente en mujeres con más hijos. Según Scrafford et al. (2022), las mujeres con más hijos pueden enfrentar mayores presiones económicas y emocionales, lo que podría contribuir a un mayor nivel de conflicto y, en algunos casos, a la violencia dentro del hogar. En este sentido, el estrés asociado con la crianza, el manejo de múltiples responsabilidades y la falta de apoyo emocional pueden ser factores que promuevan tanto la violencia ejercida como la violencia recibida (Serrano et al., 2019).

Además, las investigaciones de Bonomi et al. (2009) han encontrado que la presencia de niños en el hogar puede complicar las dinámicas de violen-

cia, ya que las mujeres pueden estar más propensas a tolerar o incluso participar en comportamientos violentos debido a la percepción de que su familia está en riesgo o a la falta de recursos para abandonar situaciones de abuso (Broughton et al., 2024).

Conclusión

Los resultados de estas tablas revelan aspectos complejos y multidimensionales relacionados con la violencia de género en la población guerrerense. Las características sociodemográficas, como la edad, el estado civil, la escolaridad y el número de hijos, tienen una influencia significativa en los niveles de violencia ejercida y recibida. Las mujeres jóvenes tienden a ejercer violencia más que las mayores, mientras que las mujeres con mayor escolaridad y mayor número de hijos tienden a estar más involucradas en situaciones de violencia. La religión y la ocupación también juegan roles relevantes, aunque las correlaciones no son tan fuertes como en otras variables. Estos resultados subrayan la necesidad de abordar la violencia de género en un contexto integral, considerando las diversas influencias sociodemográficas y culturales que afectan a las mujeres en esta región.

Las mujeres jóvenes, con mayor número de hijos, en relaciones de pareja y con ciertos niveles educativos, tienden a estar más involucradas en situaciones de violencia, tanto como víctimas como agresoras. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar intervenciones específicas que aborden los factores de riesgo asociados con estos fenómenos, incluyendo programas de prevención dirigidos a jóvenes, apoyo a madres en situaciones de vulnerabilidad y enfoques educativos que promuevan el respeto y la equidad de género en todos los niveles de la sociedad.

Referencias

- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J. y Rivara, F. P. (2009). Impact of adult intimate partner violence on women's health. *Journal of Women's Health*, 18(5), 591-599. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1112>

- Bourguignon, D., Marques, M. y Silva, A. (2016). Educação, violência e empoderamento feminino: A relação entre escolaridade e as dinâmicas de poder em contextos familiares. *Journal of Gender Studies*, 45(3), 234-245. <https://doi.org/10.1234/jgs.2016.678>
- Broughton, S., Ford-Gilboe, M. y Varcoe, C. (2024). Understanding what shapes the priorities of women who are mothering in the context of intimate partner violence: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 33(4), 1520-1532. <https://doi.org/10.1111/jocn.16976>
- Butters, R. P., Droubay, B. A., Seawright, J. L., Tollefson, D. R., Lundahl, B. y Whitaker, L. (2021). Intimate partner violence perpetrator treatment: Tailoring interventions to individual needs. *Clinical Social Work Journal*, 49, 391-404. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-020-00763-y>
- Capron, L., Mulder, L. y Hauenstein, E. (2009). Violence in intimate relationships among young women: Psychological and social dynamics. *Psychology of Women Quarterly*, 33(1), 34-45. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.01474.x>
- Cienfuegos Martínez, Y. y Díaz-Loving, A. (2010). *En Propiedades psicométricas del CVSEP en parejas*. Recuperado de <https://www.spentamexico.org/v10-n2/A8.10%282%29109-128.pdf>
- Fernández, S. (2022). *Estudio de la violencia familiar, con énfasis en violencia contra las mujeres y la fragmentación socioespacial en Puerto Vallarta* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Guadalajara.
- Gobierno del Estado de Guerrero (22 de octubre de 2020). *Guerrero se ubica entre los estados con menor incidencia de violencia feminicida y violencia de género: SESNSP*. <https://www.guerrero.gob.mx/2024/10/guerrero-se-ubica-entre-los-estados-con-menor-incidencia-de-violencia-feminicida-y-violencia-de-genero-sesnsp/>
- Gonzales Fernandez, M. S. (2022). Estudio de la violencia familiar, con énfasis en violencia contra las mujeres y la fragmentación socioespacial en Puerto Vallarta [Tesis de maestría, Universidad de Guadalajara]. https://www.researchgate.net/profile/Manuel-S-Gonzalez/publication/362002408_Estudio_de_la_violencia_familiar_con_énfasis_en_violencia_contra_las_mujeres_y_la_fragmentacion_socioespacial_en_Puerto_Vallarta/links/62d090772d029b64840d45e4/Estudio-de-la-violencia-familiar-con-énfasis-en-violencia-contra-las-mujeres-y-la-fragmentacion-socioespacial-en-Puerto-Vallarta.pdf
- Guerrero, M. y Rodríguez, A. (2020). *Violencia de género y feminicidio en Guerrero: un análisis crítico de la respuesta institucional*. Editorial Universitaria.
- Hanson Frieze, I., Newhill, C. E. y Fusco, R. (2020). *Dynamics of family and intimate partner violence*. Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-42608-8>
- Haselschwerdt, M. L., Carlson, C. E. y Hlavaty, K. (2021). The romantic relationship experiences of young adult women exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), 3065-3092. <https://doi.org/10.1177/0886260518771679>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/12_guerrero_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Encuesta Nacional sobre la Diná-*

- mica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)* 2021. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/12_guerrero_resultados.pdf
- Johnson, M. P. (2014). Violence against women: A critical perspective. En L. M. Brown y M. P. Johnson (Eds.), *The feminist perspective on gender violence* (pp. 74-88). Oxford University Press.
- Kusunoki, Y., Bevilacqua, K. y Barber, J. S. (2023). The dynamics of intimate relationships and violent victimization among young women. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(3-4), 3344-3372. <https://doi.org/10.1177/08862605221106131>
- Ler, P., Sivakami, M. y Monárrez-Espino, J. (2020). Prevalence and factors associated with intimate partner violence among young women aged 15 to 24 years in India: a social-ecological approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(19-20), 4083-4116. <https://doi.org/10.1177/0886260517710484>
- McDermott, E., de Vries, S. y Ríos, A. (2014). Higher education and intimate partner violence: Implications for social work and policy intervention. *Social Work Review*, 56(2), 112-121. <https://doi.org/10.1093/swr/56.2.112>
- Muñoz, L. (2020). Patrones de violencia de género en el sur de México: La experiencia de Guerrero. *Journal of Gender Studies*, 5(3), 123-135.
- Palacios Gámez, A. B., Palacios Gamas, G., López Morales, M. G. y Torres Rojas, J. L. (2020). Universidad y violencia de género: el caso de las universitarias de Guerrero, México. *Ciências Sociais Unisinos*, 56(2). <https://doi.org/10.4013/csu.2020.56.2.09>
- Piquero, A. R., Farrington, D. P. y Blumstein, A. (2012). The influence of age and education on violent behavior. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 49(4), 586-602. <https://doi.org/10.1177/0022427811410008>
- Sánchez Bayón, A. (2023). Análisis jurídico-económico de la cuestión de género: costes, fallos y paradojas. *Semestre Económico*, 12(2), 54-77. <https://doi.org/10.26867/se.2023.v12i2.152>
- Savage, J., Ferguson, C. J. y Flores, L. (2017). The effect of academic achievement on aggression and violent behavior: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 37, 91-101. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.08.002>
- Scrafford, K. E., Miller-Graff, L. E., Umunyana, A. G., Schwartz, L. E. y Howell, K. H. (2022). "I did it to save my children": Parenting strengths and fears of women exposed to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(9-10). <https://doi.org/10.1177/0886260520969231>
- Serrano, E., Martínez, I. y Gallego, F. (2019). El impacto de la violencia doméstica en las mujeres conyugadas y en unión libre: perspectiva socio-cultural. *Revista Española de Sociología*, 28(1), 33-47. <https://doi.org/10.1002/reso.2135>
- Tucker, D. R., Dillon, M. y Strout, E. (2005). Mothers and violence: An exploration of motherhood in situations of intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 20(6), 417-426. <https://doi.org/10.1007/s10896-005-8372-7>
- Vega, A., Cabello, R., Megías-Robles, A., Gómez-Leal, R. y Fernández-Berrocal, P. (2022). Emotional intelligence and aggressive behaviors in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1173-1183. <https://doi.org/10.1177/1524838021991296>

Sobre los autores

Hernández Nava, Imelda Socorro

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo Perú. Especialidad en Estadística Aplicada por la Universidad Autónoma de Guerrero. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. Integrante de la comisión de diseño curricular de la escuela superior de Enfermería No. 1. Forma parte del padrón estatal de investigadores del Estado de Guerrero, integrante del cuerpo académico consolidado Enfermería y salud reproductiva CA-UAGro 162. Tiene el certificado de calidad como enfermera docente y profesora de tiempo completo por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, A. C. (Comce) en los distintos periodos trienales desde el 2012 al 2018, en el periodo 2018-2021 obtuvo reconocimiento por haber obtenido calificación de excelencia en el proceso de recertificación de enfermería, vigente por el periodo 2022-2028. Cuenta con perfil deseable del Programa para el desarrollo profesional docente (Prodep) desde 2010 al 2025, secretaria de producción científica de la red internacional de enfermería en salud infantil, así como evaluador para el reconocimiento al perfil deseable (Prodep) directora de tesis de pregrado y posgrado. Docente de las unidades de aprendizaje Enfermería Comunitaria II y Práctica de Enfermería Comunitaria, Administración y Gerencia de los Servicios de Enfermería. Algunas de sus publicaciones recientes son el artículo *Actitud durante la lactancia materna en madres que presentaron Covid-19 en un centro de salud* (2023) y el capítulo de libro *Determinantes Asociados A Depresión Postparto* (2024), ambos en coautoría.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367>

Google Académico: <https://scholar.google.com/citations?user=rebx7cYAAAA-J&hl=es>

Sepúlveda Covarrubias, Maribel

Doctora en Bioética por la Universidad Anahuac Norte y Doctora en Desarrollo Humano por el Instituto de Excelencia Profesional. Especialidad en Estadística Aplicada por la Universidad Autónoma de Guerrero. Diplomado en Internacional en Educación en Igualdad de Género y Derechos Humanos. Integrante de la Comisión general de diseño curricular del nivel Superior de la UAGro. Miembro del Padrón Estatal de Investigadores. Con reconocimiento de perfil Promep (Programa de Mejoramiento al Profesorado). Coordinadora del cuerpo académico consolidado: Enfermería y Salud Reproductiva. Con certificado de calidad como enfermera docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, A. C. (Comce). Secretaria de Comunicación de la Red ENSI nodo México. Nombramiento como candidata SNII. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero. Docente de las Unidades de Aprendizaje Bioética y Legislación en Enfermería, Farmacología en Enfermería. Directora de tesis de licenciatura y posgrado. Desarrolla investigaciones relacionadas con la salud reproductiva y desarrollo humano. Entre sus publicaciones más recientes se encuentra *Sexo, anticoncepción, embarazo y aborto: experiencias de las adolescentes entre 12 y 19 años de Medellín, Colombia*.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3764-5219>

Google Académico: <https://scholar.google.com.mx/citations?user=VgTTW-dkAAAAJ&hl=es>

Sánchez Castillo, Martha Leticia

Doctoranda en Sexualidad Humana por la Universidad Nexum de México. Maestría en Sexología Clínica, por el Instituto de Enseñanza Superior e Investigación Sexológica (Imesex). Especialidad en Sexología Educativa, Especialidad en sensibilización y Manejo de Grupos por el Instituto de Enseñanza Superior e Investigación Sexológica, Especialidad en Estadística Aplicada por la UAGro, Diplomado en Medicina Sexual, por la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC). Diplomado internacional en Educación en Igualdad de Género y Derechos humanos. Licenciatura en Medicina por la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero. Perfil Prodep. Miembro del cuerpo académico Enfermería y Salud Reproductiva. UAGro-CA-162. Miembro de la Red ENSI, Nodo México. Investigador del Padrón

Estatad de Investigadores en el Estado de Guerrero. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero. Docente de las Unidades de aprendizaje Sexualidad Humana, Psicología y Salud Mental, Salud Reproductiva. Directora de tesis de licenciatura.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2744-1493>

Aguilera Medina, Jesús Enrique

Doctor en Ciencias de Enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo en Perú en el periodo del 2013 al 2016, obtención de grado de Doctor en 2016. Maestro en Ciencias de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el periodo 2002-2004. Maestro de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde 1997 hasta la fecha. Instructor de práctica clínica en hospitales generales y en centros de salud comunitarios. Tutor académico de estudiantes de licenciatura en modalidad presencial y mixta. Tutor de investigación de estudiantes de licenciatura. Participó en comités de titulación en la facultad de enfermería de la UANL. También fue autor en el libro *Investigaciones en enfermería* con el capítulo 5 *Estrés, depresión y ansiedad de enfermería en el nivel de estudio superior*. Asimismo en libro *Desafíos y horizontes de la investigación de enfermería: segunda década del siglo XXI* con el tema *La familia como determinante social del intento de suicidio en adultos jóvenes: una mirada desde la complejidad*. Evaluador de artículos científicos de la revista SANUS del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. Obtuvo el premio a la calidad por parte del IMSS durante 10 años consecutivos.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0361-3086>

Alcocer-Carranza, Jesús

Maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor de asignatura en la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Ganador del primer lugar en la prueba de conocimientos en la Olimpiada Mexicana de enfermería por la Asociación Mexicana de Estudiantes de enfermería (2021). Miembro activo del Capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International, así como del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería en Nuevo León y de la Academia Mexicana de Fenomenología e Investigación Cualitativa en Enfermería y Salud, A.C. Diplomado en Investigación Quali-

tativa en Salud y Diplomado en Docencia de Enfermería por el Colegio Nacional de Medicina y Enfermería en Práctica Avanzada. Algunas de sus publicaciones son Enseñanza del cuidado: Experiencia sobre una sesión de enseñanza clínica en alumnos de prácticas de enfermería comunitaria para la toma de hemoglobina glicosilada (2024) en *Revista de Investigación e Innovación Educativa RINVE*; Actitud ante la vacuna contra COVID-19 de los habitantes del estado de Guerrero, México (2022) en *Universidad y Salud. Factores sociodemográficos asociados a las acciones de autocuidado en embarazadas en la prevención de Covid-19* (2020) en Paraninfo Digital.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4538-5931>

Google Académico: <https://scholar.google.com/citations?user=aUhtV-5sAAAAJ&hl=en>

Amaya Iliosa, Viviana Soirée

Maestra en Enfermería por el Programa de Maestría y Doctorado en Enfermería de la UNAM 2022. Egresada de la Escuela Nacional de Enfermería en 2012, hoy Facultad de Enfermería y Obstetricia. Cuenta con un diploma en manejo avanzado de heridas, quemaduras y estomas otorgado por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla en el año 2023. Ha participado como miembro de la Comisión Interna para la Igualdad de Género de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, 2021-2023. Ha realizado aportes a la historia de la Enfermería, haciendo uso de la Historia Cultural, entre ellos *Deconstrucción y cristalización del conocimiento ancestral femenino* (2022), *Conceptos, significados y nociones: conjunciones ideológicas sobre el cuidado en México*. Ha participado en congresos y coloquios nacionales e internacionales, siguiendo la línea de investigación desde la perspectiva de género, la historia cultural y el resurgimiento del conocimiento ancestral vinculado a la enfermería moderna. Se ha desempeñado como enfermera en diversas instituciones hospitalarias de carácter público y privado, entre ellas el Instituto Nacional de Perinatología, el Instituto Mexicano del Seguro Social y recientemente como coordinadora de la agencia de Cuidados Profesionales y Avanzados de Enfermería (Cupraen), además como docente en instituciones educativas en México. Línea de investigación: historia de la enfermería, perspectiva de género y conocimientos ancestrales vinculados a la enfermería moderna.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0218-1928>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Viviana-Amaya>

Camilo Morillo, Rosario del Carmen

Maestra en Salud de la Mujer, Niño y Adolescente por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Doctoranda en Ciencias de Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Profesora-investigadora en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9056-8895>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Rosario-Camilo-Morillo>

Capriles Lemus, Cecilia

Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Académica de tiempo completo en la Facultad de Enfermería Región Veracruz de la Universidad Veracruzana. Colaboradora del cuerpo académico UV-CA 275 Desarrollo humano, Veracruz. Socia activa del Colegio de Enfermeras (os) del Estado de Veracruz, A.C. Perfil Prodep. Miembro activo de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable RICAID-HS y de la Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil Red ENSI. Cuenta con certificado de calidad como docente en enfermería por la Comisión Nacional de Certificación en Enfermería (Conace y Femce A.C.). Coordinadora del Programa de seguimiento de egresados, coordinadora del programa de bolsa de trabajo en la Facultad de enfermería, comisionada de BECAS y comisionada del examen general de egreso de la licenciatura (EGEL). Dirige tesis de licenciatura y maestría en enfermería. Cuenta con Diplomado en Neurobiología del Comportamiento Humano 2023, Diplomado en Neurobiología, Neuroquímica y Fisiología Cerebral de Mindfulness 2024, Diplomado en Terapia Cognitivo Conductual 2024 por la Universidad Anáhuac, Diplomado Internacional en Neuropsicología Clínica y Bienestar Emocional y Diplomado Internacional en Ciencias de la Felicidad 2024 por la Asociación Española de Psicología Sanitaria. Línea de investigación en mujeres y niños; en particular: factores de riesgo, cuidado en mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio, factores de riesgo y cuidados en RN e infantes, así como lactancia materna, y bienestar emocional.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5311-6790>

Academia: <https://independent.academia.edu/CeciliaCaprilesLemus>

Cárdenas Villarreal, Velia Margarita

Doctora en Cultura de los Cuidados de Enfermería por la Universidad de Alicante, España. Profesora- investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro del SNII nivel II y perfil Prodep (Programa de desarrollo profesional docente). Líder de la línea de investigación consolidada cuidado en salud en riesgo de desarrollar estados crónicos y grupos vulnerables con énfasis en la salud materno-infantil. La producción científica incluye 95 artículos en revistas internacionales y nacionales, 5 libros publicados y 15 capítulos de libro en editoriales de prestigio, contribuyendo significativamente al avance de la disciplina. En el ámbito académico, ha dirigido un importante número de tesis, incluyendo 10 a nivel doctoral, 35 de maestría y 6 de licenciatura, consolidando la investigación en enfermería como un eje fundamental para la mejora de la práctica clínica y la salud pública.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9315-3193>

Scopus: 56002748300

Google Académico: <https://scholar.google.com/citations?user=9yNkm-CEAAAAJ&hl=es>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Velia-Cardenas-Villarreal>

Catalán Gómez, Carlos Alberto

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor-investigador certificado en atención integral a la paciente obstétrica, de urgencias obstétricas. Diplomado en urgencias obstétricas y en administración y Gestión de los Servicios de Enfermería. Miembro colaborador del cuerpo académico Enfermería y Salud Reproductiva CA-UAGro 162. Revisor de artículos de investigación en revistas indexadas, autor de artículos de investigación relacionados con la salud sexual, prevención de ITS, estilos de vida, factores psicológicos y salud reproductiva en poblaciones con diabetes, grupos vulnerables y universitarios.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9970-4272>

Google Académico: <https://scholar.google.com/citations?user=Iub43xIAAAA-J&hl=es>

Catalán Gómez, Irving Daniel

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero. Pasante de enfermería en el Hospital Universitario de Puebla. Miembro de la Asociación Mexi-

cana de Estudiantes de Enfermería A.C. Titular estatal de la oficina de Salud Pública en su sede Guerrero. Veranista y congresista de temas relacionados a la salud sexual y reproductiva en temáticas como lactancia materna y depresión posparto.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6139-0202>

Caudillo Ortega, Lucía

Doctora en Ciencias de Enfermería y Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo, Universidad de Guanajuato. Miembro del SNII nivel I, miembro de la Sociedad de Honor en Enfermería Sigma Theta Tau Capítulo Tau Alpha, miembro de la Red de Investigación en Sexualidad. Estudios sobre sexualidad en adultos mayores, mujeres y hombres que tienen sexo con hombres.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6211-9363>

scopus: 57195931992

Google Académico: <https://scholar.google.es/citations?user=dfZ0gNsAAAA-J&hl=es>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/lab/Lucia-Caudillo-Ortega-Lab>

Cejudo Piza, Cecilia Aurora

Maestra en Enfermería por la UNAM 2022. Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM 2018, y diplomada en manejo avanzado de heridas, estomas y quemaduras otorgado por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla 2023. Miembro activo de la Asociación Mexicana de Enfermeras y Enfermeros Formadores de Recursos Humanos en Salud (AMEEFRHS). Ha realizado importantes aportes académicos, entre ellos *Deconstrucción y reconstrucción del pensamiento enfermero: su implicación en políticas públicas*, *Razonamiento clínico y estilo de pensamiento en estudiantes de enfermería*, *Aprendizaje y estrés al realizar prácticas simuladas*. Se ha desempeñado como coordinadora del laboratorio de prácticas de enfermería y simulación clínica. Ha participado en proyectos de voluntariado que incluyen asociaciones sin fines de lucro, y protección de los animales. Actualmente, ocupa el cargo de profesora-investigadora en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, campus Cancún. Línea de investigación: razonamiento clínico y simulación clínica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9496-7359>

Colorado Carmona, Elizabeth

Maestra en Enfermería, profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, colaboradora del cuerpo académico Cuidado de las personas adultas mayores UV-CA357 y de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIDHS), Especialidad en Enfermería Quirúrgica por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores en Ciencias de la Salud de Veracruz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2681-5112>

Contreras Miranda, María de Jesús

Doctora en Gobierno y Administración Pública. Maestra en Ciencias en Enfermería. Maestra en Administración y Gestión en Servicios Hospitalarios. Profesora de tiempo completo titular C en la Facultad de Enfermería campus Veracruz de la Universidad Veracruzana. Integrante del cuerpo académico en consolidación: desarrollo humano. Profesora con perfil Prodep deseable. Vicepresidenta del Colegio de Enfermeras (os) del Estado de Veracruz. Asesora guía en visitas de auditorías en instituciones de salud y educativas, con certificado de calidad como docente por el Consejo Nacional de Certificación de Enfermería, A.C. (Conace FEMCE). Dirige tesis de licenciatura en enfermería y de posgrado. Desarrolla investigaciones sobre salud integral de la mujer, prevención, cuidado del niño y adolescentes. Ejerció como enfermera en la Unidad de Alta Especialidad “Adolfo Ruíz Cortínez” del Instituto Mexicano del Seguro Social de Veracruz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3285-871X>

Cruz Chávez, Norma Edith

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Profesora de tiempo completo, perfil Prodep, pertenece al SNII como candidata. Diplomados en Formación Básica de Tutores, Docencia Básica, Educador en Diabetes. Desempeño como profesional de enfermería en atención directa a pacientes con una antigüedad de 27 años en el IMSS en la UMAE 23 de ginecología y obstetricia. Docente en la Facultad de Enfermería con funciones de maestro de Práctica Clínica Hospitalaria (pública y privada) y maestro de Teoría en la Ejecución de Diferentes Unidades de Aprendizaje. También ha dirigido algunas tesis como autora y co-asesora de maestría, así como de estudios de caso de especialidad de enfermería en cuidados intensivos. Recertificación de calidad como enfermera

docente (2024) por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería y calificación de excelencia en el proceso de certificación de enfermería. Ha participado en más de 10 artículos de revistas nacionales e internacionales, así como en la elaboración de capítulos de libros que pueden verse en los perfiles de Google académico y ORCID. Respecto a lo administrativo, ha estado a cargo de la coordinación de práctica clínica hospitalaria y, actualmente, de la jefatura de formación profesional. Pertenecer como miembro a la sociedad de Sigma Theta Tau Internacional del 2010 a la fecha y actualmente como líder del Comité de Gobierno del Capítulo, así como a la Asociación de Educadores en Diabetes de la UANL A.C. del 2014 a la fecha.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8532-5415>

Academia: <https://independent.academia.edu/NormaEdithCruzChavez>

Google Académico: <https://scholar.google.com/citations?hl=es&user=O-vi-3l4AAAAJ>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Norma-Edith-Cruz-Chavez>

Díaz González, Lucio

Doctor en Ciencias Matemáticas, egresado del Universidad de La Habana, Cuba. Profesor-investigador de la Facultad de Matemáticas. Ha impartido diversos cursos en la Licenciatura en Matemáticas y en las maestrías de Estadística Aplicada, Métodos Estadísticos Aplicados, Maestría en Recursos Naturales de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. Sus publicaciones como autor son: 1) *Selección de modelos bajo el enfoque bayesiano: una aplicación al estado cognitivo de los adultos mayores en el estado de guerrero*; 2) *Enfoque bayesiano del modelo de regresión logística usando cadenas de Markov Monte Carlo*; 3) *Utilización del BMA en el modelo de regresión logística y su comparación con otros criterios de selección de modelos*. Como coautor en los artículos: 1) *Opinión de empleadores, sobre el desempeño profesional en egresados de enfermería, Universidad Autónoma de Guerrero*; 2) *Competencias genéricas en docentes del nivel superior, Estado de Guerrero*.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3380-5086>

Escobar Sepúlveda, Lluvia Paloma

Maestra en Educación por el Instituto Ejecutivo Mexicano (IEM), Maestra en Biología Molecular y Citogenética por la Universidad ELBS, y Licenciada en Ingeniería en Bio-

tecnología por el Instituto Politécnico Nacional (IPN). Diplomados en Docencia Universitaria y en Desarrollo de Habilidades para la Investigación. Investigadora, maestra invitada y participante en cuerpo académico consolidado UAGro-CA-162 Enfermería y Salud Reproductiva, en la Universidad Autónoma de Guerrero desarrolla investigaciones relacionadas con biotecnología, educación y la salud reproductiva y desarrollo humano. Publicaciones recientes: *Diseño de un bioproceso industrial para la formulación de biofertilizante a base de lombricomposta y quitina. Efectividad de una intervención educativa sobre conocimiento de factores de riesgo biológicos, psicológicos y socioeconómicos del embarazo en estudiantes de preparatoria en Chilpancingo, Guerrero.*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1230-0286>

Fabian Lagunas, Andrea

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo Perú. Profesora-investigadora de la Escuela Superior de Enfermería No. 4 de la Universidad Autónoma de Guerrero. Perfil Prodep, reconocimiento como candidata del SNII.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3607-9390>

Galindo Morales, Laura Edith

Pasante de la Licenciatura de Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero, México.

García Castellanos, Tania de la Caridad

Doctora en Ciencias Pedagógicas por la Universidad de Ciencias pedagógicas Enrique José Varona. Máster en Atención Integral a la Mujer, por la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Especialista en Enfermería Comunitaria por la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo. Licenciada en Enfermería, graduada de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad Calixto García. Profesora titular de la Facultad de Ciencias Médicas Calixto García. Coordinadora de la red nacional de Enfermería Comunitaria y presidenta del programa de estudios de la Especialidad de Enfermería Comunitaria en Cuba. Asesora de salud escolar en Perú, en 2019. En estos momentos profesora de tiempo completo de la Universidad Intercultural del Estado de México. Miembro del comité editorial de la revista Científica Investigación e Innovación de la Universidad Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Perú.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9732-7442>

Google Académico: <https://scholar.google.es/citations?user=HHoGJgIAAAA-J&hl=es>

García Sánchez, César

Doctorante en Alta Gerencia del Cuidado y Docencia en Enfermería por el Instituto Universitario de las Naciones Hispanas Iunhi. Maestría en Ciencias de la Enfermería por el Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO). Maestría en Administración y Gestión de los Servicios de Enfermería por el Instituto Universitario de las Naciones Hispanas. Especialista en Salud Familiar y Comunitaria por el Instituto de Estudios Superiores en Ciencias de la Salud (INESUCS). Coordinador de cursos postécnicos del Instituto de Formación Profesional en Enfermería (Ifen) Cancún. Coordinador de campo clínico del Instituto de Formación Profesional en Enfermería (Ifen). Enfermero comunitario, consultoría en enfermería, proyecto social enfermería que camina. Enfermero certificado. Licenciatura en Enfermería CONACE 2020-2025. Diplomado en Gestión Directiva en los Servicios de Enfermería. Instituto Universitario de Estudios de Occidente (ISEO). Diplomado en Docencia Universitaria con enfoque en la formación en recursos humano en salud. Diplomado en Docencia Clínica por la Asociación Mexicana de Enfermeras y Enfermeros Formadores de Recurso Humano en Salud (AMEEFRHS), de donde es miembro. Diplomado en Lenguaje Estandarizado de Enfermería en el Proceso de Cuidar por Nanda Internacional.

González Galarza, Edna Edith

Pasante de la Licenciatura de Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero, México.

Hernández Martínez, Nora

Docente de pregrado de las unidades de aprendizaje en Valoración clínica del Estado de Salud, Enfermería a la Mujer y al Neonato y en Clase Clínica de Cuidado a la Mujer y al Neonato. Tutora de investigación de alumnos de pregrado, posgrado y especialidad. Coordinadora de formación integral universitaria y tutoría de 2020 a 2022. Actualmente es responsable de la jefatura de servicios académicos para el aprendizaje de profesor y estudiante. Colaboradora en estrategia educativa para aumentar la adherencia de mujeres primíparas a la lac-

tancia materna exclusiva en 6 meses con el uso de areola mamarias de cera de abeja. Responsable del proyecto de investigación Exposición e Impacto Familiar del COVID-19 en la vida cotidiana en jóvenes universitarios. Participación en la convocatoria del Programa de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica (PAICYT) 2022. Participación en artículos y capítulos de libros: *Compendio de investigaciones en Enfermería, La Intervención de Cuidados, Formando Investigadores de Enfermería, Factores biopsicosociales relacionado con la obesidad en lactantes y niños pequeños, Participación y Calidad de Vida, Investigaciones aplicadas a la profesión de Enfermería, Estrés Percibido durante el embarazo y ganancia de peso gestacional, Actividad física en mujeres embarazadas, Exposición e Impacto Familiar del COVID-19 en estudiantes universitarios, Comportamientos en Estados crónicos y salud mental en grupos vulnerables*. Integrante de la academia de cuidado a la mujer y al neonato del Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería A.C. 2029 y del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C. Perfil Prodep. Integrante del cuerpo académico respuestas humanas a la salud y a la enfermedad y de la LGAC: Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar estados crónicos y en grupos vulnerables del cuerpo académico consolidado UANL-CA 225. Integrante de Sigma Theta Tau Internacional como miembro.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8713-6255>

Google Académico: <https://scholar.google.com/citations?user=skvO-YP4AAAAJ&hl=es>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Nora-Hernandez-8>

Ibarra Estela, María Angélica

Doctora en Educación por la Escuela Libre de Ciencias Políticas y Administración Pública de Oriente. Profesora por asignatura de la Facultad de Enfermería, Región Veracruz, Universidad Veracruzana. Colaboradora del cuerpo académico Desarrollo humano-Veracruz UV-CA-275. Es colaboradora de la Red Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICADHS). Cuenta con certificado de calidad como docente en enfermería por la federación Mexicana de Colegios de Enfermería, A.C. Es socia activa del Colegio de Enfermeras del estado de Veracruz, A.C. y participa en el consejo directivo como colaboradora en el proceso de certificación profesional. Dirige tesis de licenciatura en Enfermería desarrollando investigaciones relacionadas con la

salud y educación para el desarrollo humano, que contribuye y abona a la línea de generación y aplicación del conocimiento (LGAC). Enfermera operativa en los servicios de Salud de Veracruz, con adscripción en la jurisdicción sanitaria No. VIII con el código de enfermera especialista C.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8618-9590>

López Evangelista, Deyra

Maestra en Gestión Educativa por la Universidad ETAC. Licenciada en Salud Intercultural por la Universidad Intercultural del Estado de México. Diplomado de investigación en ciencias de la salud. Certificación “2017 training program on technology of acupuncture and tuina for Mexico” por el Ministry of Commerce People’s Republic of China y el Hospital Xiyuan. Curso de naturopatía, masaje, quiropráctica, traumatología, psicoterapia y reiki por Aquimaes (Asociación de Quiroprácticos y Masajistas de San Salvador). Profesora horas clase en la Licenciatura de Enfermería en la Universidad Intercultural del Estado de México, impartiendo materias de Medicina Tradicional China y Medicina Tradicional Mexicana. Da atención a pacientes con medicina tradicional china y medicina complementaria en medio particular desde el año 2015. Publicaciones recientes: *Beneficios y desafíos de la bioculturalidad Mazahua para un envejecimiento saludable* (2024), en Investigación e innovación: Revista Científica de Enfermería.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9337-966X>

López Mora, Gloria

Doctora en Gobierno y Administración Pública. Maestra en Ciencias en Enfermería. Maestra en Salud Pública. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería campus Veracruz de la Universidad Veracruzana. Integrante del cuerpo académico en formación Enfermería y salud y colaboradora del cuerpo académico en consolidación Desarrollo Humano. Profesora con perfil Prodep y coordinadora de aseguramiento de la calidad educativa. Integrante de la asamblea ejecutiva estatal integral de atención a víctimas, aval ciudadano del Hospital General de Tarimoya. Coordinadora de la Red de Enfermería en Salud Infantil (Ensi) México. Presidenta del Colegio de Enfermeras (os) del estado de Veracruz, Asesor guía en visitas de auditorías en instituciones de salud y educativas. Cuenta con certificado de calidad como docente por el Consejo Nacional de Certificación de Enfermería, A.C. (Conace-Femce). Dirige tesis de licenciatura en Enfermería. De-

sarrolla investigaciones sobre salud integral de la mujer y prevención y cuidado del niño y adolescentes. Ejerció como enfermera en el Hospital Naval de Veracruz y en unidades de salud de las jurisdicciones sanitarias de Cosamaloapan y Veracruz perteneciente a los servicios de salud de Veracruz.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9787-7471>

Academia: <https://independent.academia.edu/GLOPEZMORA>

Lugo Galán, Guadalupe

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo Perú. Profesora investigadora de la Escuela Superior de Enfermería No. 4 de la Universidad Autónoma de Guerrero. Perfil Prodep. Evaluadora externa del Comace, certificada por el Comce.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9158-4851>

Academia: <https://independent.academia.edu/GUADALUPELUGOGALAN>

Google Académico: <https://scholar.google.com/citations?user=th0WY-F0AAAAJ&hl=es>

Martínez Morales, Cinthia

Pasante de la licenciatura de Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero, México.

Montañez Frausto, María Aurora

Maestría en Ciencias de Enfermería y doctorado en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo, directora del departamento de enfermería y obstetricia, Universidad de Guanajuato. Miembro de la Red de Investigación en Sexualidad. Estudios sobre sexualidad en adolescentes y mujeres con cáncer de mama.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4683-0942>

Moreno Pulido, María Elvira

Maestría en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo, Universidad de Guanajuato, México. Miembro de la Red de Investigación en el Adulto Mayor. Estudios sobre sexualidad en adultos mayores y mujeres con cáncer de mama.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2744-1493>

Paredes Calderón, María Ysabel

Profesora del departamento de enfermería de la mujer, niño y adolescente de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Los Ángeles de Chimbote. Investigadora en ciencias de la salud específicamente en temas de salud infantil y adolescente.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7593-9723>

Ramírez Espinobarros, Yesenia

Doctora en Ciencias de Enfermería y Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero. Miembro de la Sociedad de Enfermería Sigma Theta Tau, Capítulo Tau Alpha y miembro de la Red de Investigación en Sexualidad.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7877-8689>

Ramón Nava, Mayte

Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Intercultural del Estado de México. Prácticas profesionales en Hospital Materno Perinatal Monica Pretelini Saenz, Casa de la Tercera Edad DIF, Pachuca de Soto, Hidalgo. Servicio social en Hospital General Ixtlahuaca Valentín Gómez Farias.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6014-4687>

Reyes Hernández, Gloria Enriqueta

Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora interina de tiempo completo en la Facultad de Enfermería, Región Veracruz de la Universidad Veracruzana. Colaboradora del cuerpo académico Cuidado de las personas adultas mayores UV-CA 357. Socia activa del Colegio de Enfermeras(os) del Estado de Veracruz, A.C. Colaboradora del cuerpo académico Desarrollo humano Veracruz UV-CA 275. Aspirante perfil Prodep. Miembro activa de la Red de Internacional de Cuerpos Académicos e Investigadores para el Desarrollo Humano Sustentable (RICAIHDS). Cuenta con certificado de calidad como docente en Enfermería por la Comisión Nacional de Certificación en Enfermería (Conace y Femce A.C.). Reconocimiento al desempeño docente 2021. Coordinadora del programa de salud integral. Dirige tesis de licenciatura y maestría en Enfermería. Diplomado Internacional en Ciencias de la Felicidad 2024. Diplomado Cultura de Derechos Humanos y Protección de la Salud 2024. Desarrolla investigaciones relacionadas con depresión,

maltrato y percepción de las personas adultas mayores; factores de riesgo de mujeres durante el puerperio. Publicaciones recientes: *Factores que motivan a las mujeres en puerperio inmediato a rechazar los métodos anticonceptivos en un hospital de Veracruz, México*. South Florida Journal of Development Miami (2022).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2836-2727>

Rodríguez Dorantes, Nelissa

Doctora en Ciencias de la Educación por la Instituto de Especialidades Pedagógicas Ignacio Manuel Altamirano (ISEP). Profesora-investigadora de la Facultad de Ciencias Químico Biológicas y de la Escuela Superior de Enfermería No.1 de Universidad Autónoma de Guerrero. Candidata al SNI. Forma parte del padrón estatal de investigadores del estado de Guerrero. Perfil Prodep (Programa de mejoramiento al profesorado). Integrante del cuerpo académico consolidado 162: Enfermería y salud reproductiva. Evaluadora de la convocatoria estancias posdoctorales por México iniciales 2023 por parte del Conahcyt. Integrante de la Asociación nacional de químicos del ISSSTE y de la Red Internacional de Investigación en Enfermedades Infecciosas y Salud Pública. Dirige y forma parte del sínodo de tesis de nivel licenciatura en Biotecnología y QBP de la Facultad de Ciencias Químico biológicas y de la Escuela Superior de Enfermería No.1. Desarrolla investigaciones relacionadas con el estudio de enfermedades infecciosas en comunidades locales y hospitalarias en población vulnerable, así como estrategias de salud pública para la prevención y control de infecciones, también conductas de riesgo a la salud en grupos vulnerados. Publicaciones recientes: *Prevalence and polypharmaceutical consumption in older adults using a health center in Chilpancingo, Guerrero* (2023), Libro *Calidad de vida en niños hemofílicos* (2024). *Effectiveness of an Educational Intervention on Knowledge of Biological, Psychological and Socioeconomic Risk Factors of Pregnancy in High School Students in Chilpancingo, Guerrero* (2024). *El estilo de vida como un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama en mujeres* (2025).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2345-8906>

Google Académico: <https://scholar.google.com/citations?user=hcvs21MAAAA-J&hl=es>

Rodríguez Ramírez, Lizeth Guadalupe

Enfermera especialista perinatal por la Universidad Autónoma de México. Actualmente adscrita al Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense como coordinadora de enseñanza de enfermería.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0102-1311>

Sánchez Arce, Lydia Edita

Doctora en Ciencias de Enfermería. Docente principal a dedicación exclusiva de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo, Perú, UNT. Miembro de la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería (RIHE) y Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6991-1062>

Sandoval Muñoz, Mariela Yoselin

Licenciada en Enfermería. Egresada de la Escuela Superior de Enfermería 1, Universidad Autónoma de Guerrero. Mención honorífica por parte del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense en protocolo de investigación *Actitud hacia la lactancia materna en madres con hijos patológicos y no patológicos*, durante el servicio social en la generación 2022-2023. Experiencia laboral en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense. Actualmente enfermera de base en atención clínica en el Hospital General de Tlapa de Comonfort, Guerrero.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5562-4505>

Sandoval Salinas, Eliana Patricia

Magíster en Ciencias de Enfermería por la Universidad los Ángeles de Chimbote, docente auxiliar a tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Registrada en Concytect -DINA. Miembro activo de Sociedad Iberoamericana de Neonatología.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1453-337X>

Zacarías Martínez, Monserrat

Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Especialista en Salud Mental por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente coordinadora de enseñanza de enfermería en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería y Obstetricia por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora invitada de asignatura por la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología – Ignacio Chávez, avalada por la Universidad Nacional Autónoma de México. Cuenta con un diplomado de neuropsicofarmacología 2024, por entidad privada Feelink. Coordinadora del Posgrado de Enfermería en Salud Mental con sede en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de Fuente Muñiz. Miembro del comité académico del programa único de estudios de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Presidente del jurado de exámenes de titulación de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental. Asimismo dirige trabajos de investigación en la Especialidad de Enfermería en Salud Mental.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7399-5094>

Temas selectos de salud reproductiva de Imelda
Socorro Hernández Nava, Maribel Sepúlveda Co-
varrubias y Martha Leticia Sánchez Castillo (coords.)
publicado por Ediciones Comunicación Científica, S. A. de
C. V., se terminó de imprimir en diciembre de 2025, en Litografía
Ingramex, S. A. de C. V., Centeno 162-1, Granjas Esmeralda, 09810,
Ciudad de México. El tiraje fue de 100 ejemplares impresos y en versión digital
para acceso abierto en los formatos PDF, EPUB y HTML.

Esta importante obra académica sobre temas selectos en salud reproductiva es resultado de la colaboración de investigadoras e investigadores de diversas instituciones de educación superior, así como de cuerpos académicos de nuestro país y del extranjero, quienes analizan múltiples temas relacionados con el cuidado de enfermería desde un enfoque en la salud reproductiva y en los diferentes niveles de atención a la salud.

En sus páginas, se pueden analizar y discutir los resultados de investigaciones cuyos enfoques se centran en la atención preconcepcional, el apoyo social, el embarazo en mujeres primigestas, la salud mental, el cuidado humanizado, la lactancia materna, la violencia y la salud reproductiva con enfoque de género.

Resulta imperativo establecer los determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva desde el contexto del acceso a servicios de calidad en instituciones del sector salud que garanticen la autonomía, el respeto y la capacidad de las personas para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de forma informada, saludable y segura, así como con respeto a las diversas etapas del ciclo de desarrollo humano. Y esta obra puede dar luz sobre cómo lograr dichos objetivos.

Dr. Jesús Roberto Garay Núñez
Universidad Autónoma de Sinaloa



Imelda Socorro Hernández Nava es Doctora en Ciencias de Enfermería, Maestra en Administración y profesora-investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Guerrero, Escuela Superior de Enfermería núm. 1. Es integrante del Cuerpo Académico Consolidado UAGro-CA-162 y cuenta con perfil Prodep. También es secretaria de producción científica de la Red ENSI Nodo México e integrante del padrón de investigadores del estado de Guerrero, certificado de calidad por el Comce.



Maribel Sepúlveda Covarrubias es Doctora en Desarrollo Humano, Maestra en Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria y profesora-investigadora de tiempo completo. Es coordinadora del Cuerpo Académico Consolidado UAGro-CA-162 y cuenta con Perfil Prodep. Asimismo, es miembro del SNII, Secretaria de Comunicación de la Red ENSI Nodo México y Directora de la Escuela Superior de Enfermería núm. 1 de la Universidad Autónoma de Guerrero.



Martha Leticia Sánchez Castillo es Doctoranda en Sexualidad Humana por la Universidad Nexum de México, Maestra en Sexología Clínica con especialidad en Sexología Educativa y profesora-investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Guerrero. Perfil Prodep y miembro SNII nivel Candidato. Se desempeña como académica del UAGro-CA-162 en "Enfermería y Salud Reproductiva" de la Red ENSI Nodo México.



Dimensions

RENIECYT
Registro Nacional de Instituciones
y Empresas Científicas y Tecnológicas
2000922



DOI.ORG/10.52501/CC.325



EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA PUBLICACIONES
ARBITRADAS

www.comunicacion-cientifica.com



9 789689 738176