



2019 Vol. 3 N° 2

Health Care & Global Health

JOURNAL OF RESEARCH AND HEALTH

ISSN 2522-7270

(ONLINE)



Peruvian Journal of Health Care and Global Health

Volumen 3 • Número 2 • 2019

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

Dr. César Augusto Ángeles Caballero
Rector

Dr. Milciades Hidalgo Cabrera
Vicerrector Académico

Mg. Carlos Rubén Campomanes Bravo
Secretario General

DR. Hipólito César Reyes Del Carmen
Gerente General

Jorge Alberto Del Carpio Salinas
Decano de la Facultad de Ciencias e Ingeniería

Dr. Hernán Hugo Matta Solís
Decano (i) de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Roberto Cumpen Vidaurre
Decano (e) de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Dr. Roberto Cumpen Vidaurre
Decano de la Facultad de Ciencias Contables, Económicas y Financieras

Mg. Gustavo Marino Villar Mayuntupa
Coordinador de la Escuelas Profesionales de Educación Inicial y Educación Primaria e Interculturalidad.

Lic. Pablo Emerson Muñoz Choque
Coordinador de la Escuelas Profesional de Administración y Contabilidad con mención en Finanzas.

Lic. Doris Mellina Alvines Fernandez
Coordinador de la Escuela Profesional de Enfermería.

Dr. Laberiano Matías Andrade Arenas
Coordinador de las Escuelas Profesionales de Ingeniería de Sistemas e Informática e Ingeniería Electrónica con mención en Telecomunicaciones.

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR GENERAL

Juan Morales, Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

EDITOR ADJUNTO

Hernan Matta, Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

EDITORES ASOCIADOS

José Fuentes-Rivera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Wilfredo Carcausto, Universidad Arzobispo Loayza, Perú

Kelly Levano, Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

Nélida Hilario, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Alicibiades Díaz-Vera, Universidad Católica Murcia, España

COMITÉ CIENTÍFICO

- César Arturo Gutiérrez Villafuerte,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú
- Caridad Dandicourt Thomas,
Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo - FCM FAJARDO, Cuba
- Carlos Alexander Alva Díaz,
Ministerio de Salud - MINSA, Perú
- María Cristina Maya Vázquez,
Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM, México
- María Teresa Cuamatzi Peña,
Universidad Autónoma del Estado de México - UAEMex, México
- María Angélica Arzuaga Salazar,
Universidad de Antioquia - UdeA, Colombia
- Yolanda Rufina Condorimay Tacsí,
Universidade Federal de Goiás - UFG, Brasil
- Violeta Magdalena Rojas Huayta,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú
- Eduardo Rafael Bucio Reta,
Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez, México
- Jack Roberto Silva Fhon,
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - EERP USP, Brasil
- Leda Yamilée Hurtado Roca,
Universidad Autónoma de Madrid - UAM, España
- José Pacheco Romero,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú
- Sílvia Suarez Cunza,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú
- Jéssica J Rivadeneyra Posadas,
Universidad de Burgos - UBU, España
- Emma Hernández Valdés,
Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular - ICCV, Cuba

Peruvian Journal of Health Care and Global Health

Peruvian Journal of Health Care and Global Health, es una publicación de la Universidad de Ciencias y Humanidades.

ISSN: 2522-7270

Editado por:

Peruvian Journal of Health Care and Global Health

© Copyright 2018

Dirección: Av. Universitaria 5175 - Los Olivos, Lima 39

<http://revista.uch.edu.pe>

Diciembre 2019

Esta publicación es gratuita y el contenido en su integridad se encuentra en:
<http://revista.uch.edu.pe>

Editorial

- El feminicidio en el Perú: La manifestación extrema de la violencia contra la mujer
Femicide in Peru: The extreme manifestation of violence against women
Juan Morales 54

Artículo original

- Uso de preservativo femenino en usuarias de establecimientos del primer nivel de la Región Callao
Female condom uses among primary healthcare women users of Callao Region
Marlene Raquel Basilio-Rojas 56
- Dolor lumbar y actividades domésticas en mujeres atendidas en un centro de rehabilitación de Lima
Low back pain and domestic activities in women treated at a rehabilitation center in Lima
Evelyn Liliana Barreda-Castillo, Cristhian Santiago-Bazan 63
- Funcionamiento familiar y agresividad en estudiantes de educación primaria de Puerto Maldonado
Family functioning and aggressiveness in students of primary education of Puerto Maldonado
Edwin Gustavo Estrada-Araoz, Helen Juddy, Mamani-Uchasara 70
- Violencia y autoestima en gestantes de un distrito del Callao
Violence and self-esteem among pregnant women in a district of Callao
Juan Morales, Marlene Basilio, Cinthya Candia-Zambrano 75

Artículo breve

- Evolución de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un Hospital del Callao
Evolution of Human Immunodeficiency Virus Infection at a Callao Hospital
Juliocésar Cáceda-Dávila, Gianinna Vera-Chozo, Ruth Rebeca Marreros-Maldonado, Yesy Pérez-Delgado, Medaly Córdova-Limache, Miriam Reyes-Terrones, Ana Paula Goyzueta 81
- Anemia en niños atendidos en establecimientos del primer nivel de un distrito de Lima Norte
Anemia among children treated in primary healthcare centers in a district of North of Lima
Silvia Elena Fajardo-Pantoja, Darwin Heli Ramírez-Linares, Licely Ruby Berrocal-Anco, Rocío Serrano-Merma, Diego Stefano Barreto-Salas, Belissa Yuliana Lara-Medina 86

Artículo especial

- Proceso de cuidado de enfermería en adolescente con interrupción de procesos familiares según taxonomía NANDA-NIC-NOC
Nursing care process in a adolescent with interruption of family processes according to taxonomy NANDA-NIC-NOC
Ana Paula Goyzueta, Amelia Inés Faustino-Eufracio 90
- Libre albedrío y la deontología de los operadores de salud
Free will and deontology of health operators
Wilfredo Carcausto, Juan Tutuy-Aspauza, Elmer Montañez-Agramonte, Isabel Menacho-Vargas 96

El feminicidio en el Perú: La manifestación extrema de la violencia contra la mujer

Femicide in Peru: The extreme manifestation of violence against women

Juan Morales^{1,a}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades

^a Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Doctor en Medicina

Información del artículo

Citar como: Morales J. El feminicidio en el Perú: La manifestación extrema de la violencia contra la mujer. *Health Care & Global Health*.2019;3(2):54-5. doi: 10.22258/hgh.2019.32.57

Autor corresponsal


Juan Morales

Dirección: Av. Universitaria 5175, Los

Olivos, Lima 39 - Perú

Teléfono: +51 989 521 832

Email: mdjuanmorales@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4837-2079>

Historial del artículo

Recibido: 24/12/2019

Aprobado: 24/12/2019

En línea: 30/12/2019

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Ninguno

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública, a nivel mundial una de cada tres mujeres ha experimentado algún tipo de violencia en algún momento de su vida ⁽¹⁾. El 2017, unas 87 mil mujeres y niñas fueron asesinadas intencionalmente, la proporción de mujeres asesinadas por parejas íntimas u otros miembros de la familia aumentó del 47% de todas las mujeres víctimas de homicidio en 2012 a 58% en 2017, pasando de 48 mil víctimas en 2012 a 50 mil en 2017⁽²⁾.

La región de Asia representó el mayor número de mujeres asesinadas en todo el mundo por parejas íntimas u otros miembros de la familia, con un estimado de 20 mil víctimas, seguido por África con 19 mil mujeres ⁽²⁾. En Latinoamérica, Brasil, el Salvador, Argentina y Guatemala, son los países con mayor número de feminicidio⁽³⁾.

El feminicidio implica el asesinato intencional de mujeres porque son mujeres, pero las definiciones más amplias incluyen cualquier asesinato de mujeres o niñas. El feminicidio cometido por el esposo, por la pareja actual o anterior se conoce como feminicidio íntimo u homicidio de pareja íntima⁽⁴⁾. En el Perú, el feminicidio es la muerte de las mujeres por su condición de tal, en condición de violencia familiar, coacción, hostigamiento o acoso sexual; abuso de poder, confianza o de cualquier otra posición o relación que confiere autoridad a la persona agresora; y en cualquier forma de discriminación contra la mujer, independientemente de que exista o haya existido una relación conyugal o de convivencia con la persona agresora ⁽⁵⁾.

En Estados Unidos, el 55,3% de todos los homicidios de mujeres estaban relacionados con violencia de pareja y el 11,2% de las víctimas de homicidios relacionados con violencia de pareja íntima experimentaron alguna forma de violencia en el mes anterior a su muerte, las discusiones y los celos fueron las circunstancias precipitantes comunes ⁽⁶⁾. El miedo a las represalias, la dependencia económica y psicológica y la falta de fe en la policía puede inducir a las mujeres a no denunciar casos de violencia doméstica relacionada con el género⁽²⁾.

En Italia, el método de asesinato, con un objeto afilado, arma de fuego y asfixia fueron los más frecuentes, con el 32%, 27% y 16% respectivamente; el 65% ocurrió en la casa de la víctima, los responsables en el 45% fue la pareja actual y en el 17% ex pareja íntima, las principales razones fueron el fin de la relación en el 21% y 17% los celos⁽⁷⁾.



En Estados Unidos, los factores de riesgo para el feminicidio de pareja íntima fueron la falta de empleo del abusador (OR=5,09; IC95%: 2,74 a 9,45), el acceso del agresor a un arma de fuego (OR=7,59; IC95%:3,85 a 14,99), el uso de drogas ilícitas (OR=4,76; IC95%:2,19 a 10,34), la separación después de vivir juntos (OR=3,64; IC95%:1,71 a 7,78), haber salido o pedido a la pareja que se fuera (OR=3,19; IC95%: 1,70 a 6,02); tener un hijo no biológico del abusador (OR=2,23; IC95%:1,13 a 4,39); abusador altamente controlador y la separación de la pareja después de vivir juntos (OR=8,98; IC95%: 3,25 a 24,83), abusador con alto control pero la pareja no se había separado (OR=2,90; IC95%:1,41 a 5,97), separación después de haber vivido juntos sin el abusador con alto control (OR=3,10; IC95%:1,20 a 8,05), las amenazas previas de los abusadores con arma (OR=4,08; IC 95%:1,91 a 8,72), amenaza de muerte (OR=2,60; IC95%:1,24 a 5,42), cuando la víctima dejó al abusador por otra pareja o por los celos del abusador (OR=4,91; IC95%:2,42 a 9,96), cuando la víctima dejó al abusador por cualquier otro motivo (OR=4,04; IC95%:1,80 a 9,06). Los factores protectores o reductores contra el feminicidio fueron, educación universitaria del abusador (OR=0,31; IC95%:0,12 a 0,80) y el no haber nunca vivido con el perpetrador (OR=0,39; IC95%:0,16 a 0,97) ⁽⁸⁾.

En el Perú, durante el periodo 2011 a 2017 las cifras de feminicidio oscilaron entre 100 y 123 por año, la menor cifra en 2014 y la máxima en el 2011, la mayoría de las víctimas tenían entre 18 y 34 años de edad, las principales formas fueron la asfixia o estrangulamiento, acuchillamiento, traumatismo y por arma de fuego, ocurrió principalmente dentro de la casa; Lima encabeza la lista de los departamentos con mayor número de víctimas, entre el 70 a 90% fueron ocasionados por su pareja o ex pareja ⁽³⁾.

En el 2018, se presentaron 149 feminicidios, hasta octubre del 2019 se reportó 140 casos ⁽⁵⁾ y a una semana de culminar el año se hace mención de 160 casos de feminicidios. La evaluación de los expedientes judiciales de feminicidios en 32 cortes superiores del país indica que solo el 16% de los agresores tenían antecedentes por violencia familiar, el 48% de las víctimas tenía secundaria completa o un grado superior, 76% tenían hijos y/o hijas. La mayoría de los feminicidios ocurrió entre la noche y la madrugada, los fines de semana y la mayoría en el hogar que compartían la víctima y el agresor, los medios más utilizados fueron arma punzo cortante (34%), manos (20%), a través del ahorcamiento, asfixia u otras formas de ataque y 16% con arma de fuego ⁽⁹⁾.

El feminicidio, la manifestación más extrema de la violencia contra la mujer, requiere de la participación y vigilancia de todos los actores sociales. La comunidad sensibilizada y preparada puede ser el aliado más importante para neutralizar el problema de la violencia contra la mujer, porque sus miembros guardan una relación más estrecha y están en mejores condiciones para responder con mayor prontitud cuando las mujeres están en riesgo. Desde luego, no se pretende minimizar la labor que realizan diversas instituciones del Estado, merece destacar las actividades de prevención y promoción que viene realizando el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en el ámbito de los establecimientos del primer nivel de atención.

La mujer merece mayor atención y en ese sentido en el presente número se ha incluido artículos sobre la familia, mujeres gestantes, mujeres no gestantes y amas de casa.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Violence against women [Internet]. World Health Organization. 2019 [cited 2019 Dec 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. United Nations Office on Drugs and Crime. Global Study on Homicide [Internet]. UNODC. Vienna; 2019. Available from: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet1.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estadísticas de Feminicidio 2011-2018. Registros administrativos. [Internet]. Lima, Perú; 2018. Available from: http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_feminicidio2018.pdf
4. World Health Organization/Pan American Health Organization. Femicide [Internet]. World Health Organization. 2012. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/paho-violence-women-fs-fc-2012.pdf>
5. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP. Estadísticas sobre feminicidio [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 22]. Available from: <https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=39>
6. Petrosky E, Blair JM, Betz CJ, Fowler KA, Jack SP, H B. Diferencias raciales y étnicas en los homicidios de mujeres adultas y el papel de la violencia de pareja íntima - Estados Unidos, 2003–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66:741–6.
7. Ferrara P, Caporale O, Cutrona C, Sbordone A, Amato M, Spina G, et al. Femicide and murdered women's children: Which future for these children orphans of a living parent? *Ital J Pediatr* [Internet]. 2015;41(1):1–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13052-015-0173-z>
8. Campbell J, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. *Am J Public Health*. 2003;93(1):1089–97.
9. Defensoría del Pueblo. Feminicidio Íntimo en el Perú: Análisis de Expedientes Judiciales (2012 -2015). Octavo Reporte de la Defensoría del Pueblo sobre el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2015) [Internet]. Serie Informes Defensoriales: Informe N° 173-2015-DP. Lima, Perú; 2015. Available from: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Informe-Defensorial-N-173-FEMINICIDIO-INTIMO.pdf>

Uso de preservativo femenino en usuarias de establecimientos del primer nivel de la Región Callao

Female condom uses among primary healthcare women users of Callao Region

Marlene Raquel Basilio-Rojas^{1,a}

¹ Centro de Salud Mi Perú, Dirección Regional de Salud Callao.

^a Lic. En Obstetricia

Información del artículo

Citar como: Basilio-Rojas MR. Uso de preservativo femenino en usuarias de establecimientos del primer nivel de la Región Callao. *Health Care & Global Health*.2019;3(2):56-62. doi: 10.22258/hgh.2019.32.58

Autor corresponsal

Marlene Raquel Basilio-Rojas
Dirección: Jr. Sao Paulo 2468, San Martín de Porres.
Email: marlene.basilio.roja@gmail.com

Historial del artículo

Recibido: 25/10/2019
Aprobado: 23/12/2019
En línea: 30/12/2019

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

El presente estudio se realizó con parte de los datos de una tesis para optar el Grado de Magister en Salud Pública y Gestión Sanitaria en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Resumen

Objetivo: Determinar las características de uso y factores asociados a la demanda del preservativo femenino en usuarias de los establecimientos del primer nivel de la Región Callao.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal. La población estuvo conformada por usuarias de establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Red de Salud Ventanilla ubicado en la Región Callao, durante los años 2017-2018. La muestra fue no probabilística, compuesta por usuarias del servicio de planificación familiar que decidieron utilizar el preservativo femenino como método anticonceptivo. **Resultados:** Participaron 20 usuarias del condón femenino con una edad media de 37,4 años (DE=8,1; Rango: 23 a 50). El 75% de las mujeres que optaron por el condón femenino como su método anticonceptivo de elección hicieron efectivo el uso del método. Los factores asociados al uso del preservativo femenino fueron la renta familiar mensual ($p=0,007$), la información recibida sobre los beneficios del preservativo femenino ($p=0,015$) y la demostración del producto ($p=0,005$). **Conclusiones.** Una alta proporción de mujeres que optaron por el condón femenino hicieron efectivo el uso. Los factores asociados al uso del método fueron la renta familiar, la información recibida sobre los beneficios del preservativo femenino y la demostración del producto.

Palabras clave: Condones Femeninos; Anticoncepción de Barrera, planificación familiar; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: To determine the characteristics of use and factors associated with the demand of the female condom among primary healthcare women users of Callao Region. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study. The population was conformed by primary healthcare women users of Ventanilla Health Network located in Callao Region, during 2017-2018. The sample was not probabilistic, composed of users of family planning service who decided to use the female condom as a contraceptive method. **Results:** Twenty users of the female condom with an average age of 37.4 years (SD = 8.1, Range: 23 to 50). 75% of women who opted for the female condom as their contraceptive method of choice made the use of the method effective. The factors associated with the use of the female condom were the monthly family income ($p = 0.007$), the information received on the benefits of the female condom ($p = 0.015$) and the product demonstrating ($p = 0.005$). **Conclusions:** A high proportion of women who opted for the female condom made the use effective. The factors associated with the use of the method were family income, the information received on the benefits of the female condom and the product demonstrating.

Keywords: Condoms, Female; Contraception, Barrier; Family Planning Services; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

En los últimos años existe una creciente preocupación a nivel mundial por los escasos resultados que se están obteniendo tanto en la prevención del embarazo no deseado o no planificado, así como en la prevención y control del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ⁽¹⁾⁽²⁾.

A nivel nacional, hay una necesidad insatisfecha de planificación familiar a pesar de la amplia variedad de métodos anticonceptivos disponibles, manteniéndose una tendencia estacionaria en el tiempo y siendo esta de 6,5% en el año 2017 ⁽³⁾.

Con respecto a los casos reportados de VIH/SIDA, el número de casos nuevos de SIDA registrados asciende de 739 en el año 2001 a 1321 casos en el año 2014 ⁽⁴⁾. Así mismo, la razón hombre/mujer de casos notificados de SIDA ha descendido a 3,9 hombres/mujer en el año 2017 ⁽⁵⁾. Hasta antes de la aparición del preservativo femenino, el preservativo masculino era el único método disponible para la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo el VIH, que junto a su papel anticonceptivo otorgaban al hombre un gran control sobre la protección y dejaba a la mujer en situación de desventaja, dado que el control no dependía de ella, y en muchos casos la negociación del uso del preservativo masculino era muy difícil ⁽⁶⁾.

Desde 1993, con la introducción en el mercado del preservativo femenino, este método se convierte en el único método que otorga a la mujer el control para evitar la infección por ITS/VIH y los embarazos no deseados ⁽⁷⁾.

Desde su aparición se han realizado diversos estudios en grupos de población específicos, como las trabajadoras sexuales ⁽⁸⁾, estudiantes⁽⁹⁾, usuarios de clínica de atención de las ITS y adolescentes ⁽¹⁰⁾; con la finalidad de evaluar la efectividad y aceptabilidad del método en diversos segmentos de la población y de esta manera mejorar las estrategias de comunicación para la promoción del condón femenino. Sin embargo, a pesar de su eficacia y aceptabilidad reportado en la mayoría de los estudios, el condón femenino sigue siendo muy poco utilizado en la mayoría de las comunidades donde se ha facilitado su acceso ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

Esta situación se debe a la insatisfacción con múltiples aspectos de su experiencia en el uso del preservativo femenino ⁽¹⁴⁾, así como otros factores relacionados con el conocimiento ⁽¹⁵⁾, comportamiento de riesgo personal, factores de relación de poder en las relaciones, influencias de pares y el contexto comunitario de los recursos sanitarios disponibles ⁽¹⁶⁾. La pareja también juega un papel importante al momento de decidir usar o continuar con el uso del preservativo femenino, favoreciendo el uso constante en la medida que promueva de alguna manera los derechos

de las mujeres en el ámbito de la relación de pareja, o de lo contrario causando el abandono del método debido a su negativa hacia su uso ⁽⁶⁾.

En el Perú, en el año 2010, el condón femenino se incorpora dentro de la oferta de métodos de planificación familiar ⁽²⁾, y a partir del 2013 se masifica la distribución gratuita en todos los establecimientos de salud del país como parte de las políticas de salud sexual y reproductiva.

A nivel nacional, el porcentaje de mujeres que usan el condón femenino fue de 0,6% para el año 2017⁽³⁾ y de 0,5% para el año 2018 ⁽⁵⁾. En los establecimientos del primer nivel de atención de la región Callao, es uno de los métodos de menor demanda en las mujeres entre los distintos métodos anticonceptivos que se ofertan, pese a que es un método inocuo y que ofrece doble protección.

El presente estudio tiene como objetivo determinar las características del uso y los factores asociados a la demanda del preservativo femenino entre las usuarias del servicio de planificación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Red de Salud Ventanilla, Región Callao.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por mujeres en edad reproductiva registradas como usuarias del condón femenino en el servicio de Planificación Familiar de los establecimientos de salud del primer nivel de atención pertenecientes a la Red de Salud Ventanilla – Región Callao durante los años 2017 y 2018. Según los reportes estadísticos de la Red de Salud Ventanilla, en dicho período se identificó a 50 pacientes usuarias del condón femenino.

Entre los meses de abril a junio se logró contactar a 21 usuarias en sus hogares o por contacto telefónico, de las cuales, 20 de ellas aceptaron participar del estudio previo consentimiento informado.

Variable de estudio

Uso del condón femenino (CF) en mujeres en edad fértil que eligieron el método en la consulta de planificación familiar. Se realizó la pesquisa sobre el uso del referido método, según las variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y las relacionadas con la prestación del servicio.

Instrumento de medición

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario de 23 preguntas, distribuidas en cuatro componentes a) datos sociodemográficos (edad, situación conyugal, grado de instrucción de la usuaria, grado de instrucción de la pareja, religión, renta familiar, tenencia de seguro de salud, ocupación, conocimiento previo del condón femenino, y ocupación de la pareja), b) características gineco-obstétricas (Número de hijos, andría, uso previo del condón masculino, uso previo de otro método anticonceptivo, antecedente ITS, actitud de la pareja), c) características de la prestación del servicio (recibir información sobre las características del condón femenino, beneficios del método, modo de uso y la demostración del método) y d) el uso del método (frecuencia de uso y deseo de continuar usando el método).

Procedimientos

En una primera etapa se identificó a las usuarias del servicio de Planificación Familiar que alguna vez escogieron el preservativo femenino como su método anticonceptivo de elección durante los años 2017 y 2018, para ello se accedió a los reportes estadísticos y libros de planificación familiar de dicho período. En una segunda etapa, se accedió a la historia clínica de las potenciales participantes para recopilar la información considerada en el instrumento, su identificación y datos que permitieron su ubicación. En la tercera etapa se ubicó a las potenciales participantes y se completó la aplicación del instrumento. La participación fue voluntaria y teniendo el consentimiento informado. Los datos se obtuvieron mediante una entrevista dirigida por un profesional de la salud capacitado en el tema. Se garantizó a los pacientes la confidencialidad y la protección de los datos personales.

Análisis estadístico

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa IBM SPSS statistics versión 23. Los datos se organizaron en tablas de frecuencias y para la identificación de las variables asociadas al uso del condón femenino se utilizó el estadístico Chi cuadrado, considerándose los valores $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

Se tuvo en consideración los principios bioéticos fundamentales establecidos en el informe Belmont, se aseguró la confidencialidad de los datos y se obtuvo el consentimiento informado en todas las participantes.

Resultados

El universo del estudio estuvo constituido por 20 mujeres usuarias del método con una edad media de 37,4 años (DE=8,1; Rango: 23 a 50). El 70% de las mujeres estudiadas

convive con la pareja, en tanto que, un 30% tiene pareja, pero no viven juntos (Tabla 1).

Con respecto al grado de instrucción, se constató que un 70% cuenta con el grado de instrucción secundaria, mientras que un 25% cuenta con instrucción superior y el 60% de las parejas de las mujeres encuestadas tenían instrucción secundaria. El 75% de las mujeres encuestadas profesaba la religión católica, el 50% reporta un ingreso familiar menor a un salario mínimo y el 95% cuenta con un seguro de salud. El 55% afirmó no tener conocimiento sobre este método, hasta que se les ofreció en el consultorio de planificación familiar, el 75% hizo efectivo el uso del método, en tanto que un 25% no usó el método a pesar de haber elegido este método como su anticonceptivo de elección. El uso del condón femenino se presentó en mayor proporción entre las usuarias con una renta familiar menor del salario mínimo ($p=0,007$) (Tabla 1).

Con respecto a las características gineco-obstétricas, el 70% de las mujeres entrevistadas tiene 2 hijos o más, y el 60% ha tenido 2 parejas sexuales en toda su vida. La mayoría de las mujeres entrevistadas han utilizado otros métodos anticonceptivos como el preservativo masculino (85%) y otros métodos (80%). El 60% de la muestra estudiada manifiesta que la actitud de la pareja hacia el uso del método fue favorable (Tabla 2).

En cuanto a las características de la prestación del servicio, un 93,3% recibió información sobre las características del condón femenino, un 80% información sobre los beneficios, un 100% información sobre el modo de uso y un 87% demostración del producto. La información recibida sobre los beneficios del condón femenino fue significativamente más frecuente en aquellas que han usado el condón femenino al menos 1 vez ($p=0,015$). Así mismo, a quienes se les hizo una demostración del producto fue significativamente mayor en aquellas que han usado el condón femenino al menos 1 vez ($p=0,005$) (Tabla 3).

Discusión

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que tres cuartas partes de las mujeres que optaron por el condón femenino como su método anticonceptivo de elección hicieron efectivo el uso del método. Este resultado nos indica que la tasa de aceptación del preservativo femenino fue muy alta y que probablemente esté en relación con los efectos y/o componentes de la consejería brindada en la consulta de planificación familiar, la sensibilización para prevenir ITS/VIH, sensibilización hacia el uso del preservativo femenino y el empoderamiento de la misma mujer.

Sin embargo, al comparar con otros métodos anticonceptivos, su frecuencia de uso aún continúa siendo muy baja a pesar de que su distribución es gratuita en todos los establecimientos de salud del primer nivel del

Tabla 1. Características sociodemográficas de las usuarias de establecimientos del primer nivel de la Región Callao

Características de la muestra	Total		Nunca usó		Usó >1 vez		Valor p*
	n	%	n	%	n	%	
Total	20	100	5	25,0	15	75,0	
Situación conyugal							0,573
Vive con su pareja	14	70,0	3	60,0	11	73,3	
Tiene pareja, pero no viven juntos	6	30,0	2	40,0	4	26,7	
Grado de instrucción							0,781
Primaria	1	5,0	0	0,0	1	6,7	
Secundaria	14	70,0	4	80,0	10	66,7	
Superior no universitario	5	25,0	1	20,0	4	26,7	
Grado de instrucción de la pareja							0,513
Primaria	2	10,0	1	20,0	1	6,7	
Secundaria	12	60,0	2	40,0	10	66,7	
Superior no universitario	6	30,0	2	40,0	4	26,7	
Religión							0,639
Ninguno	1	5,0	0	0,0	1	6,7	
Católica	15	75,0	4	80,0	11	73,3	
Cristiana	2	10,0	1	20,0	1	6,7	
Otro	2	10,0	0	0	2	13,3	
Conocimiento del preservativo femenino							0,069
Sí	9	45,0	4	80,0	5	33,3	
No	11	55,0	1	20,0	10	66,7	
Renta Familiar							0,007
Menor salario mínimo	10	50,0	0	0,0	10	66,7	
de 1 a 2 salario mínimo	8	40,0	5	100,0	3	20,0	
Más de 2 salario mínimo	2	10,0	0	0,0	2	13,3	
Tenencia de seguro de salud							0,554
Si	19	95,0	5	100,0	14	93,3	
No	1	5,0	0	0,0	1	6,7	
Ocupación de la paciente							0,834
Ama de casa	11	55,0	3	60,0	8	53,3	
Empleada	6	30,0	1	20,0	5	33,3	
Otro	3	15,0	1	20,0	2	13,3	
Ocupación de la pareja							0,670
Empleado	10	50,0	2	40,0	8	53,3	
Profesional independiente	1	5,0	0	0,0	1	6,7	
Otro	9	45,0	3	60,0	6	40,0	

país. Según el reporte de estadística de la Red Ventanilla, el porcentaje de uso del preservativo femenino es muy bajo (0,06%), siendo el preservativo masculino el método anticonceptivo mayoritariamente preferido por las mujeres (41,3 %), seguido por el inyectable trimestral (16,4%).

Los resultados de este estudio mostraron que entre las mujeres que optaron por el preservativo femenino, el 25% no hizo efectivo el uso del método, lo que guarda relación

con lo reportado por Ananga et al. quienes reportaron una baja utilización del preservativo femenino, oscilando del 3,7% que utilizaba la mayor parte del tiempo hasta un 39,2% las que usaban a veces ⁽¹¹⁾. Esta baja prevalencia de utilización del preservativo femenino puede ser explicado por varios factores y que van desde sus orígenes sociales y culturales ⁽¹⁷⁾, conocimiento ⁽¹⁵⁾, comportamientos de riesgo personal, factores de relación de poder en las relaciones, influencias de pares, el contexto comunitario de

Tabla 2. Características ginecoobstétricas de las usuarias de establecimientos del primer nivel de la Región Callao

Características ginecoobstétricas de la muestra	Total		Nunca usó		Usó > 1 vez		Valor p*
	n	%	n	%	n	%	
Total	20	100,0	5	25,0	15	75,0	
Número de hijos							0,24
No tiene hijos	2	10,0	1	20,0	1	6,7	
Tiene 1 hijo	4	20,0	2	40,0	2	13,3	
Tiene 2 hijos a más	14	70,0	2	40,0	12	80,0	
Número de parejas sexuales							0,449
Solo 1	5	25,0	2	40,0	3	20,0	
2 parejas sexuales	12	60,0	3	60,0	9	60,0	
> 2 parejas sexuales	3	15,0	0	0,0	3	20,0	
Uso previo de condón masculino							0,278
Si	17	85,0	5	100,0	12	80,0	
No	3	15,0	0	0,0	3	20,0	
Uso previo de otro método anticonceptivo							0,197
Sí	16	80,0	3	60,0	13	86,7	
No	4	20,0	2	40,0	2	13,3	
Antecedente de ITS							0,436
Si	9	45,0	3	60,0	6	40,0	
No	11	55,0	2	40,0	9	60,0	
Actitud de la pareja al uso del preservativo femenino							1,000
Favorable	12	60,0	3	60,0	9	60,0	
Desfavorable	8	40,0	2	40,0	6	40,0	

los recursos sanitarios disponibles ⁽¹⁸⁾, hasta la experiencia en el uso del método⁽¹⁷⁾.

En cuanto al conocimiento previo del preservativo femenino, el 55% afirmó nunca haber escuchado hablar sobre este

método anticonceptivo, hasta antes de que se le ofreciera en la consulta de planificación familiar, lo que refleja que existe más de cinco de cada diez mujeres que no conocen este método anticonceptivo. En este contexto, existe la necesidad de continuar desarrollando intervenciones

Tabla 3. Características de la prestación del servicio en las usuarias de establecimientos del primer nivel de la Región Callao

Características de la prestación del servicio	Total		Nunca usó		Usó > 1 vez		Valor p*
	n	%	n	%	n	%	
Total	20	100,0	5	25,0	15	75,0	
Información recibida sobre características de CF							0,389
Si	18	90,0	4	80,0	14	93,3	
No	2	10,0	1	20,0	1	6,7	
Información recibida sobre beneficios de CF							0,015
Sí	13	65,0	1	20,0	12	80,0	
No	7	35,0	4	80,0	3	20,0	
Información recibida sobre modo de uso de CF							0,076
Sí	19	95,0	4	80,0	15	100,0	
No	1	5,0	1	20,0	0	0,0	
Demostrar el producto (CF)							0,005
Sí	14	70,0	1	20,0	13	86,7	
No	6	30,0	4	80,0	2	13,3	

educativas encaminadas a la promoción de este método, sin excluir el empleo de otros métodos.

Dicho hallazgo es consistente con otros estudios que también reportan un bajo porcentaje de conocimiento, según Andrade et al. reportaron que solo el 40% tenían un conocimiento adecuado⁽¹²⁾; Ananga et al. indica que solo el 48,4% tenía un conocimiento general del uso del preservativo femenino⁽¹¹⁾; y Fernandes et al. encontró que el 48,6% de su muestra tenía conocimiento moderado⁽¹³⁾.

Los factores asociados al uso del preservativo femenino fueron la renta familiar, la información recibida sobre los beneficios del preservativo femenino y la demostración del producto. Esto podría deberse a que la motivación de las mujeres para el uso del preservativo femenino es precisamente su función anticonceptiva, y son en su mayoría mujeres de escasos recursos quienes buscan un método seguro y efectivo para prevenir embarazos no deseados, encontrando en el preservativo femenino una alternativa anticonceptiva.

En cuanto a las características de la prestación de la consulta se encontró que existe asociación entre el uso del preservativo femenino y haber recibido información sobre los beneficios ($p=0,015$) y con la demostración del método ($p=0,005$). Estos resultados indican que cuanto más información tengan las mujeres sobre este método y lo conozcan podría efectivizar su uso. Al respecto Andrade et al. en su estudio, encuentran que la no utilización del preservativo femenino guarda relación con la información no satisfactoria recibida por las mujeres⁽¹²⁾. Mainero del Paso et al. reportan que la alta aceptación del condón femenino puede ser debido a los efectos del taller comunitario que fue brindado previamente a las participantes de su estudio, dicho taller incluía exposición sobre ITS, presentación práctica del condón femenino y la manera de utilizarlo, además de un

taller que incluía un ejercicio de empoderamiento para las mujeres y de negociación⁽¹⁹⁾. Estos hallazgos refuerzan la idea de que la información proporcionada a las usuarias juega un papel determinante en la utilización y aceptación del método.

Lo que resulta interesante del presente estudio es que hasta ahora no había estudios sobre preservativo femenino en usuarias del programa de planificación familiar en la Región Callao, los hallazgos de este estudio sugieren que es necesario proveer información adecuada y completa, así como brindar educación en salud sexual, estrategias que contribuirían al uso del preservativo femenino.

Sin embargo, los resultados de este estudio tienen dos limitaciones: la primera tiene que ver con el tamaño de la muestra, que no es representativa para generalizar a la totalidad de la población; la segunda, la información obtenida de las usuarias entrevistadas es en retrospectiva y puede haber sesgos u omisión de información por olvido.

Conclusión

Una alta proporción de mujeres que optaron por el condón femenino hicieron efectivo el uso; sin embargo, comparado con otros métodos anticonceptivos su frecuencia de uso es muy baja. Los factores asociados al uso del preservativo femenino fueron la renta familiar mensual, la información recibida sobre los beneficios del método y la demostración del producto. Estos hallazgos ponen en evidencia que aún hace falta desarrollar programas de intervención destinados a aumentar el conocimiento y promoción del preservativo femenino, sin excluir el empleo de otros, del mismo modo se deben crear estrategias de tipo educativo que permitan eliminar los estereotipos de género.

Referencias bibliográficas

1. Holden S. El condón femenino: un lujo al alcance de pocas [Internet]. Oxfam Internacional; 2008 [citado 1 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.portalsida.org/repos/bp115_Female%20Condom%20briefing%20paper_FINAL%20SPANISH_090908.pdf
2. Ministerio de Salud F de P de las NUP. PERÚ: Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. 2009.
3. Instituto Nacional de estadística e informática. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional [Internet]. ENDES - INEI. 2017 [citado 23 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
4. Ministerio de Salud. Información Estadística [Internet]. [citado 20 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/morbilidad/sida/SidaMacros.asp?00>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES [Internet]. 2018 [citado 20 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indicadoresSalud/morbilidad/sida/SidaMacros.asp?00>
6. UNFPA, Caja costarricense del Seguro Social. Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San Jose [Internet]. 2012. Disponible en: <https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio-aceptabilidad-condon-femenino-migrantes.pdf>
7. Oxfam International. El condón femenino: un lujo al alcance de pocas. [Internet]. 2008 ago [citado 8 de diciembre de 2012] p. 37. Disponible en: http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp115_Female%20Condom%20briefing%20paper_FINAL%20SPANISH_090908.pdf
8. Oliveira F, Costa C da, Kerber N da C, Barros A de, Wachholz V, Lemos D de. El uso del preservativo femenino por las profesionales del sexo. Enfermería Global. 2012;11(2):390-8.
9. Mahlalela NB, Maharaj P. Factors facilitating and inhibiting the use of female condoms among female university students in Durban, KwaZulu-Natal, South Africa. The

- European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 3 de septiembre de 2015;20(5):379-86.
10. Obembe TA, Adebowale AS, Odebunmi KO. Perceived confidence to use female condoms among students in Tertiary Institutions of a Metropolitan City, Southwestern, Nigeria. *BMC Research Notes* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 24 de septiembre de 2018];10(1). Disponible en: <http://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-017-2730-6>
 11. Ananga MK, Kugbey N, Akporlu JM, Oppong Asante K. Knowledge, acceptance and utilisation of the female condom among women of reproductive age in Ghana. *Contraception and Reproductive Medicine* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 24 de septiembre de 2018];2(1). Disponible en: <http://contraceptionmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40834-017-0042-9>
 12. Andrade SS da C, Zaccara AAL, Leite KNS, Brito KKG de, Soares MJGO, Costa MML, et al. Knowledge, attitude and practice of condom use by women of an impoverished urban area. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. junio de 2015;49(3):364-71.
 13. Fernandes RLV, Moura ERF, Feitoza AR, Evangelista DR, Oriá MOB. Knowledge, attitude and practice related to the female condom. 2012;12.
 14. Lameiras M, Ricoy MC, Carrera MV, Failde JM, Núñez AM. Evaluation of female condom use within a health education program: a qualitative approach. *Saúde e Sociedade*. junio de 2011;20(2):410-24.
 15. Gomes VL de O, Fonseca AD da, Jundi M da G, Severo TP. Heterosexual couples perception about the using of female condom. *Escola Anna Nery*. marzo de 2011;15(1):22-30.
 16. Weeks MR, Li J, Coman E, Abbott M, Sylla L, Corbett M, et al. Multilevel Social Influences on Female Condom Use and Adoption Among Women in the Urban United States. *AIDS Patient Care STDS*. mayo de 2010;24(5):297-309.
 17. Williamson LM. Contraceptive careers: young women's choices, influences and risks [Internet] [PhD]. University of Glasgow; 2008 [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: http://encore.lib.gla.ac.uk/iii/encore/record/C__Rb2624269
 18. Weeks MR, Coman E, Hilario H, Li J, Abbott M. Initial and Sustained Female Condom Use Among Low-Income Urban U.S. Women. *Journal of Women's Health*. enero de 2013;22(1):26-36.
 19. Mainero del Paso G, Treviño S, Lozano F. Factores que influyen en la aceptación del condón femenino en mujeres de escasos recursos. *Psicología y Salud*. 2007;17(1):77-85.

Dolor lumbar y actividades domésticas en mujeres atendidas en un centro de rehabilitación de Lima

Low back pain and domestic activities in women treated at a rehabilitation center in Lima

Evelyn Liliana Barreda-Castillo^{1,a}, Cristhian Santiago-Bazan^{2,a,b}

¹ Clínica Jesús del Norte de la Red San Pablo

² Centro de Rehabilitación Integral Física Funcional

^a Lic. Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación

^b Doctor en Educación

Información del artículo

Citar como: Barreda-Castillo EL, Santiago-Bazan C. Dolor lumbar y actividades domésticas en mujeres atendidas en un centro de rehabilitación de Lima. Health Care & Global Health. 2019;3(2):63-9. doi: 10.22258/hgh.2019.32.59

Autor correspondiente

Cristhian Santiago Bazan
Teléfono: 941703104
Dirección: Jr. Tiahuanaco 1493 Urb. Zárate, San Juan de Lurigancho
Email: cristhiansantiagob@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9073-4785>



Historial del artículo

Recibido: 05/07/2019
Aprobado: 18/12/2019
En línea: 30/12/2019

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre el dolor lumbar y las actividades domésticas en mujeres atendidas en un centro de rehabilitación. **Material y Métodos:** estudio descriptivo transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 200 mujeres amas de casa atendidas en un centro de rehabilitación privado. Se utilizó un cuestionario validado, con una confiabilidad de 0,71 (Alfa de Crombach). Para evaluar el estado de ansiedad se empleó el Test de Goldberg o EADG. **Resultados:** El dolor lumbar estuvo asociado al grado de instrucción, la edad, la ocupación de ama de casa, postura sentado, postura caminando, planchar, limpieza, cargar o trasladar y factor depresión ($p < 0,001$); asimismo, hijos menores de seis años ($p=0,037$) y el factor ansiedad ($p=0,004$). **Conclusión:** Las actividades domésticas influyen en el desarrollo del dolor lumbar, el cual puede ocasionar limitación funcional en sus actividades domésticas y en su calidad de vida de las amas de casa.

Palabras claves: Dolor de la Región Lumbar; Mujeres, Centros de Rehabilitación (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: To determine the relationship between low back pain and domestic activities in women treated in a rehabilitation center. **Material and Methods:** Descriptive cross-sectional and correlational study. The sample consisted of 200 women housewives attended in a private rehabilitation center. A validated questionnaire was used, with a reliability of 0.71 (Crombach's alpha). To evaluate the state of anxiety, the Goldberg Test or EADG was used. **Results:** Low back pain was associated with instruction level, age, occupation of housewife, sitting posture, walking posture, ironing, cleaning, load or transfer, depression ($p < 0.001$), children under six years ($p = 0.037$) and anxiety ($p = 0.004$). **Conclusion:** domestic activities influence the development of low back pain, which can cause functional limitation in their domestic activities and their quality of life of housewives.

Keywords: Lumbar Region Pain; Women, Rehabilitation Centers (Source: MeSH, NLM).



Introducción

El dolor lumbar es un trastorno músculo esquelético que genera dificultad en las actividades cotidianas del individuo que lo padece. Así mismo, las personas que perciben esta molestia, suelen presentar cambios en su conducta, llegando a desarrollar estados de ansiedad ⁽¹⁾⁽²⁾.

El dolor lumbar es un problema de salud pública, con mayor frecuencia en la consulta externa en los centros de salud pública y privada a nivel mundial conllevando a diferentes grados de incapacidad física, limitación funcional y compromiso de la calidad de vida del individuo ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Es por ello, las personas que presentan incapacidad por dolor lumbar limita el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, ausencia laboral, actividades de entretenimiento y alteraciones en la convivencia familiar. Esta incapacidad puede ser transitoria o permanente ⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

Diversos autores, han evidenciado en sus estudios que el tener dolor lumbar en la infancia incrementa el riesgo de padecer en la vida adulta y en la edad más avanzada las mujeres tienen las prevalencias más altas ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. Por otro lado, el dolor lumbar, se presenta con mayor frecuencia en trabajadores que se someten a esfuerzos físicos pesados y en individuos cuya actividad laboral exige posiciones forzadas, incluso una postura estática constante ⁽¹¹⁾.

Las amas de casa están expuestas a las lesiones musculoesqueléticas, debido a que realizan actividades que demanda esfuerzos en el levantamiento y transporte de peso, y manipulación inadecuada, sumándose a las fuerzas internas del cuerpo, creando grandes cargas que pueden superar la capacidad de los tejidos, mostrando signos de fatiga y problemas musculo esqueléticos ⁽¹²⁾.

Así mismo, las tareas domésticas son actividades que demandan esfuerzos físicos importantes por parte de quien las lleva a cabo, esto va a depender de las labores que se tienen que realizar en el hogar y las horas de trabajo que por lo general son interminables, convirtiéndose en factores de riesgo que pueden producir problemas en la salud ⁽¹³⁾.

Además, existen otros factores de riesgo de padecer dolor lumbar en amas de casa como las horas prolongadas de trabajo doméstico ⁽¹⁴⁾, el cuidado de los hijos y los estados emocionales como depresión, ansiedad, espiritual y cultural que pueden influir en la aparición del dolor lumbar ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

Por último, es necesario, tener en consideración las mujeres dedicadas a la actividad de amas de casa son las encargadas de realizar actividades como cocinar, planchar, lavar, etc. El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el dolor lumbar y las actividades domésticas en las mujeres atendidas en un centro de rehabilitación de Lima.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio descriptivo transversal y correlacional.

Población y muestra

La población de estudio fueron las amas de casa que asisten al Centro de Fisioterapia y Rehabilitación "FISIOTEC". La muestra fue conformada por 200 participantes, el cual se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico a conveniencia de los autores. Los datos fueron obtenidos en el periodo diciembre del 2017 a marzo del 2018.

Se incluyeron a las pacientes que aceptaron participar libremente en el estudio, previa explicación y firma del consentimiento informado. Se excluyeron a las amas de casa con antecedentes de cirugía de la columna lumbar, deformación congénita y /o genética, enfermedad degenerativa, secuela de fractura, lesión de la columna y presencia de algún tipo de enfermedad sistémica.

Variables de estudio

Dolor lumbar: Definido como la presencia de dolor en la zona lumbar. Se consideró las características clínicas: frecuencia del dolor, tipo de dolor, estado anímico, cronicidad, intensidad del dolor, tiempo de permanencia del dolor, lugar de dolor. Se consideró como posibles factores a las tareas domésticas realizadas por las amas de casa: lavar ropa, planchar, cocinar, limpieza del hogar, posturas adoptadas en las actividades domésticas (postura sentado, caminando, arrodillado, frecuencia de carga de objetos pesados, traslado de peso pesado, carga de peso).

Otros posibles factores asociados al dolor lumbar: factor educación (información del cuidado de la columna lumbar en las actividades domésticas), presencia de hijos menores de 6 años, ansiedad y depresión.

Instrumento de medición

Para la medición del dolor lumbar y los factores relacionados con las actividades domésticas se tuvo en consideración un cuestionario el cual presentó las siguientes partes: Presencia y características del dolor lumbar y factores asociados a las actividades domésticas. El instrumento fue aplicado en una población similar y de acuerdo a la realidad peruana, resultó con una confiabilidad de 0.71 (Alfa de Cronbach).

Las variables ansiedad y depresión se midieron con el Test de Goldberg o EADG. El instrumento fue utilizado en atención primaria peruana ⁽¹⁷⁾.

Procesamiento

Previo autorización por las autoridades de la institución, el instrumento fue aplicado en el periodo diciembre del 2017

a marzo del 2018. Antes de cada aplicación se realizó la presentación de los investigadores, explicación del estudio, firma del consentimiento informado y formulación de cada pregunta. La técnica fue la encuesta, el tiempo aproximado fue de 15 a 20 min por cada persona encuestada.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se tuvo en consideración el análisis univariado y bivariado. Se describieron las variables mediante frecuencias y porcentajes representados en tablas. En cuanto al análisis bivariado, se aplicó el estadístico Chi Cuadrado para las variables categóricas. Se consideró como significativos los valores de $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. El análisis se efectuó con el programa estadístico IBM SPSS versión 23.0 para Windows XP.

Consideraciones éticas

El estudio respetó los principios bioéticos en investigación (beneficencia, justicia, no maleficencia y autonomía). Previo a la recolección de información se tuvo en consideración la firma del consentimiento informado, donde se explicó a los participantes acerca de los beneficios, riesgos e importancia de la investigación. Así como el respeto de la confidencialidad de los datos.

Resultados

Se contó con la participación de 200 mujeres. El dolor lumbar se presentó en el 91,5%(n=183) de amas de casa, de las cuales el 48,1% manifestaron dolor lumbar de vez en cuando y 29% permanentemente. Según el tipo de dolor, el 34,4% refirió tipo punzante, 32,2% opresivo y 25,1% tipo adormecimiento. En relación con el estado anímico de la muestra hay evidencias que molesta 35%, se siente angustiada 24,6% y desesperada 16,9%. El 93,4% reportaron dolor crónico, 78,7% dolor de intensidad moderada. Tiempo del dolor de más de dos horas 33,9% y de menos de 15 minutos 27,3%. En relación al lugar de sensibilidad del dolor fue en ambos lados 74,9% (Tabla 1).

En cuanto a las características sociodemográficas y el dolor lumbar en las mujeres participantes. El 34, 5 % de amas de casa presentaron educación secundaria, el 43% fueron mayores de 40 años, el 43 % solo se dedicaban a la actividad de amas de casa. Así mismo la variable grado de instrucción, edad y ocupación resultaron estadísticamente significativo ($p < 0,001$) (Tabla 2).

Existe una asociación estadísticamente significativa en las siguientes actividades domésticas: planchar, limpieza del hogar, factor actividades adoptadas en las labores domésticas: sentado, caminando. El factor actividades adoptadas en las labores domésticas: traslado de peso pesado ($p < 0,001$) (Tabla 3).

Existe una asociación estadísticamente significativa en las variables: Factor educación (Información del cuidado de la columna lumbar) en las actividades domésticas ($p < 0,001$); factor ansiedad ($p = 0,004$); factor depresión ($p = 0,001$); factor hijos menores de 6 años ($p = 0,037$) (Tabla 4).

Tabla 1. Características clínicas del dolor lumbar en las mujeres atendidas en un centro de rehabilitación.

Características clínicas del dolor	n	%
Total	183	100
Presencia de dolor		
Si	183	91,5
Frecuencia del dolor		
Una sola vez	2	1,1
De vez en cuando	88	48,1
Frecuentemente	40	21,9
Permanentemente	53	29,0
Tipo de dolor		
Tipo adormecimiento	46	25,1
Tipo calambre	11	6,0
Tipo opresivo	59	32,2
Tipo punzante	63	34,4
Otros	4	2,2
Estado anímico		
Molesta	64	35,0
Triste	17	9,3
Angustiada	45	24,6
Desesperada	31	16,9
Otros	26	14,2
Cronicidad del dolor		
Agudo	12	6,6
Crónico	171	93,4
Intensidad del dolor		
Leve	8	4,4
Moderada	144	78,7
Severa	31	16,9
Tiempo de permanencia del dolor		
Menos de 15 minutos	50	27,3
De 16 a 30 minutos	33	18,0
De 31 a 60 minutos	19	10,4
De 1 a 2 horas	19	10,4
Más de 2 horas	62	33,9
Lugar del dolor		
Derecha	30	16,4
Izquierda	16	8,7
Ambos lados	137	74,9

Tabla 2. Características sociodemográficas y el dolor lumbar en las mujeres atendidas en un centro de rehabilitación.

Características	Dolor lumbar						Valor p
	Presente		Ausente		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Total	183	91,5	17	8,5	200	100%	
Grado de instrucción							
Analfabeta	2	1,1	0	0,0	2	1,0	<0,001
Primaria	45	24,6	0	0,0	45	22,5	
Secundaria	66	36,1	3	17,6	69	34,5	
Superior técnico	41	22,4	4	23,5	45	22,5	
Superior universitario	29	15,8	10	58,8	39	19,5	
Edad							
Menor de 40 años	58	31,7	15	88,2	73	36,5	<0,001
40 a más	125	68,3	2	11,8	127	63,5	
Ocupación							
Ama de casa	82	44,8	4	23,5	86	43,0	0,010
Administrativa	3	1,6	1	5,9	4	2,0	
Comerciante	47	25,7	1	5,9	48	24,0	
Estudiante	2	1,1	1	5,9	3	1,5	
Otros	49	26,8	10	58,8	59	29,5	

Discusión

En el presente estudio el dolor lumbar afectó al 91,5% de las amas de casa que asisten al centro de rehabilitación. Estudios realizados por Zafar⁽¹⁸⁾, Noormohammadpour⁽¹⁹⁾ y Cupta⁽²⁰⁾, han demostrado resultados similares. Las amas de casa forman parte de una población vulnerable para el dolor lumbar y afecta las tareas domésticas, actividades sociales, ausentismo laboral implicando altos costos en su tratamiento, el cual podría conllevar a padecer algún tipo de discapacidad ⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾. En nuestro estudio, la edad resultó tener relación significativa con el dolor lumbar y concuerda con otros autores como Castellano⁽²⁴⁾, Pomares⁽²⁵⁾, Calderón⁽²⁶⁾.

En cuanto a la variable actividades domésticas, se asemeja a un estudio realizado por Hübscher⁽²⁷⁾, y es que las amas de casa son las encargadas de los quehaceres domésticos como cocinar, planchar, lavar entre otros, las cuales también realizan fuera del hogar para contribuir con la canasta familiar. Las actividades por si no son suficientes para el dolor lumbar, es importante considerar los problemas ergonómicos al optar posturas inadecuadas durante las actividades y contribuyen al origen del dolor lumbar. La actividad del hogar demanda un esfuerzo adicional y en consecuencia mayor probabilidad para el padecimiento de dolor lumbar⁽²⁸⁾.

Las tareas o actividades realizadas en el hogar no se contemplan como una labor regulada legalmente en la

mayoría de países, dejando de lado la importancia de aplicar medidas pertinentes para evitar enfermedades que afectan su capacidad física y mental. Las actividades domésticas requieren largas horas de trabajo y es limitado el tiempo dedicado a revisar la importancia que se merece el cuidado de la salud, siendo prioridad de las entidades gubernamentales y de la sociedad⁽²⁹⁾. Las amas de casa se involucran en un gran número de horas de trabajo doméstico y expuestas en posturas incómodas, involucrándolos en movimientos repetitivos de las manos, flexiones, mantener la posición arrodillado⁽³⁰⁾, caminando, trasladando diferentes tipos de peso.

La postura sedente es un tipo de postura que adoptan la mayoría de personas para realizar sus actividades cotidianas, la cual en nuestro estudio resultó un factor que predispone al dolor lumbar. Los estudios realizados por Maradei⁽³¹⁾ y Casas⁽³²⁾ evidencia una asociación entre dolor lumbar y postura sedente. Existe una asociación significativa de la postura sedente en los sujetos sintomáticos en comparación con los asintomáticos⁽³³⁾.

Tanto en nuestro estudio como en estudios similares se ha evidenciado la asociación de dolor lumbar y las amas de casa que presentan hijos menores de 6 años ⁽³³⁾⁽³⁴⁾, que pueden deberse a la demanda de esfuerzo físico y emocional que conlleva esta responsabilidad como parte de los quehaceres diarios.

Además, los factores psicosociales como la ansiedad y depresión se asocian al dolor lumbar y son concordantes con otros autores⁽³³⁾⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾. Así mismo la educación sanitaria está

Tabla 3. Factores asociados a las actividades domésticas en mujeres atendidas en un centro de rehabilitación.

Actividades domésticas	Dolor lumbar				Valor p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Total	183	100	17	100	
Factor lavar ropa					
Nunca	22	12,0	0	0	
Cada 15 días	16	8,7	0	0	
Una vez a la semana	89	48,6	12	70,6	0,168
Tres veces a la semana	43	23,5	5	29,4	
Diario	13	7,1	0	0	
Factor planchar					
Nunca	77	42,1	1	5,9	
Cada 15 días	15	8,2	0	0	
Una vez a la semana	62	33,9	15	88,2	0,001*
Tres veces a la semana	19	10,4	1	5,9	
Diario	10	5,5	0	0	
Factor cocinar					
Nunca	28	15,3	1	5,9	
Cada 15 días	3	1,6	0	0	
Una vez a la semana	19	10,4	2	11,8	0,732
Tres veces a la semana	19	10,4	3	17,6	
Diario	114	62,3	11	64,7	
Factor limpieza del hogar					
Nunca	17	9,3	0	0	
Cada 15 días	8	4,4	0	0	
Una vez a la semana	49	26,8	6	35,3	0,001*
Tres veces a la semana	36	19,7	10	58,8	
Diario	73	39,9	1	5,9	
Actividades adoptadas (sentada)					
Si	103	56,3	2	11,8	0,000
No	80	43,7	15	88,2	
Actividades adoptadas (caminando)					
Si	157	85,8	6	35,3	0,000*
No	26	14,2	11	64,7	
Actividades adoptadas (arrodillada)					
Si	13	7,1	1	5,9	0,85
No	170	92,9	16	94,1	
Manipulación de objetos pesados					
Nunca	40	21,9	3	17,6	
Cada 15 días	12	6,6	2	11,8	
Una vez a la semana	47	25,7	5	29,4	0,533
Tres veces a la semana	24	13,1	4	23,5	
Diario	60	32,8	3	17,6	
Traslado de peso					
Nunca	26	14,2	3	17,6	
Cada 15 días	5	2,7	6	35,3	
Una vez a la semana	51	27,9	8	47,1	0,000*
Tres veces a la semana	22	12,0	0	0	
Diario	79	43,2	0	0	
Carga de peso					
Menos de 1 kg	6	3,3	1	5,9	
De 1 a 3 Kg.	31	16,9	1	5,9	
De 4 a 6 kg.	51	27,9	3	17,6	0,124
De 7 a 9 kg.	24	13,1	6	35,3	
Más de 10 kg.	71	38,8	6	35,3	

Tabla 4. Otros factores asociados al dolor lumbar en mujeres atendidas en un centro de rehabilitación.

Otros factores	Dolor lumbar				Valor p
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Cuidado de la columna (educación)	183	100	17	100	
Nunca	55	30,1	3	17,6	< 0,001
Casi nunca	17	9,3	7	41,2	
A veces	45	24,6	7	41,2	
Casi siempre	33	18	0	0	
Siempre	33	18	0	0	
Factor ansiedad					
Sí	119	65	5	29,4	0,004
No	64	35,0	12	70,6	
Factor depresión					
Sí	73	39,9	0	0	0,001
No	110	60,1	17	100	
Factor hijos < de 6 años					
Ninguno	148	80,9	10	58,8	0,037
1 hijo	30	16,4	7	41,2	
2 hijos	5	2,7	0	0	

relacionada con el dolor lumbar, por ello debe difundirse la enseñanza acerca del cuidado de la espalda baja el cual se debe dar en distintas instancias educacionales sobre todo en las etapas tempranas de la vida, utilizando los diferentes medios de comunicación masiva para que los ciudadanos adquieran el hábito en su estilo de vida⁽³⁷⁾.

Considerar las siguientes limitaciones: El muestreo no probabilístico, se pudo haber tenido un sesgo de recuerdo o de memoria al momento de completar las alternativas del cuestionario, como también se pudo haber presentado un

sesgo por olvido, de recordar de forma precisa experiencias vividas.

Conclusión

Las actividades domésticas influyen en el desarrollo del dolor lumbar, el cual puede ocasionar limitación funcional en sus actividades domésticas y en su calidad de vida de las amas de casa. Se recomienda el desarrollo de las actividades de prevención como parte de la proyección a la comunidad.

Referencias bibliográficas

- Panhale, V. P., Gurav, R. S., & Nahar, S. K. Association of physical performance and fear-avoidance beliefs in adults with chronic low back pain. *Annals of medical and health sciences research*, 2016; 6(6): 375-379.
- Pranata A, Perraton L, El-Ansary D, Clark R, Fortin K, Dettmann T, Bryant A. Lumbar extensor muscle force control is associated with disability in people with chronic lowback pain. *Clin Biomech*. 2017; 46(10): 46-51. doi: 10.1016 / j.clinbiomech.2017.05.004.
- Garro Vargas Karen, Lumbalgias. *Medicina Legal*. 2012; 29 (2): 103-109. 4. Da Rosa, PC, Sperandio, FF, Sacomori C., Cardoso F. Análisis de las actividades ocupacionales en gestantes con dolor lumbar de Brasil / Analysis of occupational tasks in pregnant brazilian women with low back pain. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2012; 12 (48): 635-647.
- Bocca G, Iglesias A, Maridueña V. Dolor lumbar inespecífico en cuidadores de niños con discapacidad *Rev Mex Med Fis Rehab* 2017;29(3-4):42-45..
- Tolosa-Guzmán I, Romero Z, Mora, M. Predicción clínica del dolor lumbar inespecífico ocupacional. *Rev. Cienc. Salud*. 2012; 10 (3): 347-368.
- Silva M, Hortense P, Falconi R, Raminelli T, Ferreira A y Faleiros F. Intensidad del dolor, incapacidad y depresión en individuos con dolor lumbar crónico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(4): 569-75.
- Calvo-Muñoz I, Gómez-Conesa A, Sánchez-Meca J. Eficacia de los tratamientos de fisioterapia para el dolor lumbar en niños y adolescentes: Revisión sistemática. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2012; 19(3): 138-146.
- Fehrmann E, Kotulla S, Fischer L, Kienbacher T, Tuechler K, Mair P, Ebenbichler G, Paul B. The impact of age and gender on the ICF-based assessment of chronic low back pain. *Disabil Rehabil*. 2018; 12:1-10. doi: 10.1080/09638288.2018.1424950.
- Calvo-Muñoz Inmaculada, Gómez-Conesa Antonia, Sánchez-Meca Julio. Prevalencia del dolor lumbar durante la infancia y la adolescencia: Una revisión sistemática. *Rev. Esp. Salud Publica* . 2012; 86(4): 331-356
- Santiago C. Dolor miofascial lumbar en estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Federico Villarreal, 2012. *Horiz. Med*. 2014; 14(4): 19-23.
- Chicana EMF, Rodríguez PR, Nureña JM. Percepción de las mujeres dedicadas a las tareas del hogar sobre la Postura corporal al usar la cocina mejorada, Inkawasi - Lambayeque 2015. *Acc Cietna*. 2017; 4(2): 26- 38.

13. Aguilar AL. Ergonomía enfocada a las tareas domésticas para prevenir algias. 2018 [Internet]. [citado 2018 Nov]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7624>.
14. Birabi BN, Dienye PO, Ndukwu GU. Prevalence of low back pain among peasant farmers in rural community in South South Nigeria. *Rural Remote Health*. 2012;12:1920.
15. Silva M, Hortense P, Falconi R, Raminelli T, Ferreira A y Faleiros F. Intensidad del dolor, incapacidad y depresión en individuos con dolor lumbar crónico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22 (4): 569-575.
16. Perez R, Linares D, Rodriguez Y, Hernandez E. Relación entre estados emocionales y variables clínicas en pacientes con dolor crónico lumbar. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*. 2017;33(2):180-190.
17. Aranda F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. *An. Fac. med.* 2017;78(3): 277-280. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13758>.
18. Zafar F, Qasim Y F, Farooq M, et al. The Frequency of Different Risk Factors for Lower Back Pain in a Tertiary Care Hospital. *Cureus*. 2018 10(8): e3183. DOI 10.7759/cureus.3183.
19. Noormohammadpour P, Mansournia MA, Asadi-Lari M, Nourian R, Rostami M, Kordi RA Subtle Threat to Urban Populations in Developing Countries: Low Back Pain and its Related Risk Factors. *SPINE*. 41(7):618-627. 2016. DOI: 10.1097/BRS.0000000000001269.
20. Gupta G, Nandini N. Prevalence of low back pain in non working rural housewives of Kanpur, India. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(2):313-20. doi: 10.13075/ijomh.1896.00299.
21. Trillos M, Tolosa-Guzmán I, Perdomo M. Evaluación clínica de la inestabilidad segmental lumbar en población trabajadora. *Rev. Cienc. Salud*. 2018: 87-98. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6847>.
22. Nijs J, Meeus M, Cagnie B, Roussel N, Dolphens M, Van Oosterwijck J et al. A Modern Neuroscience Approach to Chronic Spinal Pain: Combining Pain Neuroscience Education With Cognition-Targeted Motor Control Training. *Physical Therapy*. 2014;94(5):730-738. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24481595>.
23. Santiago C, Pérez KJ, Castro NL. Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un hospital de rehabilitación. *Rev. Cient. Cienc. Méd.* 2018; 21(2): 13-20.
24. Castellano C, Costa G, Lusilla P, Barnola E. Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico. *Rev. Apuntes de Psicología*. 2014; 32(1):77-84. DOI: 10.13140/RG.2.1.1880.4321.
25. Pomares A, Rodríguez T, Pomares J. Variables psicológicas y clínicas presentes en pacientes portadores de dolor crónico de espalda. *Rev. Finlay*. 2016 ; 6(1) : 49-58.
26. Calderón LK. Enfoque ergonómico de las posturas adoptadas en sus labores domésticas por las amas de casa de la parroquia "El Señor de la Paz"-San Martín de Porres, durante septiembre 2010 a enero 2011. 2011 [Tesis Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
27. Hübscher M, Ferreira ML, Junqueira DR, Refshauge KM, Maher CG, Hopper JL, et al Heavy domestic, but not recreational, physical activity is associated with low back pain: Australian Twin low BACK pain (AUTBACK) study. *Eur Spine J*. 2014 Oct;23(10):2083-9. doi: 10.1007/s00586-014-3258-2.
28. Castellano JE, Moya MJ, Pulgarín CC. Incapacidad física e intensidad sensitiva de la lumbalgia mecánica por la utilización de "El Rallo". *Revista médica Risaralda*. 2013; 19(1) : 31-40.
29. Habib RR, El Zein K, Hojeij S. Hard work at home: musculoskeletal pain among female homemakers *Ergonomics*. 2012;55(2):201-11. doi: 10.1080/00140139.2011.574157.
30. Maradei MF, Quintana L. Influencia de los movimientos lumbopélvicos en la percepción de dolor lumbar en postura sedente prolongada en conductores, realizados a partir de un dispositivo colocado sobre el asiento. *Rev. Ciencias de la Salud*. 2014; 12: 21-26 doi:<http://dx.doi.org/10.12804/revsalud12.esp.2014.03>.
31. Casas S, Patiño M, Camargo D. Association between the sitting posture and back pain in college students. *Rev. Univ. Ind. Santander*. 2016; 48(4): 446-454.
32. Gracia F, Quintana L, Barrero L. Relación entre el dolor lumbar y los movimientos realizados en postura sedente prolongada. Revisión de la literatura. *Salud Uninorte. Barranquilla*. 2016; 32 (1): 153-173.
33. Santiago C, Fernández-Cardoza J del R, Dávila-Ochoa K. Prevalencia y los factores asociados al dolor lumbar en amas de casa mayores de 18 años en el Asentamiento Humano Daniel A. Carrión del Distrito de San Martín de Porres; en el año 2007 [Internet]. [acceso 2018 Nov]. Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/prevalencia-y-los-factores-asociados-al-dolorlumbaramas-casa-mayores-18-anos-el-asentami>.
34. Rojas Sinti D. Frecuencia de incapacidad por dolor lumbar en mujeres que laboran en comedores populares de Villa María Del Triunfo. [Tesis Licenciatura]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2016.
35. Ramos RY, Santana MAR, Valladares GAM, López AL, González BM. Relación entre estados emocionales y variables clínicas en pacientes con dolor crónico lumbar. *Rev Cub Med Gen Integr* 2017;33(2):180-190
36. Sahin N, Yavuz A , Atik A , Dogan E , Albayrak I, Ugurlu H. Assessment of relationship between pain, psychological status, quality of life and body mass index. *Aristotle University Medical Journal*. 2015; 42(3) 13.
37. Reguera R, Socorro Santana MC, Jordán M, Garcia G, Saavedra LM. Dolor de espalda y malas posturas, ¿un problema para la salud?. *Rev. médica electrónica*. 2018;40(3).

Funcionamiento familiar y agresividad en estudiantes de educación primaria de Puerto Maldonado

Family functioning and aggressiveness in students of primary education of Puerto Maldonado

Edwin Gustavo Estrada-Araoz^{1,a}, Helen Juddy, Mamani-Uchasara^{1,a}

¹ Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios

^a Lic. En Educación, Doctor en Educación

Información del artículo

Citar como: Estrada-Araoz EG, Mamani-Uchasara HJ. Funcionamiento familiar y agresividad en estudiantes de educación primaria de Puerto Maldonado. *Health Care & Global Health*.2019;3(2):70-4. doi: 10.22258/hgh.2019.32.60

Autor correspondiente

Correspondencia: Edwin Gustavo Estrada-Araoz
Teléfono: 971489999
Dirección: Jr. Amazonas 559, Puerto Maldonado.
Email: edwin5721@outlook.com

Historial del artículo

Recibido: 09/11/2019
Aprobado: 18/12/2019
En línea: 30/12/2019

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la agresividad de los estudiantes del sexto grado de educación primaria de la Institución Educativa Alipio Ponce Vásquez de Puerto Maldonado. **Materiales y métodos:** Enfoque cuantitativo, diseño no experimental y tipo descriptivo correlacional de corte transversal. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos utilizados fueron la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y el Cuestionario de Agresión AQ. **Resultados:** El coeficiente de correlación rho de Spearman entre el funcionamiento familiar y la agresividad fue de -0,414 ($p=0,002$). **Conclusiones:** Existe una relación moderada, inversa y significativa entre el funcionamiento familiar y la agresividad. Esto quiere decir que mientras los estudiantes perciban un funcionamiento familiar más adecuado, los niveles de agresividad serán menores y viceversa.

Palabras clave: Relaciones familiares; agresión; pubertad. (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: To determine the relationship between family functioning and the aggressiveness of students in the sixth grade of primary education of the Alipio Ponce Vásquez Educational Institution of Puerto Maldonado. **Materials and methods:** Quantitative approach, non-experimental design and cross-sectional descriptive correlational type. The data collection technique was the survey and the instruments used were the Family Cohesion and Adaptability Assessment Scale (FACES III) and the AQ Aggression Questionnaire. **Results:** Spearman's rho correlation coefficient between family functioning and aggressiveness was -0.414 ($p= 0.002$). **Conclusions:** There is a moderate, inverse and significant relationship between family functioning and aggressiveness. This means that as long as the students perceive a more adequate family functioning, the levels of aggression will be lower and vice versa.

Keywords: Family relations; aggression; puberty (Source: MeSH, NLM).



Introducción

El entorno familiar es reconocido como un componente primordial del proceso de atención a la familia, dado que la calidad de la relación funcional, es un factor importante en la salud emocional y física de cada uno de sus miembros ⁽¹⁾. En ese sentido, es necesario que ambos padres asuman el rol de formar a sus hijos y mantener relaciones interpersonales saludables con todos los miembros de la familia. No obstante, la realidad peruana muestra que el 53,9% del total de hogares son nucleares, lo que indica que su estructura es adecuada y el 23% de familias son unipersonales y sin núcleo⁽²⁾. Como se puede ver, casi la cuarta parte de familias no cuenta con una estructura ideal para que la dinámica familiar sea adecuada, lo cual provocaría que la formación del estudiante presente limitaciones por falta de orientaciones y control. La vida del niño y adolescente depende en gran parte del cuidado y seguridad que le ofrezca la familia hasta que este alcance el grado de madurez que le permita razonar y alejarse del peligro por decisión propia ⁽³⁾. Por otra parte, el contexto escolar se está caracterizando en los últimos años por la presencia de situaciones violentas. De acuerdo al reporte emitido por el Ministerio de Educación ⁽⁴⁾, entre el año 2013 y el 2018 se han reportado 26 285 casos de violencia escolar asociados a conductas agresivas, de los cuales 14 215 son entre escolares. Esta cifra es alarmante ya que denota que las relaciones interpersonales son pésimas en la escuela, las cuales podrían ser influenciadas por el entorno familiar y amical inmediato.

En el Perú y el extranjero, los estudios indican una relación entre la funcionalidad familiar y la agresividad en los estudiantes ^{(5) (6) (7)}. En esa línea, Berk ⁽⁸⁾ señala que el funcionamiento familiar predice el origen de las conductas agresivas, aun cuando se sabe que comportamiento agresivo es multicausal, es evidente que la familia tiene un rol preponderante en el desarrollo psicológico de cada uno de sus integrantes. Bajo esa perspectiva, la agresividad en los estudiantes no podría ser explicada por la dinámica familiar.

El presente estudio responde a una problemática regional ya que el cumplimiento de roles y las relaciones que se establecen en el hogar no son adecuados en la mayoría de hogares, debido a que los padres laboran largas horas al día y dejan solos a sus hijos. Del mismo modo, se ha evidenciado altos índices de violencia en las escuelas, vinculado a conductas agresivas. En ese sentido, a partir de los resultados, la institución educativa podrá plantear medidas preventivas, y de ser el caso, correctivas para que los padres se concienticen sobre la importancia que tiene la dinámica familiar y las relaciones que se dan dentro de ella, lo cual incidirá en las actitudes y desempeños que los estudiantes muestren en el aula. Finalmente, el objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la agresividad de los estudiantes del sexto grado del nivel de educación primaria de la Institución Educativa Alipio Ponce Vásquez de Puerto Maldonado.

Materiales y métodos

Diseño

La presente investigación tuvo un diseño no experimental ya que las variables de estudio no fueron manipuladas deliberadamente, por el contrario, se observaron los fenómenos tal como se dieron en su entorno y luego fueron analizados ⁽⁹⁾. Por otra parte, el tipo de investigación fue descriptivo correlacional de corte transversal.

Población y muestra

La población de estudio fue constituida por 61 estudiantes de ambos sexos cuyas edades fluctuaban entre los 11 y 13 años y cursaban el sexto grado del nivel de educación primaria de la Institución Educativa Alipio Ponce Vásquez. En cuanto a la muestra, fue conformada por 52 estudiantes, cantidad obtenida mediante un muestreo probabilístico.

Variables de estudio

Funcionamiento familiar: Se refiere a la manera de interactuar de los miembros de una familia. Se produce por la interacción de dos dimensiones: cohesión (afecto) y adaptabilidad (autoridad), y que es facilitada u obstaculizada por la manera de comunicarse ⁽¹⁰⁾. El funcionamiento familiar es importante en el desarrollo de sus integrantes, actuando como el soporte necesario para el desempeño familiar e individual; es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión y adaptabilidad; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud ⁽¹¹⁾.

Agresividad: Es una clase de respuesta constante y penetrante, representa la particularidad de un individuo, conformada por dos componentes: el actitudinal y el motriz. El primero está referido a la predisposición y el segundo al comportamiento; el cual se deriva en varios comportamientos agresivos, pudiéndose manifestar en diversos estilos (físico-verbal, directo- indirecto y activo-pasivo), además se puede incluir la agresión por cólera y hostilidad ⁽¹²⁾. También es definida como la conducta que busca lastimar física o psicológicamente a otra persona, provocando disgusto y rechazo y la persona agresora sabe que al blanco de la agresión no le es agradable ⁽¹³⁾.

Instrumentos de medición

Para medir el funcionamiento familiar se utilizó la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) elaborada por Olson, Portner y Lavee ⁽¹⁰⁾, consta de 20 ítems (10 ítems para cohesión y 10 ítems para adaptabilidad) y describe los sentimientos personales de la persona sobre su familia, considerando la evaluación

del funcionamiento familiar basada en dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad. El cuestionario fue estructurado mediante una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. La escala de calificación presenta tres categorías: familias extremas (20-53), familias de rango medio (54-73) y familias equilibradas (74-100).

Para realizar la medición de la agresividad se usó el Cuestionario de Agresividad AQ⁽¹⁴⁾ el cual fue adaptado a la realidad peruana⁽¹⁵⁾. El mencionado instrumento se estructura en 4 dimensiones: Agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad, consta de 29 ítems bajo una escala de Likert (completamente falso para mí, bastante falso para mí, ni verdadero ni falso para mí, bastante verdadero para mí y completamente verdadero para mí. Su escala de calificación presenta cinco categorías: muy baja (29-51), baja (52-67), media (68-82), alta (83-98) y muy alta (99-145).

Procedimientos

Antes de aplicar los instrumentos de medición se solicitó la autorización al equipo directivo de la institución educativa, luego se identificó la cantidad de secciones y número total de estudiantes. Después de contar con dicha autorización y conocimiento, se remitió la carta de consentimiento informado a los padres de familia. Finalmente se realizó la aplicación en las respectivas aulas de forma colectiva y autoadministrada. El responsable de aplicar los instrumentos fue el investigador y tuvo una duración aproximada de 40 minutos en total (20 minutos por cada instrumento).

Análisis estadístico

El procesamiento de los datos fue realizado utilizando los programas Microsoft Excel 2013 y SPSS versión 22. Para el análisis descriptivo se usaron las tablas de frecuencias y los porcentajes y para la prueba de hipótesis se recurrió a la prueba no paramétrica rho de Spearman puesto que las variables eran ordinales y no presentaban una distribución normal. Esta prueba además de contrastar las hipótesis nos indicó la intensidad de las relaciones, siempre considerando los valores de $p < 0,05$ como significativos.

Aspectos éticos

Con la finalidad de garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos recogidos, se entregó a cada uno de los estudiantes una carta de consentimiento informado en la cual se informó a los padres y apoderados el propósito de la investigación y obtener el consentimiento voluntario. Cabe resaltar que la información obtenida fue utilizada exclusivamente para la presente investigación.

Resultados

El análisis se realizó con 61 estudiantes, de los cuales el 60,7% (n=37) fueron varones y el 39,3% (n=24) fueron

mujeres, con una edad media de 11,5 (min. 11, máx. 13, DE=0,65). Por último, el 52,5% (n=32) de estudiantes pertenecían al sexto grado A y el 47,5% (n=29) estudiaban en el sexto grado B (Tabla 1).

Respecto al funcionamiento familiar, el 63,5% (n=33) de estudiantes presentaron un funcionamiento de rango medio, el 30,8% (n=16) funcionamiento familiar extremo y el 5,8% (n=3) de los estudiantes tuvieron un funcionamiento familiar equilibrado. Respecto a la variable agresividad, en el 36,5% (n=19) fue muy alto, 32,7% (n=17) nivel alto, 23,1% (n=12) medio y solo el 7,7% (n=4) presentó un nivel de agresividad bajo.

Se encontró una correlación moderada, inversa y significativa entre el funcionamiento familiar y la agresividad (rho de Spearman fue de -0,414; $p=0,002$). Esto quiere decir que mientras los estudiantes perciban un funcionamiento familiar más adecuado, los niveles de agresividad serán menores y viceversa (Tabla 2). Se obtuvo una correlación moderada, inversa y significativa entre el funcionamiento familiar y las dimensiones agresividad física ($r_s = -0,401$; $p=0,003$); agresividad verbal ($r_s = -0,476$; $p=0,000$); ira ($r_s = -0,400$; $p=0,008$) y hostilidad ($r_s = -0,412$; $p=0,001$) (Tabla 3).

Discusión

De acuerdo a los hallazgos presentados, se identificó que el 63,5% de estudiantes perciben un funcionamiento familiar de rango medio. Ello quiere decir que las relaciones que se establecen dentro de la familia son poco saludables y tienen tendencia a ser disfuncionales ya que sus padres muchas veces no lideran adecuadamente, las normas que se establecieron en el hogar son modificadas y poco respetadas, existe una escasa cercanía emocional y la disciplina es severa. Este hallazgo se corrobora con investigaciones de Quispe y Rodríguez⁽¹⁶⁾, quienes identificaron que el 62,8% de los participantes presentan un funcionamiento familiar de nivel medio. Del mismo modo coincide con la investigación

Tabla 1. Características generales de los estudiantes de educación primaria.

Características generales	n	%
Total	61	100
Sexo		
Masculino	37	60,7
Femenino	24	39,3
Edad		
11	38	62,3
12	18	29,5
13	5	8,2
Grado y sección		
Sexto A	32	52,5
Sexto B	29	47,5

Tabla 2. Correlación entre las variables funcionamiento familiar y agresividad

		Funcionamiento familiar	Agresividad
Rho de Spearman	Funcionamiento familiar	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	52
	Agresividad	Coefficiente de correlación	-,414**
		Sig. (bilateral)	0,002
		N	52

de Huallpa⁽⁶⁾, quien halló que el 55,25% de estudiantes vivían en familias moderadamente funcionales. Es importante que los estudiantes tengan familias funcionales puesto que estas promueven el desarrollo integral de cada uno de sus integrantes y logran mantener adecuados estados de salud⁽¹⁷⁾. Por otro lado, si un estudiante vive en una familia disfuncional, presentará dificultad en su desarrollo psicosocial, del mismo modo no podrá adaptarse ni desarrollará la capacidad de resolución de conflictos.

Otro hallazgo importante y a la vez preocupante es que el 36,5% de estudiantes presentan muy altos niveles de agresividad, lo que significa que en el aula es frecuente que prime la violencia física, verbal, así como actos de hostilidad e ira entre pares. Dichas actitudes resquebrajan el clima de aula, influyendo negativamente en el adecuado desarrollo de las clases y dificultando el logro de aprendizajes. Estos resultados son corroborados por la investigación de Cogollo y Hamdan⁽⁷⁾, quienes hallaron que 314 estudiantes (32,07%) presentaban un nivel alto de agresividad quienes tenían alto riesgo a involucrarse en actividades indebidas, teniendo en cuenta que la agresividad suele afectar al adolescente en diferentes ámbitos de su vida tanto individuales como familiares y sociales. También coincide con la investigación de Garcés⁽¹⁸⁾, quien identificó que el 58,3% de niños presentaban altos niveles de conductas agresivas. Entre los

Tabla 3. Correlación entre el funcionamiento familiar y las dimensiones de la agresividad

		Funcionamiento familiar
Agresividad física	Coefficiente de correlación	-,401**
	Sig. (bilateral)	0,003
	N	52
Agresividad verbal	Coefficiente de correlación	-,476**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	153
Ira	Coefficiente de correlación	-,400**
	Sig. (bilateral)	0,008
	N	52
Hostilidad	Coefficiente de correlación	-,412**
	Sig. (bilateral)	0,001
	N	52

(**) La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

factores más importantes para las conductas agresivas en los estudiantes es la familia y la sociedad; siendo los factores institucionales los que influyen en la agresividad en forma de refuerzo, castigo y aprendizaje por observación. Las familias de niños agresivos entran en una dinámica de funcionamiento de interacciones coercitivas en la cual se controlan unos a otros por medio de conductas agresivas⁽¹⁹⁾.

Se encontró una correlación moderada, inversa y significativa entre el funcionamiento familiar y la agresividad de los estudiantes (rs= -0,414; p=0,002). Lo expuesto significa que la interacción que se genere en la familia, la unión entre cada uno de los integrantes, el apoyo que se brinden, el tipo de liderazgo que ejerzan los padres, el control que se realice a los hijos y el cumplimiento de roles y reglas fomentarán el desarrollo de conductas prosociales que fomenten una adecuada interrelación entre los estudiantes y sus pares, tanto en contextos escolares como amicales, así como el respeto de las normas propias del aula. No obstante, si la familia no está cohesionada, cada uno de los integrantes vive aislado de los demás integrantes, el liderazgo que se ejerce es nulo o inadecuado, no se cumplen con los roles establecidos y reglas, los estudiantes actuarán libremente, no tendrán límites y en la escuela desconocerán o no acatarán las normas de convivencia establecidas. En ese sentido, se desenvolverán sin pensar en las consecuencias que puedan acarrear sus actos y pretenderán solucionar sus diferencias tratando de imponer lo que piensan y, en caso no obtengan resultados, recurrirán a la agresión, ya sea física, psicológica, ira y hostilidad.

Estos resultados coinciden con investigaciones de Velezmoro⁽⁵⁾, quien halló que existe una relación lineal estadísticamente significativa e inversa de grado débil entre la funcionabilidad familiar y la agresividad (rs= -0,244). Ello indica que aquellos estudiantes que perciben una mejor funcionabilidad familiar, presentaran menores niveles de agresión. Del mismo modo guarda relación con los hallazgos de Huallpa⁽⁶⁾, quien determinó que existe relación significativa (p<0,001) entre funcionamiento familiar y conducta agresiva. En ese sentido identificaron que los estudiantes adolescentes del nivel secundario que provienen de familia "Funcional" tienen conducta "un poco agresivos" y "nada agresivos". Del mismo modo, es corroborado por la investigación de Cogollo y Hamdan⁽⁷⁾, quienes establecieron que la conducta agresiva fue inversamente proporcional a disfuncionalidad familiar (rs= -0,191; p<0,05).

Como se puede ver, el entorno familiar es la esfera principal en el aprendizaje del comportamiento agresivo, por ser el más cercano al niño y el que mayor influencia

produce en él⁽²⁰⁾. Por otra parte, Buss y Perry⁽¹⁴⁾, mencionan que “cuando en el entorno familiar se intentan resolver situaciones problemáticas con agresividad y enfrentar la agresividad con agresividad, los niños fácilmente asocian el uso de la fuerza con el logro de objetivos y perciben que la fuerza funciona, y es efectiva para persuadir y dominar a los demás. Bajo esa perspectiva, es necesario prestar mucha atención a las familias y al tipo de interrelación que se dan entre cónyuges así como entre padres e hijos, ello con la finalidad de prevenir actos de agresividad y violencia en los entornos donde los estudiantes se desenvuelvan⁽²¹⁾.”

Finalmente se halló que existe correlación moderada, inversa y significativa entre el funcionamiento familiar y las diferentes manifestaciones de la agresión. Esto significa que, si una familia presenta una estructura adecuada, las relaciones entre los miembros son horizontales, basadas en el cumplimiento de normas y apoyo mutuo, es muy poco probable que los estudiantes puedan presentar niveles de agresividad en sus diversas modalidades debido a que los patrones de comportamiento que perciben en el seno familiar son óptimos y favorecedores de un desenvolvimiento adecuado dentro de un contexto interpersonal.

Finalmente, las limitaciones de la presente investigación estuvieron relacionadas con el proceso de obtención del

consentimiento informado por parte de los padres de familia. Dicho proceso conllevó bastante tiempo pues a la reunión informativa convocada por los investigadores no asistieron todos, lo que influyó en la obtención de una muestra representativa de educación primaria de Puerto Maldonado.

Conclusión

Los estudiantes perciben que el funcionamiento de sus familias es de rango medio y presentan niveles muy altos de agresividad. Del mismo modo se halló que existe una correlación moderada, inversa y significativa entre el funcionamiento familiar y la agresividad. También establecimos que existe una correlación moderada, inversa y significativa entre las dimensiones agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad y la variable agresividad. Por lo expuesto, es necesario que los docentes de aula desarrollen, con apoyo de profesionales, el programa “Escuela para Padres”, haciendo que sea un espacio de reflexión y concientización sobre el papel fundamental que tienen el buen funcionamiento familiar y su repercusión en la forma de actuar de sus hijos con sus compañeros y profesores.

Referencias bibliográficas

1. Reyes S, Valderrama O, Ortega K, Chacón M. Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento humano Nuevo Paraíso-districto de Pativilca, 2009. *Aporte Santiaguino*. 2010; 3(2): p. 214-221.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil sociodemográfico. Informe Nacional. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018.
3. Espinoza ERP. La desorganización familiar y su incidencia en el rendimiento escolar y la pérdida de valores de los estudiantes de 6to. Y 7mo. Años de Educación Básica en la Escuela Juan Pablo I ubicada en la Cooperativa de Vivienda Consejo Provincial de Quito. Tesis de Licenciatura. Latacunga - Ecuador: Universidad Técnica de Cotopaxi; 2009.
4. Ministerio de Educación. Sistema Especializado en reporte de casos sobre Violencia Escolar - SíseVe. Informe 2013- 2018 Lima: Ministerio de Educación; 2019.
5. Velezmore Ataucusi JS. Funcionalidad familiar y agresividad en estudiantes de secundaria de dos instituciones educativas - San Juan de Lurigancho. Lima, 2017. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad César Vallejo; 2017.
6. Huallpa Espino KO. Funcionamiento familiar relacionado con la conducta agresiva en los adolescentes de la I.E. “Gerardo Arias Copaja” Tacna - 2016. Tesis de Licenciatura. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016.
7. Cogollo Milanés , Hamdan Rodríguez. Conducta agresiva asociada a funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria de colegios oficiales de la ciudad de Cartagena. Reporte. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2018.
8. Berk LE. Desarrollo del niño y el adolescente. Cuarta ed. Madrid : Prentice Hall; 1999.
9. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. Quinta ed. México: McGRAW-HILL; 2010.
10. Olson D, Portner J, Lavee Y. Family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES III). St. Paul: University of Minnesota; 1985.
11. Camacho Palomino P, León Nakamura CL, Silva Mathews I. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. *Revista Enfermería Herediana*. 2009; 2(2): p. 80-85.
12. Buss A. *The psychology of aggression*. Oxford: Wiley; 1961.
13. Berkowitz L. *Agresión: Causas, consecuencias y control* Bilbao: Desclee de Brouwer; 1996.
14. Buss A, Perry M. The aggression Questionnaire. *Journal of personality and social psychology*. 1992; 63(3): p. 452-459.
15. Matalinares M, Yaringaño J, Uceda J, Fernández E, Huari Y, Campos A, et al. Estudio psicométrico de la versión española del Cuestionario de Agresión de Buss y Perry. *IIPSI*. 2012; 15(1): p. 147-161.
16. Quispe Ccollque , Rodríguez Rodríguez. Funcionamiento familiar y agresividad en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de una I.E. Pública de Lima sur, 2015. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Peruana Unión; 2016.
17. Herrera Santi PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1997; 13(6): p. 591-595.
18. Garcés Roca Y. La relación entre los tipos de familia y la conducta agresiva del niño de 5 años de la Institución Educativa N° 185 Gotitas del Amor de Jesús en Huaycán - 2016. Tesis de Licenciatura. Lima - Perú: Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle; 2019.
19. Ríos Gonzáles KL, Ríos Moena C. Los programas televisivos y niveles de agresividad en estudiantes del 3er. grado de secundaria de la Institución Educativa Experimental UNAP, San Juan Bautista - 2015. Tesis de Licenciatura. Iquitos - Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016.
20. Matalinares M, Arenas C, Sotelo L, Díaz G, Dioses A, Yaringaño J, et al. Clima familiar y agresividad en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *IIPSI*. 2010; 13(1): p. 109-128.
21. Paternina Gonzalez DH, Pereira Peñate M. Funcionalidad familiar en escolares con comportamientos de riesgo psicosocial en una institución educativa de Sincelajo (Colombia). *Salud Uninorte*. 2017; 33(3): p. 429-437

Violencia y autoestima en gestantes de un distrito del Callao

Violence and self-esteem among pregnant women in a district of Callao

Juan Morales^{1,a}, Marlene Basilio^{2,b}, Cinthya Candia-Zambrano^{2,b}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades

^a Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Doctor en Medicina


² Centro de Salud Mi Perú

^b Dirección Regional de Salud del Callao, Lic. En Obstetricia

Información del artículo

Citar como: Morales J, Basilio M, Candia-Zambrano C. Violencia y autoestima en gestantes de un distrito del Callao. *Health Care & Global Health*.2019;3(2):75-80. doi: 10.22258/hgh.2019.32.61

Autor correspondiente

Juan Morales
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima 39 – Perú.
Teléfono: +51 989521832
Email: mdjuanmorales@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-4837-2079>

Historial del artículo

Recibido: 16/12/2019
Aprobado: 24/12/2019
En línea: 30/12/2019

Financiamiento

Universidad de Ciencias y Humanidades

Conflictos de interés

La versión preliminar se presentó en el IV Congreso Internacional de Investigación en Ciencias y Humanidades-SHIRCON 2019.

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia de violencia y su relación con el nivel de autoestima en las gestantes. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal. La población de estudio estuvo conformada por gestantes atendidas en el Centro de Salud del distrito de Mi Perú, en la Región Callao. **Resultados:** Participaron 210 gestantes con una media de 25,94 años (DE=5,94; Rango: 14 a 43), la mayoría entre los 20 y 30 años de edad. El 22,9% (n=48) fue víctima de violencia física alguna vez en la vida y un 2,9% (n=6) en el presente embarazo. La violencia psicológica ocurrida alguna vez en la vida se presentó en el 28,1% (n=59), mientras que en el presente embarazo se reportó en el 8,1% (n=17). Respecto a la agresión sexual, el 8,6% (n=18) reportaron la ocurrencia alguna vez en la vida y 0,5% (n=1) en el último embarazo. El 72,9% (n=153) presentaron autoestima elevada, el 25,7% (n=54) autoestima media y 1,4% (n=3) autoestima baja. No se encontró diferencias entre el nivel de autoestima y los antecedentes de violencia. **Conclusiones:** La violencia tanto física, psicológica y sexual es frecuente entre las mujeres y el embarazo no es un factor protector. La concurrencia de la violencia psicológica y física es frecuente, en ambos casos el victimario fue una expareja.

Palabras clave: violencia contra la mujer; violencia física; violencia Psicológica; Perú (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

Objective: Determine the frequency of violence and its relationship with self-esteem level in pregnant women. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study. The pregnant women treated at the Healthcare Center of the district of "Mi Peru", in the Callao Region, constituted the study population. **Results:** In total, 210 pregnant women participated with a mean age of 25.94 years (SD = 5.94; Range: 14 to 43), the majority between 20 and 30 years of age, 22.9% (n = 48) were victims of physical violence at least once in their lives and 2.9% (n = 6) in the present pregnancy. Psychological violence at least once in their lives occurred in 28.1% (n = 59), while in the present pregnancy it was reported in 8.1% (n = 17). Regarding sexual assault, 8.6% (n = 18) reported the occurrence at least once in their lives and 0.5% (n = 1) in the last pregnancy. Of the sample, 72.9% (n = 153) presented high self-esteem, 25.7% (n = 54) medium self-esteem and 1.4% (n = 3) low self-esteem. No differences were found between self-esteem level and the history of violence. **Conclusions:** Physical, psychological and sexual violence is common among women, and pregnancy is not a protective factor. The concurrence of psychological and physical violence is frequent; in both cases the victimizer was an ex-partner.

Keywords: Violence against women; physical violence; psychological violence; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de la mujer; en todo el mundo alrededor del 35% de las mujeres han experimentado algún tipo de violencia. La mayor parte de esta violencia pertenece a la violencia de pareja, que representa el 30%, lo que equivale a decir que un tercio de las mujeres que han estado en una relación han experimentado algún tipo de violencia física y/o sexual por parte de su pareja ⁽¹⁾. En los países de la Unión Europea, el 8% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual en los últimos 12 meses⁽²⁾. En el ámbito de los países de las Américas, en Brasil, Panamá y Uruguay la violencia física y/o sexual experimentada alguna vez oscila entre 14 a 17% , pudiendo llegar hasta el 60% en Bolivia⁽³⁾. En el Perú, a nivel nacional el 63,2% de las mujeres fueron víctimas de violencia ejercida alguna vez por el esposo o compañero, entre las formas de violencia el 58,9% fue violencia psicológica y/o verbal, 30,7% violencia física y 6,8% violencia sexual⁽⁴⁾.

La violencia contra la mujer ocasiona graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo; las consecuencias también afectan a sus hijos y genera un elevado costo social y económico para la mujer, su familia y la sociedad⁽¹⁾. Tanto la violencia física, psicológica y sexual ocurrida durante el embarazo se asocia positivamente con la mortalidad perinatal, mortalidad neonatal y complicaciones maternas ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

A pesar de la gravedad de las lesiones físicas, estas se resuelven con mayor prontitud; sin embargo el daño a la autoestima persiste en las mujeres que han experimentado violencia en la pareja íntima ⁽⁸⁾. Arruinar la autoestima de una persona puede tener graves consecuencias para la salud mental y física, siendo una de las principales razones para el suicidio ⁽⁹⁾.

En el Perú, la violencia contra la mujer también es un problema; en los últimos años existe una tendencia creciente de los casos feminicidio y los intentos de feminicidios⁽¹⁰⁾, los cuales constituyen las manifestaciones extremas de la violencia contra la mujer. La prevalencia de violencia en el embarazo varía de 2% a 57% en los países africanos y está asociado a la violencia con un historial de violencia y el abuso de alcohol⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Mi Perú es el último distrito creado en la Región Callao, en el periodo 2017 y 2018 se obtuvo 690 y 580 gestantes atendidas respectivamente y dentro del proceso de atención prenatal en el Centro de Salud "Mi Perú" se ha percibido signos compatibles con al menos un tipo de violencia. El embarazo es una de las etapas de mayor cuidado en la mujer; sin embargo, su condición de gestante no brinda protección frente a la violencia. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivos determinar la frecuencia de violencia y su relación con el nivel de autoestima en las

gestantes atendidas en un establecimiento de salud del primer nivel de atención del distrito de Mi Perú.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio descriptivo transversal. Se realizó en el distrito de Mi Perú, perteneciente a la Región Callao, Perú.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por gestantes atendidas en el Centro de Salud Mi Perú ubicado en el distrito del mismo nombre.

La muestra se compuso de 210 gestantes captadas de mayo a diciembre del 2019, obtenido por muestreo no probabilístico por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron gestantes de cualquier edad gestacional y paridad, de cualquier estado civil, que aceptaron participar voluntariamente y que cumplieron con responder adecuadamente el cuestionario.

Variable de estudio

Violencia contra la mujer: Definido como cualquier acto de violencia de género que resulte o pueda causar daños físicos, sexuales o psicológicos o sufrimiento a las mujeres, incluidas amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de libertad, ocurrida ya sea en la vida pública o privada ⁽¹³⁾.

Autoestima: Definido como la actitud positiva o negativa hacia sí mismo ⁽¹⁴⁾.

Variable de comparación: Se consideró a las características sociodemográficas, tipo de familia y autoestima.

Instrumentos de medición

Como instrumento se empleó un cuestionario constituido por las siguientes secciones: datos sociodemográficos, tipología familiar, antecedentes de violencia contra la mujer y autoestima. Los datos sociodemográficos incluyeron la edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, número de hijos y tipo de familia.

Para recoger los datos sobre violencia se tomó en cuenta la violencia física, psicológica y sexual ocurrida alguna vez en la vida y en el último embarazo; para esta sección se consideró la información sobre violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe ⁽¹⁵⁾.

Para la tipología familiar se tomó en cuenta la clasificación considerada en el Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad del Ministerio de Salud ⁽¹⁶⁾. La medición de autoestima se realizó con la escala de autoestima de Rosenberg ⁽¹⁷⁾.

La escala se compone de 10 ítems, 5 expresados en declaraciones positivas y 5 en declaraciones negativas, calificados en una escala de Likert (1=totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3=de acuerdo y 4=totalmente de acuerdo). La calificación global oscila entre 10 y 40 puntos, del cual se establecen tres niveles de autoestima: Nivel bajo (10-25), nivel medio (26-29) y nivel alto (30-40) ⁽¹⁴⁾.

Procedimientos

La técnica que se empleó fue una encuesta directa a cargo de personal de salud capacitado. La aplicación del instrumento se realizó dentro del establecimiento de salud, antes, durante o posterior al uso de los servicios de salud en función de la disponibilidad de las gestantes. Cada encuesta tomó entre 5 a 8 minutos.

Análisis estadístico

Los datos recolectados se ingresaron a una matriz, luego de la revisión y categorización se agruparon en tablas de frecuencia. El procesamiento se realizó con el IBMS SPSS Statistics versión 23. Para establecer la asociación entre las variables se utilizó el estadístico Chi cuadrado, considerando los valores de $p < 0,05$ como significativos.

Aspectos éticos

Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de todas las participantes, asimismo, el proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades (Acta CEI N° 003-2019).

Resultados

Participaron 214 gestantes, de las cuales una se excluyó por ser extranjera y tres por tener datos incompletos. La edad media de las 210 participantes fue 25,94 años (DE=5,94; Rango: 14 a 43), la mayoría entre los 20 y 30 años de edad, el 71% (n=149) eran convivientes, el 76,7% (n=161) procedentes de Lima y Callao, el 61,4% (n=129) con grado de instrucción secundaria, el 78,6% (n=165) de ocupación ama de casa, el 52,4% (n=110) con 1 a 2 hijos, el 57,1% (n=120) procedentes de familia nuclear (Tabla 1).

Respecto a la violencia contra la mujer, el 22,9% (n=48) fue víctima de violencia física alguna vez en la vida y un 2,9% (n=6) en el presente embarazo; los golpes, puñetes o bofetadas fueron los tipos de agresión que se presentaron con mayor frecuencia. La violencia psicológica ocurrida alguna vez en la vida se presentó en el 28,1% (n=59), mientras que en el presente embarazo se reportó en el 8,1% (n=17), los insultos, humillaciones y maldición fueron las agresiones más frecuentes. Respecto a la agresión sexual, el 8,6% (n=18) reportaron la ocurrencia alguna vez en la vida y 0,5% (n=1) en el último embarazo, las agresiones más frecuentes fueron las relaciones sexuales forzadas (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes del distrito de Mi Perú, 2019.

Variables sociodemográficas	n	%
Total	210	100
Grupo de edad		
≤ 20	44	21
21 a 25	63	30
26 a 30	61	29
≥ 31	42	20
Estado civil		
Soltera	28	13,3
Conviviente	149	71
Casada	27	12,9
Separada-divorciada	6	2,9
Procedencia		
Lima/Callao	161	76,7
Costa	14	6,7
Sierra	24	11,4
Selva	11	5,2
Grado de instrucción		
Primaria	14	6,7
Secundaria	129	61,4
Superior incompleto	39	18,6
Superior completo	28	13,3
Ocupación		
Ama de casa	165	78,6
Trabajo independiente	21	10
Trabajo dependiente	17	8,1
Estudiante	7	3,3
N° hijos		
Sin hijos	75	35,7
1 a 2	110	52,4
≥3	25	11,9
Tipo de familia		
Nuclear	120	57,1
Extendida	53	25,2
Ampliada	17	8,1
Monoparental	14	6,7
Reconstituida	6	2,9

En cuanto a las características de la violencia, en la física y psicológica el agresor fue principalmente expareja, 50 % (n=24) y 37% (n=22) respectivamente, mientras que, en la violencia sexual, los agresores fueron expareja y familiar de la víctima, con el 33,3% (n=6) en ambos casos. Los tres tipos de violencia ocurrieron principalmente en el hogar, con el agresor en estado ecuaníme, la violencia física y psicológica se debieron a los celos. La mayoría de los casos de agresión física y psicológica no fueron denunciados ante la autoridad y tampoco tuvieron seguimiento; asimismo, menos de la mitad de las víctimas de violencia física, psicológica y sexual recibieron asistencia sanitaria (Tabla 3). La violencia física alguna vez en la vida ocurrió en mayor proporción estando de conviviente, en las mujeres procedentes de Lima y/o Callao y en familias nucleares ($p < 0,05$). La violencia psicológica ocurrió con más frecuencia en las mujeres convivientes, con grado de instrucción

Tabla 2. Tipo de violencia en las gestantes del distrito de Mi Perú, 2019.

Tipos de violencia	n	%
Total	210	100
Física		
Alguna vez en la vida		
No	162	77,1
Si	48	22,9
Último embarazo		
No	204	97,1
Si	6	2,9
Tipo de agresión		
Golpe/puñete/bofetada	31	64,6
Empujones/jaloneos	18	37,5
Con objeto contundente	2	4,2
Otros	1	2,1
Psicológica		
Alguna vez en la vida		
No	151	71,9
Si	59	28,1
Último embarazo		
No	193	91,9
Si	17	8,1
Tipo de agresión		
Insultos/humillación/maldición	53	89,8
Amenazas	12	20,3
Aislamiento	1	1,7
Romper objetos personales	3	5,1
Sexual		
Alguna vez en la vida		
No	192	91,4
Si	18	8,6
Último embarazo		
No	209	99,5
Si	1	0,5
Tipo de agresión		
Relaciones sexuales forzadas	12	66,7
Comentarios o insinuaciones indeseados	7	38,9

secundaria y pertenecientes a la familia nuclear ($p<0,05$). La violencia sexual se produjo en las mujeres amas de casa ($p=0,027$).

De las 48 participantes que padecieron agresión física, el 62,5% ($n=30$) también fueron víctimas de agresión psicológica; mientras que, de las 59 gestantes con antecedentes de agresión psicológica, el 49,2% ($n=29$) también fueron víctimas de agresión física.

Entre las gestantes participantes, el 72,9% ($n=153$) presentaron autoestima elevada, el 25,7% ($n=54$) autoestima

media y 1,4% ($n=3$) autoestima baja. No se encontró diferencias significativas entre el nivel de autoestima y los antecedentes de violencia física y psicológica ocurridos alguna vez en la vida ($p>0,05$).

Discusión

La violencia ocurrida alguna vez en la vida de las mujeres gestantes es un problema frecuente y aun en el último embarazo, principalmente la violencia psicológica, seguido por la violencia física y sexual. La concurrencia de la violencia psicológica y física es frecuente, en ambos casos el victimario fue expareja.

La ocurrencia de violencia durante el embarazo se asocia a los antecedentes de violencia. En Suecia, el 44,3% de las gestantes informaron experiencia de abuso durante toda la vida, independientemente del tipo, la gravedad o el perpetrador, y el factor de riesgo más importante para la violencia durante el embarazo fue el antecedente de violencia ($p<0,001$)⁽¹⁸⁾. En Recife, Brasil, las experiencias de violencia cometidas por los padres u otros miembros de la familia resultan como fuertes factores de riesgo para la violencia en el embarazo, los antecedentes de violencia física en la infancia ($OR=2,08$; $IC\ 95\%: 1,43$ a $3,02$) y durante la adolescencia ($OR=1,63$; $IC\ 95\%: 1,07$ a $2,47$)⁽¹⁹⁾. En el presente estudio, la ocurrencia de violencia física y psicológica durante el embarazo fue baja, lo que no significa que los perpetradores hayan modificado su conducta violenta durante el embarazo, sino el historial de violencia fue ocasionado por expareja y el actual embarazo es producto de una nueva pareja.

Un estudio realizado en 48 países señala que entre el 10 y 70% de las mujeres informaron haber sido agredidas físicamente por un compañero durante su vida, en Estados Unidos corresponde al 25% de las mujeres; mientras que en las mujeres embarazadas varía entre 1% a 20%, de 12% a 25% de las mujeres en clínicas prenatales y del 6% a 17% de las mujeres en atención primaria o ambulatoria informaron violencia por una pareja en el último año⁽²⁰⁾.

La violencia de las mujeres ocurrió principalmente siendo convivientes, pertenecientes a familias nucleares, instrucción secundaria, amas de casa y procedentes de Lima y Callao. Las mujeres casadas y convivientes en el hogar son funcionalmente similares; sin embargo, llegar al estado de conviviente puede ser producto de una situación no planificada o forzada, y a la vez debido a un embarazo no esperado, o encontrarse en condiciones de desventaja económica, educativa, de apoyo familiar o seducción por la pareja y en algún momento pueden aparecer los desencadenantes de la violencia que, si no son contralados, las alusiones de los hechos del pasado pueden agravar los actos de violencia.

Más de la cuarta parte de las mujeres gestantes tienen afectada su autoestima. Sin embargo, no se encontró asociación con el antecedente de violencia en las mujeres. Este hallazgo puede deberse a que los hechos de violencia estuvieron ligados a una expareja y la actual pareja puede tener un efecto positivo para recuperar el nivel de autoestima. A pesar de que la

Tabla 3. Violencia física y psicológica en la vida en las gestantes del distrito de Mi Perú, 2019.

Características de la violencia	Física		Psicológica		Sexual	
	n	%	n	%	n	%
Total	48	100	59	100	18	100
Agresor						
Pareja	10	20,8	16	27,1	1	5,6
Expareja	24	50,0	22	37,3	6	33,3
Familiar de la víctima	12	25,0	17	28,8	6	33,3
Otros	2	4,2	4	6,8	5	27,8
Lugar						
Calle	8	16,7	16	27,1	4	22,2
Hogar	37	77,1	38	64,4	10	55,6
Trabajo	1	2,1	1	1,7	0	0,0
Otros	2	4,2	4	6,8	4	22,2
Estado del agresor						
Ecuánime	36	75,0	54	91,5	14	77,8
Alcohol	11	22,9	5	8,5	3	16,7
No precisa	1	2,1	0	0,0	1	5,6
Motivos						
Celos	23	47,9	23	39,0	2	11,1
Infidelidad	3	6,3	1	1,7	0	0,0
Económicos	7	14,6	12	20,3	1	5,6
Laborales	1	2,1	2	3,4	0	0,0
Embarazo	0	0,0	3	5,1	0	0,0
Negación de pedido del agresor	0	0,0	3	5,1	1	5,6
Por los hijos	10	20,8	0	0,0	0	0,0
Otros y/o no precisa	4	8,3	15	25,4	14	77,8
Denuncia ante la autoridad						
No	25	52,1	44	74,6	12	66,7
Si	23	47,9	15	25,4	6	33,3
Seguimiento						
No	35	72,9	45	76,3	12	66,7
Si	9	18,8	9	15,3	4	22,2
No precisa	4	8,3	5	8,5	2	11,1
Atención de salud						
Médica	8	16,7	2	3,4	1	5,6
Psicológica	13	27,1	21	35,6	6	33,3
Ninguna	27	56,3	36	61,0	11	61,1

violencia contra las mujeres se asocia con varias dificultades psicológicas, bienestar emocional y bajo autoestima, las mujeres pueden recuperarse y vivir vidas plenas⁽²¹⁾.

Limitaciones. Se consideró no solamente violencia perpetrada por sus parejas y/o expareja sino cualquier otra persona cercana. Como es un tema que toca las fibras más sensibles de la mujer, es posible que haya habido una inhibición en el reporte de violencia.

Conclusión

La violencia tanto física, psicológica y sexual es frecuente entre las mujeres, y el embarazo no es un factor protector. La concurrencia de la violencia psicológica y física es frecuente, en ambos casos el victimario fue una expareja. Es importante enfatizar el tamizaje de violencia en las gestantes para llevar un embarazo saludable y terminar en un parto seguro.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization. Violence against women [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- European Union. Sustainable development in the European Union. Monitoring report on progress towards the SDGs in an EU context [Internet]. Publications Office of the European Union. Luxembourg; 2019. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/9940483/KS-02-19-165-EN-N.pdf/1965d8f5-4532-49f9-98ca-5334b0652820>
- Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e26.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2018 [Internet]. Lima, Perú; 2019. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
- Pool MS, Otopiri E, Owusu-Dabo E, de Jonge A, Agyemang C. Physical violence during pregnancy and pregnancy outcomes in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1).
- Martin-De-las-Heras S, Velasco C, De Dios Luna-Del-castillo J, Khan KS. Maternal outcomes associated to psychological and physical intimate partner violence during pregnancy: A cohort study and multivariate analysis. *PLoS One*. 2019;14(6):1–11.
- Gisladdottir A, Luque-Fernandez MA, Harlow BL, Gudmundsdottir B, Jonsdottir E, Bjarnadottir RI, et al. Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence. *PLoS One*. 2016;11(3):1–12.
- Matheson FI, Daoud N, Hamilton-Wright S, Borenstein H, Pedersen C, O'Campo P. Where Did She Go? The Transformation of Self-Esteem, Self-Identity, and Mental Well-Being among Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Women's Heal Issues*. 2015;25(5):561–9.
- Kaur R, Garg S. Addressing domestic violence against women: An unfinished agenda. *Indian J Community Med*. 2008;33(2):73.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 31]. Available from: <https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=39>
- Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: Prevalence and risk factors. *PLoS One*. 2011;6(3):1–9.
- Alebel A, Kibret GD, Wagnew F, Tesema C, Ferede A. Intimate partner violence and associated factors among pregnant women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2018;15(1):196.
- United Nations. Declaration on the Elimination of Violence against Women. Hpb [Internet]. 2017;2(2):101. Available from: <https://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>
- García JA, y Olmos FC, Matheu ML, Carreño TP. Self esteem levels vs global scores on the Rosenberg self-esteem scale. *Heliyon*. 2019;5(3).
- Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violencia contra las mujeres en America Latina y el Caribe. Washington, DC; 2014.
- Ministerio de Salud. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad [Internet]. Vol. 51, Modelo de Atención MINSA. Lima - Perú; 2013. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1617.pdf>
- Ventura-Leon J, Caycho-Rodriguez T, Barboza-Palomino M. Evidencias psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg en adolescentes limeños. *Rev Interam Psicol J Psychol*. 2018;52(1):44–60.
- Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: A longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1017-6>
- Ludermir AB, Araújo TVB de, Valongueiro SA, Muniz MLC, Silva EP. Previous experience of family violence and intimate partner violence in pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2017;51:85.
- Sadowski L. Intimate partner violence towards women. *BMJ Clin Evid*. 2009;2009(September 2009).
- Karakurt G, Smith D, Whiting J. Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *J Fam Violence*. 2014;29(7):693–702.

Evolución de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un Hospital del Callao

Evolution of Human Immunodeficiency Virus Infection at a Callao Hospital

Juliocésar Cáceda-Dávila^{1,a}, Gianinna Vera-Chozo^{1,a}, Ruth Rebeca Marreros-Maldonado^{1,a}, Yesy Pérez-Delgado^{1,a}, Medaly Córdova-Limache^{1,a}, Miriam Reyes-Terrones^{2,b}, Ana Paula Goyzueta^{1,c}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades

^a Estudiante de Enfermería

² Hospital San José, Callao

^b Licenciada en Enfermería

^c Bachiller en Enfermería

Información del artículo

Citar como: Cáceda-Dávila J, Vera-Chozo G, Marreros-Maldonado RR, Pérez-Delgado Y, Córdova-Limache M, Reyes-Terrones M y Goyzueta AP. Evolución de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un Hospital del Callao. *Health Care & Global Health*.2019;3(2):81-5. doi: 10.22258/hgh.2019.32.62

Autor corresponsal

Juliocésar Cáceda Dávila
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima 39 - Perú
Email: cesar_caceda@outlook.com

Historial del artículo

Recibido: 08/12/2019
Aprobado: 23/12/2019
En línea: 30/12/2019

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés

Resumen

Objetivos: Describir la evolución histórica e identificar los factores asociados a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un hospital de la Región Callao. **Materiales y métodos:** Análisis de una fuente secundaria. El tamaño de la muestra fue censal según el registro del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) del Hospital San José, Región Callao durante el periodo 2004 - 2018. **Resultados:** Participaron 1944 pacientes de ambos sexos, con una edad media de 38,99 años (DE=11,27; Rango: 15 a 85). Respecto al género se observó predominio del sexo masculino con el 79,0% (n=1536). El 90,4% (n=1758) eran peruanos y el 9,1% (n=177) venezolanos. Además de ello se ha reportado con más frecuencia, conductas de riesgo en los adultos con el 93,0 % (n=1807) y 5,7%(n=111) hombres que tenían sexo con hombres (HSH). Como coinfección principal al VIH se encontró la tuberculosis (TBC) con el 4,6% (n=90) y como enfermedad oportunista la Sífilis con el 0,7% (n=14). **Conclusión:** La frecuencia de infección por el VIH tuvo un incremento en los últimos tres años, destaca la presencia de extranjeros, principalmente de nacionalidad venezolana. La tuberculosis fue la coinfección principal y la sífilis la enfermedad oportunista más frecuente a la infección por VIH.

Palabras clave: VIH, Epidemiología, Migrantes, Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objectives: To describe the historical evolution and identify the factors associated with infection by the human immunodeficiency virus in a hospital in the Callao Region. **Materials and methods:** Analysis of a secondary source. The sample size was census according to the registry of the Program for the Control of Sexually Transmitted Diseases and AIDS (PROCETSS) of the San José Hospital, Callao Region during the period 2004 – 2018. **Results:** 1944 patients of both sexes participated, with a mean age of 38.99 years (SD = 11.27; Range: 15 to 85). Of the sample, 79% (n = 1536) corresponded to the male sex; 90.4% (n = 1758) were Peruvians and 9.1% (n = 177) Venezuelans. In addition, risk behaviors in adults with 93.0% (n = 1807) and 5.7% (n = 111) men who had sex with men (MSM) have been reported more frequently. The main co-infection with HIV was tuberculosis (TB) with 4.6% (n = 90) and as an opportunistic disease Syphilis with 0.7% (n = 14). **Conclusions:** The frequency of HIV infection had an increase in the last three years, highlights the presence of foreigners, mainly of Venezuelan nationality. Tuberculosis was the main coinfection and syphilis the most frequent opportunistic disease to HIV infection.

Keywords: HIV; Epidemiology; Transients and Migrants; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, afecta al sistema inmunitario causando el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), provocando la muerte de más de 32 millones de vidas. A finales del 2018, se reportó 37,9 millones de personas infectadas con el VIH, del total de infectados 770 mil personas fallecieron por causas relacionadas con el VIH y 1,7 millones de personas contrajeron la infección⁽¹⁾.

La epidemia ha experimentado un cambio profundo a lo largo de las últimas décadas⁽²⁾. En países de América Latina como Colombia, Costa Rica y Paraguay presentan los mayores índices de prevalencia en hombres jóvenes con VIH/SIDA, mientras que República Dominicana en mujeres jóvenes⁽³⁾. El principal modo de transmisión, es la relación sexual con 97,58%, con mayor incidencia en los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HSH) seguido del 1,98% por transmisión madre-niño (vertical) y 0,44% vía parenteral⁽⁴⁾. Más de dos tercios de pacientes infectados con el VIH viven en la Región de África (25,7 millones)⁽¹⁾.

América Latina es la segunda región del mundo con la carga más alta de coinfección tuberculosis/virus de la inmunodeficiencia humana (TB/VIH), siendo Perú uno de los países con mayor concentración de nuevos casos con VIH asociados a coinfección por tuberculosis con predominio del sexo masculino mayores de 15 años. Al aumentar la carga viral, la tuberculosis acelera la progresión de la infección por VIH a SIDA, de modo que las personas infectadas por el VIH tienen 20 y 30 veces más posibilidades de desarrollar tuberculosis activa⁽⁵⁾.

En el Perú se estima que existen 72 mil personas con VIH, de ellas, una de cada cuatro aún no sabe que tienen la infección. Del año 2000 a 2018 se observó un incremento sostenido en la proporción de los casos confirmados de VIH en varones de 18 a 29 años de edad y en mujeres entre las edades de 30 a 59 años⁽⁶⁾, con prevalencia en los grupos de población clave⁽¹⁾. Las regiones con prevalencia alta son la costa y selva, mientras que la sierra es baja. En el último quinquenio, el 51% de los casos de VIH y 53,7 % de SIDA notificados se han presentado en Lima y Callao⁽⁷⁾.

Puede haber numerosas razones que explican el incremento de personas infectadas; sin embargo, los problemas sociales en los países vecinos han generado la presencia de centenares de miles de migrantes extranjeros principalmente venezolana y ello puede contribuir con el aumento de los casos de VIH en el Perú. El objetivo del presente estudio fue describir la evolución histórica de los casos de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital San José del Callao, durante el periodo 2004 a 2018.

Materiales y métodos

Diseño

Es un estudio descriptivo transversal basado en una fuente secundaria.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por los pacientes con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) positivo y registrados en el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCTSS) del Hospital San José ubicado en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso, Provincia Constitucional del Callao, perteneciente a la Región Callao. En el Periodo 2004 a 2018 se registraron 1946 casos, los cuales conforman la muestra.

Tabla 1. Características generales de pacientes con virus de inmunodeficiencia humana en un hospital del Callao, 2004 a 2018.

Características	n	%
Total	1944	100
Sexo		
Femenino	408	21,0
Masculino	1536	79,0
Edad		
< 20	23	1,2
20 a 29	402	20,7
30 a 39	629	32,4
40 a 49	542	27,9
50+	348	17,9
Nacionalidad		
Argentino	1	0,1
Chileno	2	0,1
Colombiano	1	0,1
Cubano	4	0,2
Ecuatoriano	1	0,1
Peruano	1758	90,4
Venezolano	177	9,1
Población clave		
Adultos con conductas de riesgo	1807	93,0
HSH (homosexuales)	111	5,7
PG (población general)	22	1,1
Trans M-F (transgénero)	4	0,2
Coinfecciones al VIH		
Tuberculosis	90	4,6
Hepatitis B	4	0,2
Hepatitis C	1	0,1
Enfermedades oportunistas		
Candidiasis	2	0,1
Herpes	1	0,1
Mononucleosis	1	0,1
Sarcoma de Kaposi	1	0,1
Sífilis	14	0,7
Toxoplasmosis ocular	1	0,1

Variables de estudio

Infección por el VIH: Persona con diagnóstico confirmado de VIH positivo, basado en alguna prueba inmunológica e inscrito en el registro de PROCETSS del Hospital San José.

Procedimientos

Fueron elegibles los pacientes con diagnóstico confirmado de VIH positivo y registrados en PROCETSS del Hospital San José. Se incluyeron a todos los pacientes que presentaban datos sobre edad, sexo, nacionalidad, población clave, coinfecciones y presencia de enfermedades oportunistas y Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

Análisis estadístico:

Los pacientes con diagnóstico de VIH positivo fueron registrados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y exportados al software IBM SPSS Statistics 25. Los datos obtenidos fueron distribuidos y representados en una tabla de frecuencias y gráficos.

Aspectos éticos

Se tomó en cuenta los principios bioéticos fundamentales, asegurando el derecho a la privacidad de los pacientes y a la confidencialidad de los datos. El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital San José del Callao (Informe N° 016-2019).

Resultados

Se obtuvo 1946 casos, dos fueron excluidos por datos incompletos. El análisis se realizó con 1944 pacientes de ambos sexos, con una edad media de 38,99 años (DE=11,27; Rango: 15 a 85). El 79% (n=1536) fueron varones, 90,4% (n=1758) de nacionalidad peruana y el 9,1% (n=177) venezolana. Respecto a la población clave, el 93% (n=1807) tenían conductas de riesgo, los hombres que tuvieron sexo con hombres (HSH) representaron el 5,7% (n=111). El 4,6% (n=90) de los casos de VIH presentaron tuberculosis y el 0,7% (n=14) presentaron sífilis.

Respecto a la evolución histórica de los casos de VIH, en el 2004 se inició con cuatro casos, en el 2005 se presentaron 85 casos, manteniéndose con frecuencias cercanas. Los últimos tres años, del 2016, 2017 y 2018 se reportaron frecuencias crecientes, con 182, 266 y 383 respectivamente (Figura 1).

Los casos de abandono al TARGA muestran una tendencia creciente desde el 2014. Los casos de muertes y recuperados se han incrementado los últimos tres años (Figura 2).

Discusión

Los casos de VIH positivos registrados en PROCETSS del Hospital San José del Callao, durante los últimos tres años muestra un crecimiento vertiginoso. De los extranjeros, destaca la presencia de casos que tienen

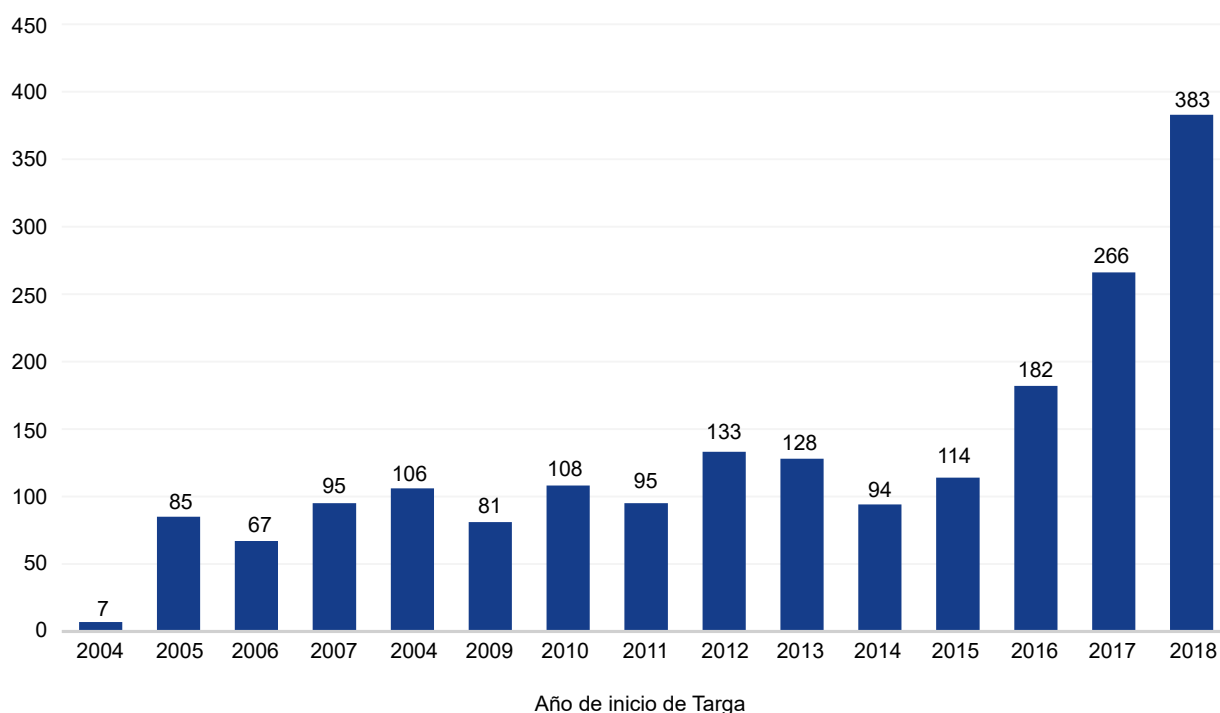


Gráfico 1. Evolución histórica de VIH, 2004 a 2018. Hospital San José del Callao.

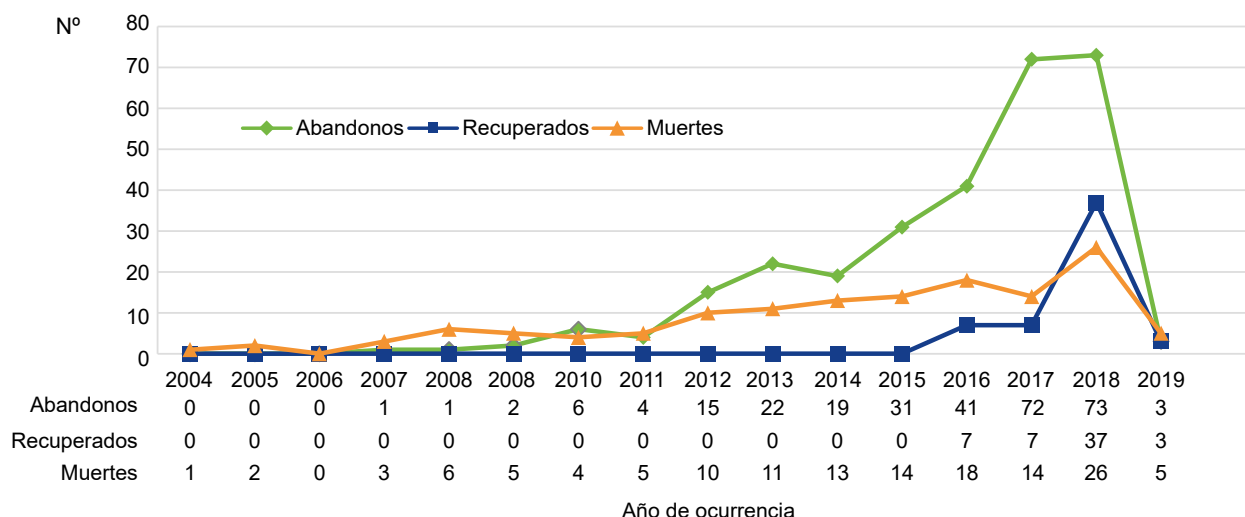


Gráfico 2. Evolución de casos de abandono, recuperados y muertes en pacientes con VIH. Hospital San José del Callao, 2004 a 2018.

nacionalidad venezolana, en su mayoría adultos jóvenes. Venezuela es un país que está atravesando una fuerte crisis económica, motivo por el cual, muchos de los venezolanos ven la necesidad de migrar a otros países, siendo el Perú uno de los países con mayor número de migrantes venezolanos. No se ha evaluado si los casos de VIH en los extranjeros han ingresado al país ya contando con la enfermedad o adquirieron estando en el país. Dependiendo de la ocupación y/o presencia de conductas sexuales de riesgo, los migrantes extranjeros pueden contribuir con la propagación de la infección por el VIH.

En el Perú, entre los factores de riesgo son las relaciones sexuales sin protección cuando se da entre hombres, siendo uno de los países donde la vía hetero y homosexual se encuentran más igualadas en porcentajes. En Lima, los HSH manifestaron no tener suficiente información sobre el SIDA y son marginados por la estigmatización creada socialmente⁽⁸⁾.

La tuberculosis fue la coinfección principal y es de importancia tener en cuenta que las coinfecciones son bidireccionales, ya que, al aumentar la carga viral, la Tuberculosis (TBC) acelera la progresión de la infección por VIH a SIDA y, con ello a la muerte⁽⁹⁾. Por otro lado la sífilis es la enfermedad

oportunistas más frecuente a la infección por VIH, ya que las defensas inmunológicas bajan y son propensos a adquirir comorbilidades infecciosas y/o parasitarias más aún cuando no reciben tratamiento oportuno y se encuentran con bajo peso⁽¹⁰⁾.

El presente estudio muestra un panorama durante los últimos tres años, de como ha sido la evolución de los casos confirmados de VIH, pero tan solo representa a la población peruana y extranjeros que residen o trabajan dentro de la jurisdicción de la Región callao.

Conclusión

La frecuencia de infección por el VIH tuvo un incremento en los últimos tres años, destaca la presencia de extranjeros, principalmente de nacionalidad venezolana. La tuberculosis fue la coinfección principal y la sífilis la enfermedad oportunista más frecuente a la infección por VIH. Se recomienda la participación de los profesionales de salud, en reforzar las campañas preventivas y detección oportuna de VIH tanto en la población peruana como en los extranjeros.

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. VIH/sida [Internet]. 28 de noviembre 2019. 2019 [cited 2019 Nov 28]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud. Las nuevas recomendaciones de la OMS para las pruebas del VIH tratan de ampliar la cobertura del tratamiento [Internet]. 27-11-2019. 2019 [cited 2019 Dec 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-11-2019-innovative-who-hiv-testing-recommendations-aim-to-expand-treatment-coverage>
- Teva I, Paz Bermúdez M, Teresa Ramiro M, Buela-casal G. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. Vol. 140, Rev Med Chile. 2012.
- Organización Panamericana de la Salud OM de la S. OPS/OMS Perú - Infección por el VIH/sida e infecciones de transmisión sexual [Internet]. [cited 2019 Nov 28]. Available from: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1110&Itemid=101
- Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis [Internet]. 17-10-2019. 2019 [cited 2019 Dec 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Epidemiología CN de P y C de E. Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú [Internet]. 2018. Available from: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2018/diciembre.pdf

7. Epidemiología CN de P y C de E. Boletín Epidemiológico del Perú [Internet]. Vol. 27, Boletín Epidemiológico del Perú. 2018. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/52.pdf>
8. Tendencias AY, Epidemia DELA. Migración y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. 2006;1–9.
9. Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB / VIH : Guía Clínica [Internet]. Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente; 2010. 180 p. Available from: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Coinfeccion_TB-VIH_Guia_Clinica_TB.pdf
10. Gamboa-Acuña B, Guillén-Zambrano RE, Lizzetti-Mendoza G, Soto A, Lucchetti-Rodríguez A. Factores asociados a sobrevida en pacientes con co-infección VIH-TBC en el Servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Perú, durante los años 2004-2012. *Rev Chil Infectol.* 2018;35(1):41–8.

Anemia en niños atendidos en establecimientos del primer nivel de un distrito de Lima Norte

Anemia among children treated in primary healthcare centers in a district of North of Lima

Silvia Elena Fajardo-Pantoja^{1,a}, Darwin Heli Ramírez-Linares^{1,a}, Licely Ruby Berrocal-Anco^{1,a}, Rocío Serrano-Merma^{1,a}, Diego Stefano Barreto-Salas^{1,a}, Belissa Yuliana Lara-Medina^{2,b}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades

² DIRIS Lima Norte

^a Estudiante de Enfermería

^b Lic. en Enfermería

Información del artículo

Citar como: Fajardo-Pantoja SE, Ramírez-Linares DH, Berrocal-Anco LR, Serrano-Merma R, Barreto-Salas DS, Lara-Medina BY. Anemia en niños atendidos en establecimientos del primer nivel de un distrito de Lima Norte. *Health Care & Global Health*.2019;3(2):86-9. doi: 10.22258/hgh.2019.32.63

Autor corresponsal

Silvia Elena Fajardo-Pantoja
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima 39.
Email: sfajardo-71@hotmail.com

Historial del artículo

Recibido: 11/12/2019
Aprobado: 20/12/2019
En línea: 30/12/2019

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés

Resumen

Objetivos: Describir las características de la anemia en los niños atendidos en los establecimientos del primer nivel de atención. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo basado en una fuente secundaria. La población de estudio estuvo constituida por los niños menores de cinco años atendidos en seis establecimientos de salud del distrito de San Martín de Porres, en Lima Norte. **Resultados:** El análisis se realizó con 1684 niños tamizados menores de cinco años. El 72,8% (n=1226) de los niños resultaron con anemia. El 52,2% (n=879) fueron varones, el 51,8% (n=873) eran del grupo de edad pertenecientes entre 12 a 36 meses. El 48,9% (n=824) tenían anemia moderada y el 23,9% (n=402) anemia leve. Los varones presentaron mayor frecuencia de anemia moderada (p=0,003), la mayor proporción de anemia se presentó entre las edades 12 a 36 meses (p=0,182). En los niños con anemia moderada, una mayor proporción (91,4%) recibieron ≥ 3 dosis de sulfato ferroso, frente al 87,3% en el grupo de anemia leve (p=0,025). La mayor frecuencia de visitas se realizó a los niños con anemia moderada que a los del grupo con anemia leve (p<0,001). **Conclusión:** La frecuencia de anemia en los niños atendidos en los establecimientos del primer nivel de atención es alta. La mayoría se clasifica como anemia moderada y afecta a los niños comprendidos entre 6 a 36 meses de edad. Se recomienda continuar con las visitas domiciliarias para asegurar la continuidad de tratamiento y evitar el abandono.

Palabras claves: Anemia; Niños; Visita domiciliaria; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objectives: Describe the characteristics of anemia among children treated in primary healthcare centers. **Materials and methods:** Descriptive study based on a secondary source. The study population consisted of children under five years of age attended in six primary healthcare centers located in the district of San Martín de Porres, in North of Lima. **Results:** The analysis was performed with 1684 screened children under five years old. Of the sample, 72.8% (n = 1226) of the children resulted in anemia, 52.2% (n = 879) were male, 51.8% (n = 873) were from the age group belonging between 12 to 36 months, 48.9% (n = 824) had moderate anemia and 23.9% (n = 402) mild anemia. Males had a higher frequency of moderate anemia (p = 0.003), the highest proportion of anemia occurred between ages 12 to 36 months (p = 0.182). In children with moderate anemia, a higher proportion (91.4%) received ≥ 3 doses of ferrous sulfate, compared to 87.3% in the mild anemia group (p = 0.025). The highest frequency of visits was performed at children with moderate anemia than those in the group with mild anemia (p <0.001). **Conclusion:** The frequency of anemia in children treated in primary healthcare centers is high. The majority is classified as moderate anemia and affects children between 6 and 36 months of age. It is recommended to continue with home visits to ensure continuity of treatment and avoid abandonment.

Keywords: Anemia; Child; House Calls; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La anemia, es considerada un problema de salud pública tanto en países de bajos, medianos y altos ingresos; tiene un origen multicausal; sin embargo, aproximadamente el 50% de los casos se deben a la deficiencia de hierro⁽¹⁾. A nivel mundial, la prevalencia de la anemia en niños menores de cinco años es del 43%, en la Región de las Américas oscila entre 23 a 33%⁽²⁾. En América Latina, Haití tiene la prevalencia más alta con el 65%, mientras que Costa Rica reporta un 7,6%, la cifra más baja⁽³⁾.

En el Perú, la anemia afecta al 33,3% de los niños menores de seis a 36 meses de edad, pudiendo llegar hasta el 41,4% en el área rural⁽⁴⁾. Entre los lactantes de dos a cinco meses de edad atendidos en los puestos, centros y hospitales de todas las regiones del Perú, el 10,2% presentaron anemia⁽⁵⁾.

A nivel mundial y en el caso peruano, el 50% de las anemias es atribuido a la carencia de hierro y entre los niños de seis a 23 meses, el 90% no alcanza a consumir los niveles recomendados de hierro⁽⁶⁾.

La anemia ferropénica afecta adversamente el desarrollo cognitivo y motor, causa fatiga y baja productividad⁽⁷⁾; también contribuye a la mortalidad infantil, en los niños de los países africanos se encontró que por cada aumento de 1g/dL en hemoglobina, el riesgo de muerte recae en un 24%⁽⁸⁾.

A nivel nacional se ha puesto en marcha un plan para la reducción y control de la anemia materno infantil⁽⁶⁾, y en el ámbito de los establecimientos de Lima Norte se viene realizando esfuerzos para contribuir con la reducción de la anemia. En este contexto, el propósito del estudio fue describir las características de la anemia en los niños atendidos en los establecimientos del primer nivel de atención ubicados en el distrito de San Martín de Porres perteneciente a Lima Norte.

Materiales y métodos

Diseño

El estudio fue descriptivo basado en una fuente secundaria procedente de establecimientos de salud del primer nivel de atención ubicados en el distrito de San Martín de Porres, en Lima Norte.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por 1684 niños menores de cinco años atendidos en seis establecimientos de salud del distrito de San Martín de Porres, pertenecientes a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Norte. Los establecimientos participantes se eligieron por conveniencia, en función a la accesibilidad de la información

por los responsables del área de estadística y enfermería. La muestra fue censal, es decir se incluyó el total de niños atendidos en los seis establecimientos de salud. Se consideró las atenciones realizadas de enero a junio del 2019.

Los criterios de inclusión fueron todos los niños con tamizaje para anemia y registrados en el Sistema de Información HIS.

Variable de estudio

Anemia: Se consideró anemia a los niños que presentaron niveles de hemoglobina (Hb) inferiores a 11g/dL, según la norma nacional⁽⁶⁾.

Procedimientos

Los datos en formato Excel se obtuvieron del área de estadística, producto de la digitación del sistema de información HIS realizado por los servicios asistenciales de cada establecimiento de salud.

Análisis estadístico

Los datos fueron agrupados en tablas de frecuencias, según la presencia o ausencia de anemia, clasificación de anemia, sexo, grupos de edad, administración de hierro y visitas domiciliarias.

Los niveles de anemia se clasificaron en leve y moderada. Se realizó el análisis bivariado con el sexo, grupos de edad en meses, administración de hierro y el número de visitas domiciliarias. Para la respectiva asociación se utilizó el estadístico Chi cuadrado, considerando los valores de $p < 0,05$ como significativos. El procesamiento de datos se realizó con el IBM SPSS Statistics versión 23.

Consideraciones éticas

En el presente estudio se garantizó la confidencialidad y seguridad de los datos. La investigación fue evaluada por el Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades (Acta CEI N° 152-2019).

Resultados

El análisis se realizó con 1684 niños tamizados menores de cinco años. El 72,8% (n=1226) de los niños resultaron con anemia. El 52,2% (n=879) fueron varones, el 51,8% (n=873) eran del grupo de edad pertenecientes entre 12 a 36 meses. El 48,9 % (n=824) tenían anemia moderada y el 23,9% (n=402) anemia leve (Tabla 1).

Los varones presentaron mayor frecuencia de anemia moderada ($p=0,003$), la mayor proporción tanto de anemia leve como anemia moderada se presentó entre las edades

Tabla 1. Características generales y nivel de anemia en niños atendidos en establecimientos de salud del primer nivel del distrito de San Martín de Porres, DIRIS Lima Norte, 2019.

Niños tamizados	n	%
Total	1684	100
Con anemia	1226	72,8
Sin anemia	458	27,2
Sexo		
Femenino	805	47,8
Masculino	879	52,2
Edad (meses)		
< 6	103	6,1
6 a 11	614	36,5
12 a 36	873	51,8
> 36	94	5,6
Clasificación de anemia		
Leve	402	23,9
Moderada	824	48,9
Severa	0	0,0

12 a 36 meses, seguido por las edades de 6 a 11 meses ($p=0,182$). En los niños con anemia moderada, una mayor proporción (91,4%) recibieron ≥ 3 dosis de sulfato ferroso, frente al 87,3% en el grupo de anemia leve ($p=0,025$). La mayor frecuencia de visitas se realizó a los niños con anemia moderada que a los del grupo con anemia leve ($p<0,001$) (Tabla 2).

Discusión

Una alta proporción de niños atendidos resultaron con anemia y la mayoría clasificados como anemia moderada.

El 50% de las anemias se atribuye al déficit de consumo de hierro⁽⁶⁾, y este dato es compatible con las características de la población del presente estudio, los niños proceden de hogares con necesidades básicas insatisfechas, hogares con alta carga familiar o procedentes de hogares monoparentales quienes tienen a sus hijos en guarderías o bajo el cuidado de los familiares o amistades. La anemia en los niños no solamente tiene origen la deficiencia de micronutrientes, también puede deberse a otras condiciones como la parasitosis, que pueden incluso ser la causa más frecuente de anemia⁽⁹⁾.

La anemia moderada estuvo asociada al sexo masculino y en su mayoría perteneciente a edades entre seis a 36 meses. La presencia de anemia en este grupo de edad puede atribuirse a las siguientes razones: Es recién a partir de los seis meses de edad que se realiza el tamizaje para el descarte de anemia y puede ser el reflejo de la anemia en los primeros meses de vida debido al incumplimiento de la lactancia materna exclusiva, que no hayan recibido hierro preventivo o que hayan abandonado dicho suplemento por los efectos secundarios, siendo el estreñimiento el más reportado por las madres.

La incidencia de anemia por deficiencia de hierro es mayor entre los lactantes de nueve a 12 meses, asimismo la lactancia materna prolongada sin fortificación con hierro (OR=5,7) y bajo peso al nacer (OR=6,49) son los factores de riesgo para la anemia severa⁽¹⁰⁾. Pajuelo y col. mencionan que la prevalencia de anemia en el Perú es mayor en los niños menores de 11 meses e hijos de madres adolescentes, los niños de madres sin ningún nivel de instrucción y en los procedentes de hogares pobres⁽¹¹⁾.

Tabla 2. Administración de hierro y visita domiciliaria en niños con anemia atendidos en establecimientos de salud del primer nivel del San Martín de Porres, DIRIS Lima Norte, 2019.

Características	Total		Anemia Leve		Anemia Moderada		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Total	1226	100	402	100	824	100	
Sexo							
Femenino	590	48,1	218	54,2	372	45,1	0,003
Masculino	636	51,9	184	45,8	452	54,9	
Edad (meses)							
< 6	53	4,3	16	4,0	37	4,5	0,182
6 a 11	486	39,6	177	44,0	309	37,5	
12 a 36	611	49,8	185	46,0	426	51,7	
> 36	76	6,2	24	6,0	52	6,3	
Administración de hierro							
< 3 dosis	122	10,0	51	12,7	71	8,6	0,025
≥ 3 dosis	1104	90,0	351	87,3	753	91,4	
N° Visita domiciliaria							
0	39	3,2	15	3,7	24	2,9	< 0,001
1	308	25,1	115	28,6	193	23,4	
2	456	37,2	168	41,8	288	35,0	
3	423	34,5	104	25,9	319	38,7	

Los niños con anemia moderada recibieron mayor cantidad de dosis de sulfato ferroso y de visitas domiciliarias. Este hallazgo indica que los niños con niveles más bajos de hemoglobina recibieron mayor observación, sensibilización a los padres y seguimiento para asegurar la continuidad de tratamiento y evitar el abandono, siendo la visita domiciliaria la principal actividad realizada por los profesionales de salud para dichos propósitos. Un estudio realizado en 29 establecimientos de salud ubicados en tres regiones andinas del Perú, señala que los niños de seis a 35 meses de edad que culminaron la suplementación de micronutrientes, la prevalencia de anemia se redujo de 70,2% a 36,6% ($p < 0,01$), lo que indica que los suplementos de micronutrientes son efectivos para la recuperación de la anemia ⁽¹²⁾. La suplementación con hierro reduce el riesgo de anemia en un 50% y el riesgo de deficiencia de hierro en un 79% ⁽¹³⁾.

La frecuencia de anemia en los niños fue alta; sin embargo, representa solo a los niños que acudieron a los establecimientos de salud y una parte de los niños son

producto de la captación en la comunidad durante la visita domiciliaria que se hacen a los niños que tienen algún factor de riesgo tales como el incumplimiento del calendario de inmunizaciones o los controles de crecimiento y desarrollo, los cuales puede considerarse como una limitación debido a que por tener algún factor de riesgo tienen mayor probabilidad de presentar algún compromiso del estado de salud, entre ellas la desnutrición y anemia.

Conclusión

La frecuencia de anemia en los niños atendidos en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del distrito de San Martín de Porres, es alta. La mayoría se clasifica como anemia moderada y afecta a los niños comprendidos entre los seis a 36 meses de edad. Se recomienda continuar con las visitas domiciliarias para asegurar la continuidad de tratamiento y evitar el abandono.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS) Prevalencia mundial de la anemia, 1993 a 2005 [Internet]. 2008 [cited 2019 Dec 11]. p. 1–2. Disponible en: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_status_summary/es/
2. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Glob Heal*. 2013;1(1):e16–25.
3. Galicia L, Grajeda R, López de Romaña D. Nutrition situation in Latin America and the Caribbean: current scenario, past trends, and data gaps. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Heal*. 2016;40(2):104–13.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 Nacional y Regional (ENDES 2016) [Internet]. Lima, Perú; 2017. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
5. Gómez-Guizado G, Munares-García O. Anemia y estado nutricional en lactantes de dos a cinco meses atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(3):487–93.
6. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico. Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil 2017-2021 [Internet]. Lima, Perú; 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
7. World Health Organization. The Global Prevalence of Anaemia in 2011 [Internet]. World Health Organization. Geneva, Switzerland; 2015. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/
8. Scott SP, Chen-Edinboro LP, Caulfield LE, Murray-Kolb LE. The impact of anemia on child mortality: An updated review. *Nutrients*. 2014;6(12):5915–32.
9. Zavaleta N, Astete-Robilliard L. Effect of anemia on child development: Long-term consequences. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(4):716–22.
10. Joo EY, Kim KY, Kim DH, Lee JE, Kim SK. Iron deficiency anemia in infants and toddlers. *Blood Res*. 2016;51(4):268–73.
11. Pajuelo J, Miranda M, Zamora R. Prevalencia de deficiencia de vitamina A y anemia en niños menores de cinco años de Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2015;32(2):3–9.
12. Munayco C V., Ulloa-Rea ME, Medina-Osis J, Lozano-Revollar CR, Tejada V, Castro-Salazar C, et al. Evaluation of the impact of multiple micronutrient powders on children anemia in three Andean regions in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(2):229–34.
13. Michael Low AF-AB. Effects of daily iron supplementation in primary-school-aged children: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cmaj*. 2013;185(17):1477–8.

Proceso de cuidado de enfermería en adolescente con interrupción de procesos familiares según taxonomía NANDA-NIC-NOC

Nursing care process in a adolescent with interruption of family processes according to taxonomy NANDA-NIC-NOC

Ana Paula Goyzueta^{1,a}, Amelia Inés Faustino-Eufracio^{1,b}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades

^a Bachiller en Enfermería

^b Lic. En Enfermería

Información del artículo

Citar como: Goyzueta AP y Faustino-Eufracio AI. Proceso de cuidado de enfermería en adolescente con interrupción de procesos familiares según taxonomía NANDA-NIC-NOC. Health Care & Global Health. 2019;3(2):90-5. doi: 10.22258/hgh.2019.32.64

Autor corresponsal

Ana Paula Goyzueta de Tomas
Teléfono: 952375609
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima 39 - Perú
Email: apgoyzueta@gmail.com

Historial del artículo

Recibido : 27/11/2019
Aprobado: 20/12/2019
En línea : 30/12/2019

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés

Resumen

El proceso de cuidado de enfermería, permite conocer las vivencias y situaciones de la familia. El presente trabajo describe la valoración, el análisis e interpretación de la situación de un adolescente diagnosticado con interrupción de procesos familiares y posterior planificación, intervención y evaluación. En el campo hospitalario y comunitario se recomienda hacer uso de la taxonomía NANDA NIC-NOC, porque permite comprender el problema de manera holística, desde el plano individual, familiar y el entorno social.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería en el Hogar; Atención de Enfermería, Relaciones Familiares; Adolescente (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

The nursing care process, allows to know the experiences and situations of the family. This paper describes the assessment, analysis and interpretation of the situation of a teenager diagnosed with interruption of family processes and subsequent planning, intervention and evaluation. In the hospital and community field, it is recommended to use the NANDA NIC-NOC taxonomy, because it allows us to understand the problem holistically, from the individual, family and social environment.

Keywords: Home Health Nursing, Nursing Care; Adolescent (Source: MeSH, NLM).



Introducción

El Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE) es una herramienta metodológica, un proceso sistematizado y organizado, basado en el método científico; considerado como proceso por la enfermera norteamericana Lidia E. Hall⁽¹⁾, el cual permite los profesionales de enfermería brindar cuidados integrales al paciente⁽²⁾, a las personas sanas o enfermas, a través de una atención sistematizada y con enfoque integral, con el objetivo de atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales⁽³⁾. Asimismo, el proceso "es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, con el fin de promover unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) eficaces⁽⁴⁾.

La carencia afectiva, es aquella situación en que el desarrollo y maduración de la personalidad del niño(a), se interfiere por la falta de estimulación afectiva. En el ser humano no existe la posibilidad de una maduración correcta sin el calor afectivo del amor. La ausencia de estimulación afectiva por parte de los padres juega un rol relacional afectivo importante ya que provoca la aparición de trastornos no tan solo de la maduración sino también de síntomas clínicos que se expresan en trastornos somáticos, afectivos y conductuales⁽⁵⁾. Dentro de la familia se encuentra dos tipos, la familia funcional y disfuncional; en esta última, se evidencian frecuentemente un bajo nivel de autoestima entre sus miembros, además reflejan posición de estrés o conflicto, aumentando así la tensión en sí mismo; si la familia carece de motivación, manifiesta resistencia al cambio y a la solución del problema⁽⁶⁾.

Estudios han señalado que, en las familias donde uno o ambos padres se ausentan de casa por factores económicos, los niños (as) y adolescentes asumen como referentes de autoridad a los abuelos (as), tíos (as) o hermanos (as)⁽⁷⁾. Entre los integrantes más pequeños, existe la necesidad de recibir apoyo de sus padres; tanto cantidad como calidad de tiempo. En la adolescencia esto cambia, en esta etapa los hijos necesitan calidad y ya no tanto cantidad como cuando eran niños⁽⁸⁾.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es una etapa generadora de cambios muy significativos en la vida del ser humano⁽⁹⁾, cambios que demandarán el apoyo de los padres, la comunidad y los servicios de salud, puesto que son ellos quienes participan en el afrontamiento de las presiones que experimentan los adolescentes en la sociedad⁽¹⁰⁾. En la etapa de la adolescencia, la familia es fundamental; porque debe brindarse educación, afecto, tiempo, experiencias positivas, buen ejemplo y mucho amor, y gracias a esto, permitir el desarrollo de habilidades que necesitan para ser parte de la sociedad; donde los adolescentes asumen responsabilidades y experimentan la sensación de independencia, buscando su identidad⁽¹¹⁾. La familia

es mucho más que resolver las necesidades básicas de los niños, como la alimentación y el vestido, les ayuda a aprender quienes son, desarrollar su personalidad y brindar apoyo emocional. El ambiente en que crecen, define los elementos fundamentales para el resto de su vida⁽¹²⁾.

Hoy en día, para algunos adolescentes es más fácil afrontar los problemas y salir adelante mientras que otros son incapaces y vulnerables a caer en depresión; en ellos está ausente la presencia de proyectos de vida, baja autoestima y en ocasiones el desencanto frente a las expectativas presentes y futuras⁽¹³⁾. Cuando el adolescente recibe el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de su familia y comunidades, dispuestos a contribuir⁽¹¹⁾.

Es importante entonces que la familia se mantenga pendiente del adolescente y le brinde todo lo que su ser holístico necesita⁽¹⁴⁾, aunque no en todos los casos se cumple esta regla, por el contrario, muchos padres de familia, en su quehacer diario dejan de prestar atención al niño(a) y es sustituido por la consola, computadora o televisor y el problema radica en el tiempo que estos niños pasan en los aparatos electrónicos, porque les facilita el acceso a los videojuegos o videos violentos; resultando un niño adicto, poco sociable, agresivo y poco preparado para la vida en la sociedad⁽¹⁵⁾.

En este contexto, el objetivo del presente trabajo es conocer y describir los cuidados de enfermería en un adolescente con Interrupción de procesos familiares según taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Materiales y métodos

Para el desarrollo del caso de estudio, se trabajó y aplicó la taxonomía diagnóstica según NANDA-NIC-NOC, una forma de clasificación de diferentes elementos de acuerdo a sus características comunes.

- Taxonomía NANDA clasifica los diagnósticos enfermeros en dominios, clases y diagnósticos⁽²⁾.
- Taxonomía NOC clasifica los resultados de enfermería en dominios, clases y resultados⁽¹⁶⁾.
- Taxonomía NIC clasifica las intervenciones enfermeras en campos, clases e intervenciones⁽¹⁷⁾.

Se realizó una valoración con enfoque holístico, mediante una entrevista personal, recolectando información desde las relaciones familiares, acontecimientos estresantes, pensamientos y/o sentimientos del adolescente⁽¹⁸⁾. Para el diagnóstico de enfermería se ha usado la taxonomía NANDA, para los resultados (objetivos de la enfermera) la taxonomía NOC, y NIC para las intervenciones.

Se priorizó el diagnóstico: "Interrupción de procesos familiares", relacionado con la ausencia de los padres por factor trabajo, manifestado por cambio de roles familiares.

Se presenta un caso clínico que describe los factores de riesgo de un adolescente, tras la ausencia de los padres en casa por motivos laborales y cuáles son sus desencadenantes a nivel personal, familiar y social. Con la ayuda del PCE, permitirá establecer un plan de cuidados basado en las necesidades del paciente, de manera que esta pueda recuperarse o mejorar del problema real que presenta.

De igual modo, se sugiere tener presente una teoría en enfermería como guía; en casos como este se trabajó con la de Hildegart Peplau y su Modelo de Relaciones Interpersonales, centrandolo los cuidados por intermedio de la relación entre enfermera y paciente, lo que constituye el aspecto más importante en la etapa del adolescente, dónde en una primera fase, no es fácil para ellos explayarse, recordar que ya no son niños, la comunicación no debe ser forzada, de tal modo se conseguirán cumplir con los objetivos y tener resultados favorables.

Etapas del proceso de cuidado de enfermería

El PCE está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación ⁽¹⁹⁾.

A. Valoración

En la Institución Educativa Imperio del Tahuantinsuyo N°3049, en el salón del 3° B de Secundaria, se observa un niño sentado de iniciales RRP, callado y atento a la clase.

A la entrevista con el adolescente refiere: "Tengo buenas calificaciones en el colegio, vivo con mis abuelos paternos y mis dos hermanos, mis papás no viven conmigo, ellos son

agricultores en Huaral, trabajan allá desde hace 2 años, solo los veo los domingos que pueden venir y mis abuelos llegan de trabajar en la tarde o noche. Mis abuelos nos consienten, ellos trabajan en el mercado Los Incas; venden frutas. Yo cuido a mi hermano pequeño, a mis abuelitos yo les llevo su comida al mercado donde venden frutas. Extraño a mis papás, hace dos semanas lloré de impotencia, me preocupo por ellos".

El adolescente se muestra tranquilo, respetuoso, sincero al expresar sus sentimientos y con un tono de voz bajo, responde a las preguntas.

Datos Objetivos: Adolescente de sexo masculino, de 14 años, responde a las iniciales de RRP, residente en el distrito de Independencia.

Al entrevistar a los docentes, respecto al referido adolescente indican: Escolaridad (estudiante inteligente), relaciones sociales (cuenta con Freddy y Allison como amigos cercanos), relaciones familiares (vive con los abuelos y hermanos, padres ausentes por razones laborales, se queda solo con el hermano en casa cuando todos salen, se encarga de las tareas del hogar y de su hermano pequeño, más confianza con la hermana), percepción/auto concepto (le disgusta su baja estatura y realizar trabajos en el biohuerto del colegio), intereses (fútbol, asiste a la iglesia y desea estudiar ciencias de la comunicación), estado de ánimo (tristeza por sus papás que se encuentran lejos), conducta de riesgo (no tiene enamorada pero si tuvo antes, no se observa el consumo de drogas y/o alcohol (Tabla 1).

B. Diagnóstico

Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de

Tabla 1. Organización de datos por Dominios

Dominio 6: Autopercepción		
Clase 2:	Autoestima	El adolescente se muestra tranquilo, respetuoso, sincero al expresar sus sentimientos, con un tono de voz bajo, responde a las preguntas. Le disgusta su baja estatura.
Dominio 7: Rol/Relaciones		
Clase1:	Roles del cuidador	Adolescente se queda solo en casa cuando todos salen, se encarga de las tareas del hogar y de su hermano pequeño. A sus abuelitos les lleva su comida al mercado donde venden frutas.
Clase2:	Relaciones familiares	Adolescente vive con los abuelos y hermanos, padres ausentes por razones laborales hace 2 años, son agricultores en Huaral. Los abuelos llegan de trabajar en la tarde o noche. Más confianza con la hermana.
Dominio 8: Sexualidad		
Clase 1:	Identidad sexual	Adolescente de 14 años, de sexo masculino.
Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés		
Clase 2:	Respuestas de afrontamiento	Adolescente refiere: "Extraño a mis papás, hace dos semanas lloré de impotencia, me preocupo por ellos". Tristeza por sus papás que se encuentran lejos".

salud real o potenciales, que son la base para la selección de intervenciones, y los objetivos que se pretenden alcanzar. En esta etapa, se llega a las conclusiones después del análisis de información obtenida en la valoración, se trata de definir y nombrar el problema o problemas del paciente.

Tipos de Diagnóstico:

- Diagnóstico real o potenciales: Situación o estado clínico que ha sido confirmado con factores relacionados y características definitorias.
- Diagnóstico de riesgo: Situación que puede presentarse a un futuro, solo está presente los factores relacionados.
- Diagnóstico de salud: Manifiesta el deseo y motivación de la persona, familia o comunidad aumentar o mejorar su bienestar.

La estructura del diagnóstico enfermero, es estandarizado a nivel internacional, se presenta como: Etiqueta diagnóstica (Diagnóstico) + factores relacionados o de riesgo (causa) + características definitorias (síntomas y signos), dependiendo del tipo de diagnóstico que se trate ⁽²⁰⁾ (Figura 1).

Lista de diagnósticos encontrados en el adolescente:

1. Riesgo de baja autoestima situacional r/c Alteración de la Imagen corporal (le disgusta su baja estatura) (00153).
2. Cansancio del rol del cuidador r/c Desarrollo de roles e/p se encarga de las tareas del hogar y de su hermano pequeño (00061).
3. Interrupción de los procesos familiares r/c ausencia de los padres por factor trabajo e/p cambio de roles familiares (00060).
4. Ansiedad r/c Procesos familiares e/p Adolescente refiere. "Extraño a mis papás, hace dos semanas lloré de impotencia, me preocupo por ellos" (00146)

Después de realizar el listado de diagnósticos encontrados, sean estos de tipo real o potencial, de riesgo o salud, se priorizan los diagnósticos potenciales o reales ⁽²¹⁾, para luego continuar con los de riesgo o salud, si fuera el caso (Tabla 2).

C. Planificación

Es la tercera etapa del PCE, en la que se expresa los cambios deseados en el paciente a partir de su estado actual (Resultados NOC) y se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas de salud para propiciar la salud (Intervenciones NIC).

El resultado que se espera de los cuidados de enfermería, es lo que se desea lograr con la persona y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en los diagnósticos de enfermería.

Para medir un resultado, NOC se basa en indicadores (signos y síntomas o factores), la conducta o percepción más concreta de una persona, familia o comunidad, los cuales son calificados utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos ⁽¹⁶⁾.

D. Intervención

Es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza el profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente (NOC) según sus diagnósticos. Las intervenciones incluyen cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia o comunidad sea el caso ⁽¹⁷⁾.

E.-Evaluación

Es la última etapa del PCE y se define como la comparación planificada y sistematizada entre los resultados esperados del estado de salud del paciente y los resultados obtenidos después de haber ejecutado los cuidados de enfermería ⁽²⁰⁾.

Discusión

El adolescente tiene como diagnóstico prioritario la interrupción de procesos familiares según taxonomía NANDA-NIC-NOC, elegida por ser uno de los diagnósticos que manifiesta cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar. Los cambios de roles en la familia del adolescente, tienen como origen la ausencia de los padres que por razones laborales tuvieron que ausentarse durante dos años, por esas razones, se manifestaron cambios en la rutina del adolescente.

Sin embargo, se sabe que la familia no solo cumple el rol de satisfacer las necesidades básicas, son ellos los que van a

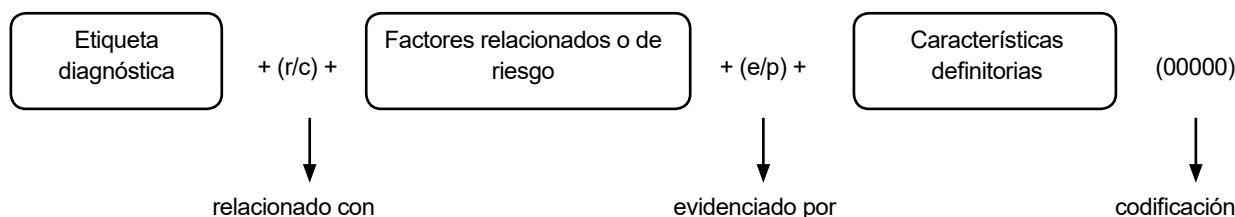


Figura 1. Estructura de diagnóstico en enfermería según taxonomía NANDA.

Tabla 2. Diagnóstico (00060): Interrupción de los procesos familiares r/c padres ausentes por razones laborales e/p cambio de roles familiares.

NOC	Indicador	Escala de medición	Puntuación Diana	NIC	Actividades
Ejecución del rol 01501	Capacidad para cumplir las expectativas del rol 150101	Ligeramente adecuada: 2	Mantener: 2 Aumentar: 5	Fomentar la implicación familiar 7110	<ul style="list-style-type: none"> • Observar la estructura familiar y sus roles. • Identificar la disposición de la familia para implicarse con el adolescente. • Apreciar otros factores de estrés sobre la situación para la familia. • Animar a los miembros de familia a mantener relaciones familiares, según cada caso. • Utilizar una comunicación que le brinde seguridad y confianza a la familia. • Realizar escucha activa al adolescente de todos los factores estresantes. • Animarlo a la manifestación de sus sentimientos y/o emociones. • Explicar a la familia la importancia del crecimiento y desarrollo del adolescente a los abuelos paternos. • Educar sobre la función del adolescente en la escuela • Planificar actividades de rutina donde puedan compartir todos como familia
	Ejecución de las conductas de rol social 150104	Ligeramente adecuada: 2	Mantener: 2 Aumentar: 5		
Dominio: Salud psicosocial				Campo: Salud Psicosocial	
Clase: Estado de salud de los miembros de la familia	Estrategias referidas para el cambio de rol 150111	Ligeramente adecuada: 2	Mantener: 2 Aumentar: 4	Clase: Estado de salud de los miembros de la familia	

01501 : Codificación del Resultado Ejecución del rol
150101 : Codificación de Capacidad para cumplir las expectativas del rol
150104 : Codificación de Ejecución de las conductas de rol social
150111 : Codificación de Estrategias referidas para el cambio de rol
7110 : Codificación de la Intervención Fomentar la implicación familiar

ayudar a los hijos a formar su personalidad y brindar el apoyo emocional que ellos necesitan para que puedan afrontar las situaciones estresantes de la vida. Muchos de los padres y madres se ausentan por motivos laborales; no obstante, cuando se reencuentran pueden estar cerca físicamente de sus hijos y lejos emocionalmente, desencadenando graves efectos en sus hijos, aumentando las tasas de depresión y ansiedad, disminuyendo los niveles de educación y aumentando el riesgo de abandono escolar.

La aplicación de la taxonomía NANDA NIC-NOC, requiere de tiempo necesario para identificar correctamente el problema real y planificar los cuidados a ejecutar. Por otra parte, según NANDA

Enfermería tiene como función llevar a cabo acciones que puedan ayudar a la persona, familia y/o comunidad reducir o mejorar el problema, y esos problemas los encontramos en el ámbito hospitalario, sin embargo el enfermero(a) trabaja desde un enfoque preventivo, logrando que sus

pacientes tomen consciencia de la importancia que es tomar cuidados de sí mismo; revisando la taxonomía NANDA, se puede observar que existe predominio de diagnósticos de enfermería para el campo clínico que para el ámbito comunitario y de salud.

Conclusión

El proceso de cuidado de enfermería, permite conocer las vivencias y situaciones en las que se encuentra el adolescente como el de la familia, recolectando datos e identificando problemas, reales, de riesgo o salud; priorizando un diagnóstico real para poder intervenir de manera oportuna, basado a la realidad de cada familia. En el campo hospitalario y comunitario se recomienda hacer uso de la taxonomía NANDA NIC-NOC, porque permite comprender el problema de manera holística, desde el plano individual, familiar y el entorno social.

Referencias bibliográficas

1. Sansone R. Nursing process. In: *Fundamentals of Nursing Made Incredibly Easy!*: Second Edition. Wolters Kluwer Health Adis (ESP); 2014. p. 4.
2. Clasificación de Diagnósticos Enfermeros NANDA-I 2018-2020 [Internet]. [cited 2019 Nov 27]. Available from: <https://www.salusplay.com/blog/nuevos-diagnosticos-enfermeros-nanda-i-2018-2020/>
3. Salud S DE. Marco normativo NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
4. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero : fomentar el cuidado en colaboración. Masson; 2003. 274 p.
5. Serigó Segarra A. Carencia afectiva. *Salud Ment.* 1970;3(6):11.
6. Libertad P, Barrios P, Salvador DS. La familia Disfuncional Y La Psicopatología En La Población. 2005;06(01):1–19.
7. Marcela D, Zuluaga M, Hincapié NC, Darío N, Carmona M, Hincapié C. Enfrentando la ausencia de los padres. *rev. colomb.cienc.soc* [Vol. 2016;7(1):181–200.
8. Buckanoff M, Chai J, Chen X, Chua PG, Danieli A, Delfino M, et al. La primera infancia importa para cada niño.
9. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2019 Sep 13]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
10. Heredia Ancona MC, Gómez-Maqueo EL. Aprendiendo nuevas estrategias de afrontamiento en la crianza de sus hijos adolescentes. *Rev Educ y Desarro.* 2010;
11. UNICEF. Una etapa fundamental. *Unicef.* 2002;1:44.
12. Emociones y temperamento como elementos trascendentes en la enseñanza [Internet]. [cited 2019 Nov 27]. Available from: <http://www.eumed.net/rev/atlanter/2016/12/temperamento.html>
13. Angelica Natalia Borrero Sanchez SASC. Factores de Resiliencia en Adolescentes 11 a 19 años vulnerables al consumo de sustancias psicoactivas. 2017.
14. Durán Gervilla Mª Dolores Tébar Pérez Beatriz Ochando Korhonen Mª Amparo Martí Chiva Francisco Bueno Cañigral Gonzalo Pin Arboledas Mª Magdalena Cubel Alarcón Mª Rosario Genís Giner AJ, Sanidad Y Consumo C DE. MANUAL DIDÁCTICO para la ESCUELA de PADRES MANUAL DIDÁCTICO para la ESCUELA de PADRES Temas elaborados por: AJUNTAMENT DE VALENCIA.
15. Genis R. Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital. [Internet]. Faros. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu (ed). 2015. 153 p. Available from: <http://faros.hsjsbcn.org/es/system/files/cuaderno-faros-2015-es.pdf>
16. Clasificación completa de resultados de enfermería NOC 2018 (6° edición) [Internet]. [cited 2019 Nov 27]. Available from: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-completa-resultados-enfermeria-noc-2018/>
17. Clasificación completa de intervenciones de enfermería NIC 2018 [Internet]. [cited 2019 Nov 27]. Available from: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-intervenciones-enfermeria-nic-2018/>
18. Lagoueyte G. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Universidad Industrial de Santander [Internet] 2015 [acceso 20 de marzo de 2018]; 47(2): 209-213. *Rev la Univ Ind Santander* [Internet]. 2015;47(2):209–13. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/suis/v47n2/v47n2a13.pdf
19. Fernández Ferrín C. Proceso de Atención de Enfermería. 1990;1–35.
20. Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería.
21. Lenguajes DELOS. El proceso enfermero como herramienta metodológica. Apl los lenguajes Norm NANDA, NOC, NIC [Internet]. 1967; Available from: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/lenguajes_normalizad.pdf

Libre albedrío y la deontología de los operadores de salud

Free will and deontology of health operators

Wilfredo Carcausto^{1,2,a}, Juan Tutuy-Aspauza^{3,b}, Elmer Montañez-Agramonte^{4,c}, Isabel Menacho-Vargas^{2,5,d}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades

² Universidad César Vallejo

³ Universidad Nacional de Educación "Enrique Guzmán y Valle" La Cantuta

⁴ Instituto científico de ozonoterapia, enfermedad de montaña y dolor.

⁵ Universidad Nacional de Cañete

^a Lic. En Filosofía, Doctor en Educación

^b Lic. Sociología, Doctor en Filosofía


^c Médico cirujano, especialista en anestesiología

^d Lic. En Psicología, Doctorado en Administración de la Educación y Gestión Pública y Gobernabilidad.

Información del artículo

Citar como: Carcausto W, Tutuy-Aspauza J, Montañez-Agramonte E y Menacho-Vargas I. Libre albedrío y la deontología de los operadores de salud. *Health Care & Global Health*. 2019;3(2):96-8. doi: 10.22258/hgh.2019.32.65

Autor correspondiente

Wilfredo Carcausto
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima 39 - Perú
Email: w.carcausto@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-3218-871X>

Historial del artículo

Recibido: 06/12/2019
Aprobado: 20/12/2019
En línea: 30/12/2019

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés

Resumen

En los hospitales públicos existe una demanda masiva de los servicios de salud y los trabajadores de diversas especialidades cumplen un rol vital para abastecer tal demanda.

Objetivo: Reflexionar acerca del actuar médico y el libre albedrío. **Método:** revisión bibliográfica narrativa-reflexiva. **Conclusiones:** la acción y decisión humana siempre está condicionada, aunque posee un margen para actuar como le conviene y no como se debe. En los servicios de salud, este margen implica que el médico abandona su compromiso protocolar y actúa de acuerdo a su libre albedrío sin delimitar posibles responsabilidades en las consecuencias que estas podrían tener en los pacientes. El actuar del médico regulado por los protocolos de la medicina y deontología emerge en el paciente una absoluta confianza, por consiguiente, no hay motivo de intervención del comité de vigilancia ética y deontológica, aunque, si fuera lo contrario debería hacerlo.

Palabras claves: Deontología, Humanismo, Libertad (*Fuente: DeCS, BIREME*).

Abstract

In public hospitals there is a massive demand for health services and workers of various specialties play a vital role in supplying such demand. **Objective:** to reflect on medical action and free will. **Method:** narrative-reflexive bibliographic review. **Conclusions:** human action and decision is always conditioned, although it has a margin to act as it should and not as it should. In health services, this margin implies that the doctor abandons his protocol commitment and acts according to his free will without delimiting possible responsibilities in the consequences that these could have on patients. The acting of the doctor regulated by the protocols of medicine and deontology emerges in the patient an absolute confidence, therefore, there is no reason for intervention of the ethical and deontological surveillance committee, although, if it were the opposite, it should do so.

Keywords: Ethical Theory, Humanism, Freedom (Source: MeSH, NLM).



Introducción

En una sociedad civilizada donde se valora la vida, todo aquel elemento que apunta a mantener el bienestar del ser humano es visto como un ente de importancia desde que ya ejerce la práctica del cuidado de la vida y por tanto merece un cierto reconocimiento de los otros componentes sociales. Un ejemplo es la labor del médico que es altamente apreciada y en muchos casos se cree que es sobreestimada. En aquellas sociedades que ponen a la vida del ser humano como eje supra fundamental para el ejercicio de los demás aspectos sociales, el papel que juega un profesional de la salud lo empodera a ser parte de una unidad muy especializada de la sociedad civilizada para el ejercicio estable de todas sus funciones ⁽¹⁾. Por ejemplo, la relevancia social de un médico viene desde épocas muy remotas. Desde la edad antigua y media se sabe muy bien el papel crucial que jugó un médico en la sociedad. Este papel es en parte una figura de responsabilidad desde el hecho que el médico es la persona que ejerce la medicina para curar y prevenir enfermedades en las personas. En la visión clásica, la medicina es el arte de tratar enfermos, en lo posible curarlos o prevenir las enfermedades de las personas, que es aquí donde uno enfrenta el hecho de cómo percibir la acción de un médico como una que viene de un artista que busca la mejor manera de buscar la dual satisfacción: para el mismo y para el paciente.

En la mente de un artista uno percibe la estética como componente principal para llevar a cabo sus actividades artísticas. Cómo integramos los conceptos artísticos que ejerce un médico para aplicar el procedimiento adecuado que conlleva a curar a las personas. Aquí también visualizamos en el horizonte las fronteras de ser un artista o seguir su libre albedrío que muestra cada persona según sus deseos y motivos que a veces se contraponen al deber profesional. En ese sentido es muy importante para la deontología o la disciplina de lo debido, enfrentar aquellas libertades basadas en el deseo de los seres humanos, en los operadores de salud como por ejemplo los médicos ⁽²⁾. Esto conlleva a reevaluar los principios básicos de la deontología que rigen en los profesionales de salud en una sociedad que ha sido construida en virtud a la valoración permanente de la vida y sobretodo de mantener intacto la potestad de las personas de actuar según quieran y consideren. Entonces aquí entramos a plantear intentos por delimitar las fronteras que separan el libre albedrío y el deber profesional.

Si bien es cierto, cada ser humano tiene el derecho a la libertad de hacer lo que se debe, así como a su libre albedrío, entonces emerge la pregunta: ¿Cuál es la frontera que separa el libre albedrío de la responsabilidad en el profesional médico? Existe tal frontera o es que se ha desvanecido a lo largo del tiempo a medida que evolucionan las sociedades y desde ya pareciera que el actuar por deseo se viene imponiendo a la obligación y responsabilidad médica. ¿Cómo puede percibir el paciente que el profesional de salud ha sobrepasado esta delgada línea que separa la responsabilidad profesional con

las libertades manejadas por un conjunto de motivos y deseos que yacen en el interior de cada uno de nosotros? Es también imprescindible tocar el punto que define la deontología como disciplina que rige el comportamiento del profesional en su sociedad. Es muy posible que en nuestros tiempos donde impera la tecnología y la automatización se observe un divorcio entre el concepto de la deontología y el ejercicio profesional médico. Nos preguntamos: ¿Está el libre albedrío en cierta forma fusionado con las habilidades profesionales? Si esto es así, entonces es muy difícil discutir por separado lo debido y lo deseado por los profesionales.

En la segunda parte de este trabajo se revisa y reflexiona algunas implicancias de la praxis del profesional médico en el paciente.

Una mirada hacia el acto médico

En su reciente trabajo Carel y Kidd ⁽³⁾, argumentan de manera frontal la relevancia de la carga psicológica que enfrenta un profesional de salud en las atenciones y que podrían estas a estar relacionadas con la mala praxis de la profesión (Ejemplo: complicación quirúrgica o de una exploración, error en una prescripción farmacológica) o de una omisión (Ejemplo: no haber hecho el diagnóstico a tiempo) ⁽⁴⁾. Estos autores destacan desde la perspectiva filosófica la inquietud de las nuevas generaciones en la definición de nuevas corrientes filosóficas de la medicina y las ciencias de la salud girando en torno al usuario de los servicios de salud, lo que las ciencias sociales destacan desde tiempos remotos: la relevancia social del profesional de medicina y su crucial papel en las modernas sociedades. Claramente aquí existen dos cuestiones: (a) la concepción de la práctica médica y los usuarios, y (b) la metodología de la práctica médica que puede estar ligado a los conocimientos netamente de la profesión, así como al libre albedrío o capacidad de hacer lo que le conviene condicionada por factores internos y externas al agente ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾, el cual no necesariamente es regulado, tampoco es evidente el espacio donde el albedrío médico se asocia a la práctica médica.

Es muy importante notar que no se está analizando las capacidades del profesional, tampoco el impacto social de su presencia en una sociedad progresista que camina en paralelo con el vertiginoso avance de las tecnologías. Lo que aquí destacamos es la confluencia de la labor profesional y el libre albedrío: ¿quién sobrepasa a quién? el querer personal o el valorar la profesión. Desde la perspectiva de Watson, una persona posee un sistema valorativo que consiste en un conjunto de creencias sobre lo que es bueno, y cuyo origen se encuentra en su razón. Asimismo, posee un sistema motivacional, con origen en su apetito, y que consiste en un conjunto de deseos y motivos de otra índole ⁽⁷⁾. Es decir, las capacidades de valorar y querer son inherentes a la condición humana que influyen a obrar en una u otra dirección.

En la tabla 1 se muestra el actuar médico según los protocolos, normas de la medicina, la deontología y el actuar médico guiado por su ojo clínico.

Tabla 1. El libre albedrío y la deontología profesional en el actuar médico.

Ítem	Médico	Comité de vigilancia ética y deontológica
a	El médico sigue los protocolos de la medicina y la deontología de la profesión.	No interviene
b	El médico sigue su intuición por su "ojo clínico" y sobrevalora su capacidad para curar.	Debería intervenir

Los dos ítems presentados encierran la confrontación tácita del libre albedrío que se apega más al lado de las libertades del médico como individuo que como profesional que contempla la práctica del humanismo y los enlaces de comunicación humana con los pacientes. El ítem (a) destaca la labor del médico en el plano de los protocolos y las normas éticas y es aquí donde se concentran la mayor cantidad de casos que podría dar lugar a la fluida prestación de los servicios de salud donde los operadores asumen máxima continuidad de aquellos servicios y que conlleva a la reivindicación del paciente como prioridad absoluta en los servicios dejando de lado la percepción personal del médico y los protocolos asociados a la práctica de la medicina. El ítem (b) abre una brecha de lo que uno podría esperar en el otro vértice de esta confrontación: la sobre-valoración de las capacidades del profesional de medicina y el riesgo que podría producir en la práctica de su profesión

Referencias bibliográficas

1. Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2015; 33(3): 414-424.
2. Deontología. Deontología profesional. [Internet]. [citado 2019 Nov 10] Disponible en: <http://www.deontologia.org/deontologia-del-profesional/>
3. Havi Carel, Ian James Kidd, "Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis", *Medicine, Health Care and Philosophy* November 2014, Volume 17, Issue 4, pp 529-540
4. Vera Carrasco O. Cómo prevenir presuntas demandas de mala praxis médica. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2016 [citado 2019 Dic 17]; 22(2): 60-69. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000200011&lng=es.
5. Audi R. *Diccionario Akal de Filosofía*. Cambridge University Press, Madrid España, 1999.
6. Kane, D. 2002a. "Introduction: The Contours of Contemporary Free Will Debates". En *The Oxford Handbook of Free Will*, ed. R. Kane, 3-41. Nueva York: Oxford University Press.
7. Watson, G. 1975. "Free Agency". *The Journal of Philosophy* 72: 205-20.

al abandonar los protocolos, normas y guías de práctica clínica que suponen debería permanecer de manera continua en la psicología del profesional médico. En esta disyuntiva claramente se observa que se está introduciendo el punto que podría definir posibles conflictos entre el paciente y el médico, generando desconfianzas en ambas partes o reclamaciones éticas y judiciales del paciente como consecuencia del daño físico o moral del acto médico (4). Este ítem es avalado con las actuales carencias de los esquemas evaluativos de salud en hospitales públicos de las grandes urbes. Aquí uno podría argumentar que existe una debilidad en los aparatos de salud pública que cautelan el cuidado del paciente aún en los casos de mínimo riesgo.

Conclusión

La acción y decisión humana siempre está condicionada, aunque posee un margen para actuar como le conviene y no como se debe. En los servicios de salud este margen implica que el médico abandona su compromiso protocolar y actúa de acuerdo a su libre albedrío sin delimitar posibles responsabilidades en las consecuencias que estas podrían tener en los pacientes.

El actuar del médico regulado por los protocolos de la medicina y deontología emerge en el paciente una absoluta confianza, por consiguiente, no hay motivo de intervención del comité de vigilancia ética y deontológica, aunque, si fuera lo contrario debería hacerlo.