

Colegio Sonorense de Enfermeras A.C



UNIÓN
ESTUDIO
SUPERACIÓN



VOCES DE ENFERMERÍA

Número I
Abril 2025

Colegio Sonorense de Enfermeras

EDITOR EN JEFE

Dra. María Olga Quintana Zavala

COEDITORES

EECI. Fabian Uriel Mendoza Valenzuela

EGDE. Ana Lucia Montijo Arreola

COMITE CIENTIFICO

Dr. Luis Arturo Pacheco Pérez

Dra. Claudia Figueroa Ibarra

Dr. Julio Alfredo García Puga

Dra. Elisa Rosas Cervantes

EECI. Maximiliano Cortes Hernández

Dra. Julia Estrella Munguía Nolan

Dra. Paola Alexandra Zepeda Ríos

Dra. Marcela Padilla Languré

EGDE. Carolina Angelica Soto Coronado

M.Ed. María del Carmen Valle Figueroa

Colegio Sonorense de Enfermeras

EDITOR DE LA REVISTA

Dra. María Olga Quintana Zavala

COEDITORES

EECI. Fabian Uriel Mendoza Valenzuela

EGDE. Ana Lucia Montijo Arreola

PRESIDENTA

Dra. Karina Hernández Flores

VICEPRESIDENTA

ASE. Ana Elisa Meléndez Díaz

SECRETARIA GENERAL

Dra. Elba V. Román Román

PROSECRETARIA

Dra. Estefani Vanessa Lovio Córdova

TESORERO

E.G. Javier Ignacio Benites Ortiz

PROTESORERO

Lic. Adriana Pérez Picos

SECRETARIA DEL EXTERIOR

Lic. Marta Lucia Castillo Torres

PROSECRETARIA DEL EXTERIOR

Mtra. Ana Guadalepe Lozada Saavedra

PRIMERA VOCAL

Mtra. Blanca Iris Villegas García

SEGUNDA VOCAL

Lic. Miguel Angel Mejia Escamilla

TERCERA VOCALL

ASE. Emma Guzmán Olivas

CUARTA VOCAL

Lic. Dulce Ma. Fontes Carrillo

QUINTA VOCAL

Mtra. Irma Dena Villa Núñez



Mensaje de bienvenida

El Colegio Sonorense de Enfermeras A.C, comprometido con el crecimiento y fortalecimiento de nuestra ciencia, se enorgullece en presentar su nueva revista electrónica de divulgación. Este proyecto tiene como objetivo principal la accesibilidad al conocimiento especializado y actualizado en temas relacionados con la práctica profesional, la educación, gestión e investigación en enfermería, la cual puede incluir a toda una comunidad conformada por estudiantes, enfermeros, profesionales de la salud y público en general.

Con esta iniciativa, buscamos impulsar el conocimiento y con ello contribuir al desarrollo progresivo de la enfermería. Les damos la más cordial bienvenida y los invitamos a la lectura de la primera edición de nuestra revista electrónica, también, el Colegio invita a todas y todos los agremiados a compartir sus experiencias dentro de las diversas secciones que integran esta publicación semestral de nuestra edición electrónica.

ÍNDICE

Mensaje de bienvenida

Colegio Sonorense de Enfermeras A.C

Artículos

Página

1

ATENCIÓN PRENATAL EN EMBARAZADAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

EDGE. Ana Lucia Montijo Arriola

01

2

EL DUELO AMBIGUO Y LA CARGA EMOCIONAL NO RECONOCIDA EN MADRES DE PERSONAS DESAPARECIDAS

EECI. Fabian Uriel Mendoza Valenzuela

07

3

DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA: ADAPTACIÓN CULTURAL DE UNA INTERVENCIÓN PARA PREVENIR LA OBESIDAD INFANTIL EN EL NOROESTE DE MÉXICO

Dra. Paola Alexandra Zepeda Ríos

13

4

REFLEXIONES SOBRE EL DESARROLLO DEL CUIDADO AVANZADO EN ENFERMERÍA: UN ENSAYO INTERNACIONAL Y NACIONAL

EECI. Karina Trinidad López Cota

16

Entrevista

5

HISTORIAS QUE DEJAN HUELLA

Emma Guzmán Olivas

21

Información general

6

ACONTECIMIENTOS

Convenio de colaboración

27

7

INFORME DE ACTIVIDADES

Periodo 2024

28

ATENCIÓN PRENATAL EN EMBARAZADAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

EDGE. Ana Lucia Montijo Arriola

<https://orcid.org/0009-0001-1720-8081>

Universidad de Sonora. Dpto. Enfermería, Hmo.

Contacto: analucia.montijo@unison.mx



RESUMEN

Introducción: El consumo de sustancias psicoactivas se presenta en todos los grupos sociales, siendo las mujeres quienes tienen mayores tasas de consumo así como de afectaciones a la salud; además, existen situaciones que denotan la incompatibilidad de esta práctica con los roles de género asignados a la mujer, por ejemplo, la maternidad. Camino que suele transitarse en soledad y contrariedad con lo establecido por las instituciones de salud para el recibimiento de la atención prenatal.

Desarrollo:

La Organización Mundial de la Salud recomienda que los profesionales deben indagar sobre esta práctica durante el embarazo, considerando que esto puede ser el resultado de una combinación de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales. Para lograrlo, se debe considerar lo establecido en la perspectiva legal de México, la cual establece que toda mujer sin distinción alguna debe recibir como mínimo 5 consultas prenatales, en donde además de

explorar aspectos biológicos y de riesgo, se promuevan estilos de vida saludable. Pese a lo ideales de atención, la realidad que enfrentan las mujeres consumidoras durante el ejercicio de la maternidad es abismalmente distinto.

Conclusiones:

Las mujeres consumidoras enfrentan el peso de ser juzgadas en distintos sentidos, incluso hay quienes consideran que no deberían tener este derecho ya que su cuerpo no es apto para traer hijos sanos al mundo.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC), en 2021 más de 296 millones de personas eran consumidoras de sustancias psicoactivas. Esta situación se presenta en todos los grupos sociales, el tipo y frecuencia de consumo suele depender de cuestiones económicas y culturales, en grupos económicamente vulnerables hay mayor incidencia de sustancias de bajo costo como la marihuana, el cristal y los inhalantes; mientras que en grupos económicamente más estables la cocaína y la heroína. (1)

Inicialmente esta práctica puede no concebirse como problemática sin embargo, dependiendo de la trayectoria de consumo, la persona comienza a presentar cambios en la estructura y función cerebral que provocan alteraciones en el juicio, en la capacidad de entendimiento y en la toma de decisiones (2).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), esta práctica es más común en jóvenes entre los 10 y 24 años, de ellos, los hombres sobre las mujeres tienen mayores tasas de consumo; sin embargo, las problemáticas biológicas, psicológicas y sociales en salud relacionadas destacan la figura de la mujer como la más afectada (3). En cuanto a las biológicas se encuentran enfermedades de transmisión sexual y anemia; dentro de las psicológicas la ansiedad y la depresión, por último, en las sociales se presentan la estigmatización y discriminación, mismas que potencian las barreras de atención y que son consecuencia del miedo al juicio, trato negativo y desconfianza en el sistema de salud (4).

Además de las múltiples problemáticas en salud relacionadas, existen situaciones especiales que denotan la incompatibilidad de esta práctica con los roles de género asignados a la mujer, por ejemplo, la maternidad. Camino que suele transitarse en soledad y contrariedad con lo establecido por las instituciones de salud para el recibimiento de la atención prenatal.

DESARROLLO

Embarazo y consumo de sustancias psicoactivas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los profesionales deben indagar lo antes posible sobre el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo (5), por lo que es importante contemplar que este puede ser el resultado de una combinación de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, a continuación se reportan las principales asociaciones.

Factores biológicos: Se ha encontrado mayor prevalencia en mujeres dentro del rango de edad desde los 15 hasta los 35 años (5-9), raza negra o hispana (10,11), primer trimestre de embarazo (11,12), internamiento previo de emergencia (12) y en aquellas que padecían alguna enfermedad crónica como diabetes (9).

Factores psicológicos: Se ha identificado mayor prevalencia en mujeres con trastornos del ánimo como depresión, ansiedad o ideación suicida (8,9,13,14,15); percepción negativa del embarazo y baja autoestima, esto asociado con la idea de que era un periodo con menor número de oportunidades pero con mayores experiencias de tristeza; irritabilidad y descontento (16-18).

Factores sociales: Se ha señalado mayor prevalencia en mujeres que tienen un nivel educativo bajo (8,21) pertenecen a un nivel socioeconómico pobre (5,7,19), han sufrido abandono de pareja (13), coexisten en un entorno social consumidor (especialmente la pareja y familia) (16-20) y reciben poco apoyo social (17-21).

Atención prenatal, el deber ser

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la atención prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (22). Desde la perspectiva legal en México, la Ley General de Salud en su artículo 61 reconoce la importancia de este y establece acciones específicas para guiar el proceso de atención (23).

Además, la Norma Oficial Mexicana 007 señala que toda mujer sin distinción alguna debe recibir como mínimo 5 consultas prenatales, en donde además de explorar aspectos biológicos, se detecten factores de riesgo y se promuevan estilos de vida saludable (24).

Por otra parte, la OMS a través de sus recomendaciones sobre atención prenatal, ha señalado que la experiencia que tenga una mujer durante este proceso es esencial para mejorar su calidad de vida y la de sus hijos (25). Sin embargo; se ha observado un vacío legal y científico que dificulta su inclusión dentro de las instituciones, tal es el

caso del incumplimiento universal del derecho a la salud, la falta de datos crudos que evidencien la situación actual sobre el embarazo y consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional y local, así como la nula o poca evidencia respecto a estrategias, protocolos, programas o políticas de atención que busquen darle respuesta a esta situación (26,27).

Atención prenatal, la realidad de las mujeres consumidoras

Pese a lo ideales de atención antes mencionados, la realidad que enfrentan las mujeres consumidoras durante el ejercicio de la maternidad es abismalmente distinto. En el contexto Hermosillense, la falta de espacios para brindar atención es un hecho, esto no hace referencia a la falta de espacios físicos, sino más bien al manejo actual de los mismos; ya que si bien existen clínicas especializadas en adicciones, en su mayoría operan bajo el mandato prohibicionista, lo cual dificulta y no concibe el ingreso de mujeres embarazadas en sus programas de atención.

Los protocolos de ingreso a las clínicas de rehabilitación niegan desde un primer momento la posibilidad de atención, ya que cuando una mujer llega, se le realizan varias pruebas de laboratorio, entre ellas la de embarazo. Si es el resultado es positivo, se detiene el proceso y la mujer retorna a su hogar.

ATENCIÓN PRENATAL EN EMBARAZADAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

No admitimos embarazadas, ya hemos tenido pero es mucho riesgo. Muchos cuidados, las instituciones se ponen en riesgo... (César, director de una clínica de rehabilitación, Hermosillo).

Pero existen panoramas mucho más complicados, en este sentido, se menciona que también existen instituciones que brindan apoyo a mujeres embarazadas en situaciones de vulnerabilidad, por ejemplo, aquellas que por motivos personales, económicos o de otra índole, no cuentan con un hogar. El protocolo de ingreso es similar, se realizan varios estudios y laboratorios, entre ellos un antidoping, el cual, de arrojar un resultado positivo, imposibilita la estancia de la mujer. Es importante señalar, que si tienen menos de 15 semanas de gestación se les permite quedarse, pero al cumplirlas, deben decidir entre estas dos opciones: 1) egresar sin tratamiento, o 2) ser remitidas a una clínica de rehabilitación.

Cualquiera que sea la decisión, deja a la mujer en una situación desfavorable, ya que se destaca el antecedente de que no cuenta con un hogar pero a la vez, de que pareciera que las instituciones de apoyo desconocen los protocolos de ingreso.

Es difícil pero no podemos hacer más, les ofrecemos otro apoyo como ropita o pañales... (Laura, director de una institución de apoyo, Hermosillo).

Por último, es importante señalar que estos dos panoramas son parteaguas para la resistencia a la atención que las mujeres han desarrollado. Por una parte, se destacan los relatos que indican el nulo apego al control prenatal a causa de sentimientos como el miedo y la vergüenza de ser llamadas “malas madres, y que por tanto, favorecen la aparición de escenarios en donde las mujeres solamente acuden al hospital en el momento del parto.

Fui cuando yo estuve, cuando...sentí el dolor y le avisaron a mi familia y me llevaron al hospital (Paulina, Hermosillo)

También, hay mujeres que optan por negar el consumo y que incluso, han podido acudir a una cita haciendo pasar esta situación como desapercibida.

No, no se dan cuenta. Incluso se puede ir drogado y no se dan cuenta. Tal vez, es que...muchas veces, recuerdo que cuando tenía los cinco meses del primero fui a consultas dos veces a urgencias, porque ya era cuando sabía, pues. Eh... y, yo iba marihuana y... con presión alta así y nunca, nunca me lo detectaron... (Andrea, Hermosillo)

Cualquiera de las dos situaciones las orilla a transitar un embarazo muy alejado de los estándares propuestos, y por tanto, haciéndolas a ellas y sus hijos más vulnerables de sufrir consecuencias negativas de salud.

CONCLUSIONES

Las mujeres enfrentan el peso de ser juzgadas en distintos sentidos, en primer lugar desde la trasgresión del rol de género, específicamente, su función como madre. Socialmente, hay quienes consideran que no deberían tener este derecho ya que su cuerpo no es apto para traer hijos sanos al mundo y por ende, cualquier complicación del nacimiento, será atribuida a esta “mala práctica”.

Por último, hondar en la exploración de esta situación, podría resultar valioso por distintas razones. En primer lugar porque permitiría conocer como los contextos de las mujeres influyen o interactúan en aspectos relacionados con la salud, también podría ayudar a identificar las desigualdades económicas, sociales o culturales percibidas relacionadas con la atención, y por último; podría propiciar la formulación de estrategias, programas, protocolos o políticas que mejoren la calidad de vida y el estado de salud de las mujeres y sus hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Informe mundial sobre las drogas. [Internet]. 2023 [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2023-de-unodc-advierde-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicitas-siguen-expandiendose.html>
2. Gobierno de México. 35.6 millones de personas en México han recibido servicios de prevención y atención en adicciones. [Internet]. 2023 [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/35-6-millones-de-personas-en-mexico-han-recibido-servicios-de-prevencion-y-atencion-en-adicciones-340666?idiom=es>
3. Gobierno de México. Expertos analizaron las problemáticas del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres. [Internet]. 2023 [citado el 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccij/articulos/expertos-analizaron-las-problematicas-del-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-las-mujeres-330840>
4. Pérez-López J. Embarazo y drogodependencia. Actuación en atención primaria. Revista Medicina Integral [Internet]. 2002 [citado el 15 de noviembre de 2023];39(3):110-120. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-embarazo-drogodependencia-actuacion-atencion-primaria-13028066#:~:text=Otros%20efectos,un%20alto%20riesgo%20de%20sepsis>
5. Bertani A, Erico S, Godoy I. Uso dual y policonsumo de productos de tabaco en una muestra de fumadoras embarazadas: un estudio transversal. Revista de salud materno infantil [Internet]. 2023 [citado 15 nov 2023];27: 1616-1620. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-023-03698-1>
6. Jarlenski M, Krannsb E, Chen Q, Rothenberger S, Cartus A, Zivin K, et al. Trastornos por uso de sustancias y riesgo de morbilidad materna grave en los estados unidos. Revista ScienceDirect [Internet]. 2020 [citado 15 nov 2023];216:108236. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871620304014>
7. Alamneh A, Endris B, Gebreyesus S. Consumo de cafeína, alcohol, khat y tabaco durante el embarazo en Butajira, Etiopía centro-sur. Revista PLoS One [Internet]. 2020 [citado el 15 de noviembre de 2023];15(5):e0232712. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0232712>
8. Shmulewitz D, Hasin D. Factores de riesgo para el consumo de alcohol entre mujeres embarazadas de 15 a 44 años en los Estados Unidos, 2002 a 2017. Revista Prev Med [Internet]. 2019;124:75–83. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743519301665>
9. Guimarães V, Fernandes K, Lucchese R, Vera I, Martins BCT, Amorim TA de, et al. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool durante a gestação em uma maternidade de Goiás, Brasil Central. Revista Cien Saude Colet [Internet]. 2018 [citado el 15 de noviembre de 2023];23(10):3413–20. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fXvxYcwnF7mPN566bTVYmt/?lang=pt>
10. Osei-Poku G, Prentice J, Peeler M, Bernstein S, Iverson R, Schiff D. Riesgo de morbilidad materna grave en mujeres que dan a luz con un trastorno por consumo de opioides [Internet]. 2023 [citado el 15 de noviembre de 2023];33(5):524–31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1049386723001196>
11. Bakhireva L, Shrestha S, Garrison L, Leeman L, Rayburn W, Stephen J. Prevalencia del consumo de alcohol en mujeres embarazadas con trastorno por uso de sustancias [Internet]. 2018 [citado el 15 de noviembre de 2023];187:305–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.02.025>
12. Page K, Murray-Kreza C, Leeman L, Carmody M, Stephen JM, Bakhireva L. Prevalencia del consumo de marihuana en mujeres embarazadas con trastorno por consumo concurrente de opioides o consumo de alcohol durante el embarazo. Revista Addict Sci Clin Pract [Internet]. 2022 [citado el 15 de noviembre de 2023];17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13722-021-00285-z>

13. Fletcher O, May P, Seedat S, Sikkema K, Watt M. Actitudes hacia el consumo de alcohol durante el embarazo entre mujeres reclutadas en lugares donde se sirve alcohol en Ciudad del Cabo, Sudáfrica: un estudio de métodos mixtos. *Revista Soc Sci Med* [Internet]. 2018 [citado el 15 de noviembre de 2023];215:98–106. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361830491X>
14. Goodwin R, Zhu J, Heisler Z, Metz T, Wyka K, Wu M, et al. Consumo de cannabis durante el embarazo en Estados Unidos: el papel de la depresión [Internet]. 2020 [citado el 15 de noviembre de 2023];210(107881):107881. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871620300466>
15. Reitan T. Patrones de policonsumo de drogas entre embarazadas toxicómanas. *Revista de estudios nordico sobre alcohol y drogas* [Internet]. 2017 [citado el 15 de noviembre de 2023];34(2):145–59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1455072516687256>
16. Brown Q, Shmulewitz D, Sarvet A, Young-Wolff K, Howard T, Hasin D. Consumo de cannabis, trastorno por consumo de cannabis y trastornos de salud mental entre mujeres embarazadas y en posparto en los EE. UU: un estudio representativo a nivel nacional *Revista Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2023 [citado el 15 de noviembre de 2023];248(109940):109940. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871623001783>
17. Martinelli JL, Germano CMR, de Avó LR da S, Fontanella BJB, Melo DG. Consumo de alcohol durante el embarazo en Brasil: elementos de un enfoque interpretativo. *Revista investigación cualitativa* [Internet]. 2021 [citado el 15 de noviembre de 2023];31(11):2123–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/10497323211023443>
18. Anderson A, Hure A, Kay-Lambkin F, Loxton D. Percepciones de las mujeres sobre la información sobre el consumo de alcohol durante el embarazo: un estudio cualitativo. *Revista BMC salud pública* [Internet]. 2014 [citado el 15 de noviembre de 2023];14(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-1048>
19. Fetene MT, Teji K, Assefa N, Bayih WA, Tsehaye G, Hailemeskel HS. Magnitud y factores asociados del consumo de sustancias entre mujeres embarazadas que asisten a atención prenatal en hospitales públicos del este de Etiopía. *Revista BMC Psiquiatría* [Internet]. 2021 [citado el 15 de noviembre de 2023];21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03078-5>
20. Paterno M, Low M, Gubrium A, Sanger K. Madres y mentoras: explorando la adicción y la recuperación perinatal a través de la narración digital. *Revista investigación cualitativa* [Internet]. 2019 [citado el 15 de noviembre de 2023];29(4):545–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732318777474>
21. Tesfaye G, Demlew D, G/tadik M, Habte F, Molla G, Kifle Y, et al. Prevalencia y factores asociados del consumo de alcohol entre mujeres embarazadas que asisten a atención prenatal en hospitales públicos Addis Abeba, Etiopía, 2019. *Revista BMC psiquiatría* [Internet]. 2020 [citado el 15 de noviembre de 2023];20(1):1–10. Disponible en: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02747-1>
22. Instituto Nacional de Salud Pública. Boletín de información científica para el cuidado en enfermería. [Internet]. 2006 [citado 28 ago 2024]. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/icce_04.pdf
23. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud. [Internet]. 2024 [citado 29 abr 2024]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
24. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. [Internet]. 2016 [citado 28 ago 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
25. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [Internet]. 2016. [citado 28 ago 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf?sequence=1>
26. Brown C, Stewart SH. Reducción de daños para mujeres en tratamiento por problemas de consumo de alcohol: exploración del impacto del discurso dominante sobre. *Revista investigación cualitativa* [Internet]. 2021 [citado el 15 de noviembre de 2023];31(1):54–69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732320954396>
27. Marquez T, Rivera-Fierro A, Rieke-Campoy K, Fuerte E, Tizoc-Marquez A, Rivera-Fierro K, et al. Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: desafíos y oportunidades. *Revista Ra Ximhai* [Internet]. 2017 [citado el 27 de noviembre de 2023];13(2):39–51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510003.pdf>

EL DUELO AMBIGUO Y LA CARGA EMOCIONAL NO RECONOCIDA EN MADRES DE PERSONAS DESAPARECIDAS

EECI. Fabian Uriel Mendoza Valenzuela
<https://orcid.org/0009-0001-1720-8081>
Hospital ISSSTE Dr. Fernando Ocaranza
Universidad de Sonora. Dpto. Enfermería, Hmo.
Contacto: fabian.mendoza@unison.mx



RESUMEN

Introducción: El fenómeno social de desapariciones en México ha tenido un aumento estadístico en la última década. Las familias, víctimas directas de la desaparición, se enfrentan a un constante sufrimiento que se caracteriza de incertidumbre lo que complica el proceso de duelo ante esta situación.

Desarrollo:

Pauline Boss introdujo el concepto de pérdida ambigua el cual hace referencia a la pérdida en donde no se tiene una claridad e información precisa sobre el estado de salud de un ser querido, generando un profundo estado de incertidumbre. Esta situación es única, debido a que no permite a los familiares realizar rituales fúnebres (en caso de fallecimiento), que permitan el cierre del proceso de duelo, lo cual conlleva un pesar prolongado y complicaciones psicoemocionales. Esta mezcla de emociones, que incluyen la tristeza, el pesar, la culpa y la ansiedad, vuelven una experiencia devastadora para las madres que lo viven, ya que este “coctel emocional” puede encaminar

a un estado crónico de estrés, que al paso del tiempo repercutirá en la salud física y mental de las madres que lo experimentan.

Conclusiones:

La carga emocional no reconocida y la invisibilidad de las madres de personas desaparecidas, está estrechamente relacionada con el concepto de pérdida ambigua. Por lo que es necesario la implementación de programas enfocados al apoyo psicológico, emocional y social que reconozcan la naturaleza del duelo y pérdida ambigua.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno social de desapariciones en México ha tenido un aumento estadístico exponencial en la última década, esto con lo reportado por el Registro Nacional de Personas Desaparecidas y No localizadas (RNPDL), se ha tenido un 40% más de casos registrados de personas desaparecidas en el país. Las causas de origen son diversas, aunque la desaparición forzada ocupa el número uno en la actualidad. (1)

Lo anterior refleja un contexto de violencia y violaciones de derechos humanos derivado de esta crisis, lo cual impacta gravemente a las víctimas y sus seres queridos. Las familias, víctimas directas de la desaparición, se enfrentan a un constante sufrimiento que se caracteriza de incertidumbre por el desconocimiento del paradero o estado de salud de su familiar y la falta de redes de apoyo tanto sociales como institucionales, lo que complica el proceso de duelo ante esta situación.

Este escenario no solo genera incertidumbre o angustia ante la desinformación, también emerge un estado de confusión e intranquilidad, ya que los familiares y seres queridos experimentan una pérdida que no podría definirse claramente como vivo o muerto, agravando el dolor emocional y complicando aún más el proceso de duelo. (2-3)

Este estado constante de incertidumbre se relaciona de forma directa con el concepto de pérdida ambigua, descrito por la Dra. Boss, quien lo define como aquella pérdida caracterizada por la falta de claridad o cierre definitivo, dejando en los seres queridos una incertidumbre prolongada. Esta pérdida ambigua se relaciona profundamente con la experiencia que viven las familias de personas desaparecidas, ya que como la autora lo detalla, la incertidumbre se prolonga en el proceso de búsqueda, en donde no se tiene la presencia física de la persona, pero en la mente y corazón de sus allegados, el recuerdo se mantiene vivo y con la esperanza de verlos algún día. (4)

Del círculo de seres queridos, las madres son las que experimentan aún con más repercusiones la desaparición de sus hijos, teniendo un impacto significativo en su salud psicoemocional, siendo las principales afectadas por el desarrollo de un duelo ambiguo. (5)

DESARROLLO

La pérdida ambigua como precursor de un duelo ambiguo

Pauline Boss, profesora en ciencias sociales de la familia en la Universidad de Minnesota, introdujo el concepto de pérdida ambigua en la década de 1970, la cual hace referencia a la pérdida en donde no se tiene una claridad e información precisa sobre el estado de salud de un ser querido, generando un profundo estado de incertidumbre. Este fenómeno es relevante en el contexto de las desapariciones que México presenta en la actualidad, ya que las familias víctimas de esta crisis social, quedan sumergidas en un ciclo de espera y esperanza, por no poder determinar si su ser querido se encuentra vivo o muerto. (4-6)

Esta situación es única, debido a que no permite a los familiares realizar rituales fúnebres (en caso de fallecimiento), que permitan el cierre del proceso de duelo, lo cual conlleva un pesar prolongado y complicaciones psicoemocionales.

En el caso de las madres de personas desaparecidas, la experiencia ante esta situación se torna con dolor emocional y una angustia constante, ya que estas mujeres se enfrentan a no solo tener la ausencia física de su hijo, sino que también implica una carga emocional de llevar su día a día con la esperanza, el miedo y la angustia por no saber de su paradero. (7-8)

Esta oscilación emocional resulta con una descarga de síntomas psicoemocionales como depresión, ansiedad y estrés prolongado, presentando un duelo no tradicional, debido a la falta de cierre o aceptación de la ausencia de su hijo, llevando al estancamiento de un limbo emocional por la falta de resolución del dolor. Este duelo característico, determinado como “duelo ambiguo”, tiene un impacto significativo en el día a día de las madres, ya que enfrentan un estigma social y un aislamiento debido a la falta del reconocimiento social. (3,4-9)

La carga emocional no reconocida de las madres de desaparecidos

La desaparición de un ser querido se vuelve una experiencia aniquiladora que afecta gravemente a las madres, quienes, en la mayoría de los casos, y en específico en nuestro país, son las que sobrellevan el dolor en el proceso de búsqueda. En México, donde se vive un fenómeno social de desapariciones presentando un gran aumento de casos en los últimos años, las madres se encuentran estancadas en una

carga psicoemocional que tiene repercusiones alarmantes en su salud mental, debido a la naturaleza del tipo de pérdida que experimentan, la ambigua, generando un sufrimiento prolongado y por consiguiente todas las repercusiones psicoemocionales. (10)

Esta mezcla de emociones, que incluyen la tristeza, el pesar, la culpa y la ansiedad, vuelven una experiencia devastadora para las madres que lo viven, ya que este “coctel emocional” puede encaminar a un estado crónico de estrés, que al paso del tiempo repercutirá en la salud física y mental de las madres que lo experimentan. La incertidumbre, que es la principal característica emocional de esta situación, crea un ciclo vicioso entre la esperanza y la desilusión, que las lleva a un dolor y pesar no resuelto. (9-11)

El ciclo vicioso al que hacemos referencia conlleva a un duelo ambiguo que al paso del tiempo desarrollara afecciones severas de trastornos mentales como depresión mayor, trastornos de duelo prolongado y trastorno por estrés postraumático. Con lo anterior, la carga emocional no reconocida se identifica como un factor de riesgo que prolonga el sufrimiento de las madres, ocasionando la falta de apoyo y el no reconocimiento social que requieren para sobrellevar su dolor. (12)

Esta falta de apoyo se debe a que la sociedad invisibiliza el dolor y sufrimiento de estas madres, ya que se espera que estas mujeres presenten una actitud de fortaleza mientras sufren por la ausencia de su hijo, esta situación no solo contribuye al aislamiento social, también dificulta y limita el acceso a la atención de salud tanto física como psicológica, las cuales son necesarias para su bienestar. (10)

La falta de reconocimiento a sus emociones, y su duelo particular, lleva a estas madres víctimas del fenómeno de la desaparición, a una incomprensión y aislamiento emocional, teniendo así una ausencia de entornos seguros en donde ellas puedan canalizar, hacer notar y expresar sus emociones, para que así reciban el apoyo que requieren y se contribuya a no agravar más su situación, evitando que se perpetue una oscilación entre el dolor y la desesperanza. (10)

La falta de reconocimiento a sus emociones, y su duelo particular, lleva a estas madres víctimas del fenómeno de la desaparición, a una incomprensión y aislamiento emocional, teniendo así una ausencia de entornos seguros en donde ellas puedan canalizar, hacer notar y expresar sus emociones, para que así reciban el apoyo que requieren y se contribuya a no agravar más su situación, evitando que se perpetue una oscilación entre el dolor y la desesperanza. (10)

Implicaciones psicológicas en la salud mental

Muchas madres de desaparecidos que viven la pérdida ambigua experimentan síntomas psicoemocionales como la ansiedad, depresión y estrés prolongado por el desconocimiento del paradero de sus hijos. Esta experiencia se puede ver aún más perjudicada por el estigma social asociado a la desaparición forzada, ya que estas mujeres pueden percibir y fomentar su aislamiento debido a que “deben” ocultar su dolor o minimizar su sufrimiento para evitar los señalamientos y juicios por el tipo y causa de la desaparición. (10-11)

Todo lo anterior perjudica el proceso de sanación en el duelo ambiguo, en vista de que las madres pueden sentirse atrapadas entre la necesidad de seguir su vida con el día a día y el deseo profundo de encontrar y ver a su hijo de nuevo. Esto genera un sentimiento de culpa y conflicto interno por la búsqueda de recuperar mientras se tiene la ausencia física de su ser querido. (12-13)

Para contribuir a esta problemática, resulta necesario implementar acciones y programas de apoyo enfocados en la salud mental de estas madres, los cuales sean diseñados exclusivamente en abordar las necesidades psicoemocionales de las madres víctimas de este fenómeno social.

Estos programas deberían plantearse a reconocer el duelo ambiguo y brindar espacios seguros donde las madres puedan compartir sus experiencias, orientar a otras madres en situación similar, recibir orientación y apoyo de profesionales de salud mental. Resulta importante fomentar y visibilizar el pesar y sufrimiento de las madres de desaparecidos, para crear una conciencia social que permita una mayor empatía y se promueva el apoyo comunitario hacia las víctimas del fenómeno de la desaparición. (11-14)

CONCLUSIONES

La carga emocional no reconocida y la invisibilidad de las madres de personas desaparecidas, esta estrechamente relacionada con el concepto de pérdida ambigua establecido por la Dra. Boss. Es importante saber que este tipo de duelo, el ambiguo, se caracteriza por la interminable incertidumbre sobre el estado de salud y paradero de los seres queridos que están ausentes. Esta situación no solo perjudica lo relacionado con la carga emocional, sino que también limita el apoyo necesario para sobrellevar la experiencia de la desaparición. Por lo que es necesario la implementación de programas enfocados al apoyo psicológico, emocional y social que reconozcan la naturaleza del duelo y pérdida ambigua. Estos programas deberían brindar apoyo psicoemocional con la adaptación a las necesidades de estas mujeres.

Estrategias como la creación de grupos de autoayuda, talleres y espacios de expresión emocional, podrían proporcionar entornos seguros donde las madres se sientan comprendidas y validadas en su lucha y dolor.

Como último punto, todo lo anterior se logrará con el fomento a la conciencia social en el reconocimiento del dolor y sufrimiento que atraviesan las madres y familias de las víctimas de desaparición, creando una empatía colectiva y comunidades mas sanas para este tipo de poblaciones perjudicadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno de México. Versión Estadística RNPDO - Dashboard CNB [Internet]. Versión Estadística RNPDO - Dashboard CNB; noviembre de 2024 [consultado el 03 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://versionpublicarnpdno.segob.gob.mx/Dashboard/ContextoGeneral>
2. Paleta Pérez G. Pérdida ambigua y desaparición: algunos efectos psico-emocionales en familias de Michoacán, México. RR [Internet]. 26 de junio de 2023 [citado 03 de noviembre de 2024];1(45-46). Disponible en: <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/202>
3. Hernández Brussolo R. Afrontamiento al estrés en madres de familia víctimas secundarias de desaparición: estudio psicosocial, desde teoría de Pérdida Ambigua. [doctoral en Internet]. Ciudad Juárez, Chihuahua.: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2021 [consultado el 3 de noviembre de 2024]. 104 p. Disponible en: <https://erecursos.uacj.mx/items/2f3f76b3-cf9e-4e4e-a916-70fca29c14de>
4. Boss P, Yeats JR. Ambiguous loss: a complicated type of grief when loved ones disappear. Bereave Care [Internet]. 4 de mayo de 2014 [consultado el 06 de noviembre de 2024];33(2):63-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02682621.2014.933573>
5. Crocker RM, Reineke RC, Ramos Tovar ME. Ambiguous Loss and Embodied Grief Related to Mexican Migrant Disappearances. Med Anthropol [Internet]. 5 de febrero de 2021 [consultado el 3 de noviembre de 2024];1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1860962>

5. Crocker RM, Reineke RC, Ramos Tovar ME. Ambiguous Loss and Embodied Grief Related to Mexican Migrant Disappearances. *Med Anthropol* [Internet]. 5 de febrero de 2021 [consultado el 3 de noviembre de 2024];1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1860962>
6. Domínguez Cornejo MM. Ventanas de la memoria: duelo y memoria en mujeres buscadoras de Guanajuato. *Andamios Rev Investig Soc* [Internet]. 3 de octubre de 2022 [consultado el 03 de noviembre de 2024];19(50). Disponible en: <https://doi.org/10.29092/uacm.v19i50.951>
7. Infante A. Duelo ambiguo familiar consecuente a la desaparición de un ser querido [Trabajo de grado: maestría en Internet]. Michoacán, México: Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo; 2022 [consultado el 3 de noviembre de 2024]. 151 p. Disponible en: http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/6747/FP-M-2022-0484.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Fernández-Fernández JA, Gómez-Díaz M. Resiliencia y duelo ante la pérdida de un ser querido: Una revisión sistemática. *Rev Psicopatol Psicol Clin* [Internet]. 8 de agosto de 2022 [consultado el 09 de noviembre de 2024];27(2). Disponible en: <https://doi.org/10.5944/rppc.27762>
9. Almanza-Avendaño AM, Hernández-Brussolo R, Gómez-San Luis AH. Pérdida ambigua: madres de personas desaparecidas en Tamaulipas, México. *Reg Soc* [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [consultado el 03 de noviembre de 2024];32:e1396. Disponible en: <https://doi.org/10.22198/rys2020/32/1396>
10. Linares Acuña G, Álvarez Bermúdez J. Impacto psicosocial de la desaparición forzada. Una visión de las madres que buscan a su ser querido. *Psicol Desde El Caribe* [Internet]. 21 de junio de 2023 [consultado el 03 de noviembre de 2024];39(03). Disponible en: <https://doi.org/10.14482/psdc.39.3.305.025>
11. Vargas I. Más que un expediente... Las madres de las personas desaparecidas en México y sus carpetas de investigación. *Iconos Rev Cienc Soc* [Internet]. 27 de abril de 2022 [consultado el 09 de noviembre de 2024];73:143-60. Disponible en: <https://doi.org/10.17141/iconos.73.2022.5152>
12. Wayland S, Maple M. 'An all-consuming cumulonimbus of pain': a scoping review exploring the impact of ambiguous loss when someone is missing and the counselling interventions relevant to the experience. *Bereave Care* [Internet]. 2 de enero de 2020 [consultado el 3 de noviembre de 2024];39(1):21-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02682621.2020.1728089>
13. Roja C. COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA [Internet]. Agonía e incertidumbre: la desaparición de seres queridos y la pérdida ambigua; 2 de junio de 2015 [consultado el 09 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/document/agonia-e-incertidumbre-la-desaparicion-de-seres-queridos-y-la-perdida-ambigua>
14. Vedia V. Duelo patológico factores de riesgo y protección. *SEMPyP*. 2016 Sep; Vol. VI (2) pag: 12- 34. Disponible: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf

DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA: ADAPTACIÓN CULTURAL DE UNA INTERVENCIÓN PARA PREVENIR LA OBESIDAD INFANTIL EN EL NOROESTE DE MÉXICO

Dra. Paola Alexandra Zepeda Ríos
<https://orcid.org/0000-0002-6634-9518>
Universidad de Sonora. Dpto. Enfermería, Hmo.
Contacto: paola.zepeda@unison.mx



RESUMEN

Introducción: La salud pública ha orientado sus esfuerzos a la prevención de la obesidad infantil a través de intervenciones de salud. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la implementación de estas carece de consideración de aspectos culturales y sociales.

Desarrollo:

Se efectuó un proceso de adaptación cultural y se diseñó un estudio piloto de un solo brazo de diseño cuasiexperimental pre y posttest. El muestreo fue a conveniencia y la muestra se conformó por 50 mujeres embarazadas. La intervención consistió en el envío de 3 folletos informativos que brindaban apoyo educativo centrado en lactancia materna, alimentación complementaria y juego activo.

Conclusiones:

El ensayo piloto de la intervención Healthy Beginnings adaptada culturalmente al contexto de las madres de la región noreste de México tuvo el potencial de incrementar el conocimiento sobre las prácticas de alimentación infantil, la práctica de lactancia materna exclusiva, la autoeficacia para la crianza y la práctica del tiempo boca abajo.

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil es una de las principales preocupaciones de la salud pública internacional (1). Actualmente, se estima que en el mundo existen 39 millones de niños menores de 5 años que padecen de obesidad (2), lo cual aumenta el desarrollo temprano de enfermedades crónico-degenerativas (3). Sin embargo, a pesar de los numerosos esfuerzos por parte de los gobiernos y organizaciones internacionales, las tasas de obesidad infantil continúan en aumento (4). Parte del desafío radica en que muchas de las intervenciones que buscan disminuir este problema de salud no están adaptadas a las realidades culturales y sociales de las comunidades locales.

Dentro del proceso de desarrollo e implementación de intervenciones de salud, la literatura menciona que el utilizar intervenciones basadas en evidencia, que ya han sido probadas, es una acción que resulta ser más eficiente que el desarrollar una nueva (5).

Sin embargo, para que este proceso sea exitoso, no basta con la transferencia sencilla de la intervención, es necesario una adaptación minuciosa al nuevo contexto, es decir, considerar los aspectos culturales (6,7).

El propósito de este ensayo es ofrecer una visión general del proceso de desarrollo e implementación de una intervención para la prevención temprana de la obesidad infantil a la cual se le realizó una adaptación cultural.

DESARROLLO

La investigación consistió en dos procesos principales: 1) Adaptación cultural de la intervención y 2) Estudio piloto de factibilidad. La adaptación estuvo guiada por el Modelo de etapas de adaptación cultural (8) y la intervención a adaptar se eligió posterior a la realización de una revisión de alcance enfocada en la identificación y caracterización de intervenciones realizadas durante los primeros 1000 días de vida (9). El resto del proceso se presenta a continuación.

1.Contextualización de la intervención y adaptación cultural

Se determinó a la intervención Healthy Beginnings como la más prometedora para poder ser adaptada a otro contexto. Es un ensayo clínico aleatorio de origen australiano, desarrollado por un equipo multidisciplinario e implementado por enfermeras comunitarias. Su objetivo era el evaluar la efectividad de una intervención temprana en el hogar sobre el índice de masa corporal (IMC) de los niños a los 2 años (10).

Respecto a la adaptación cultural, el marco se basó en la identificación de diferencias sobre factores de riesgo para el desarrollo de obesidad infantil entre las madres participantes en la intervención original y las madres de Hermosillo, Sonora. Para dar respuesta a lo anterior, se realizaron 2 estudios: 1) Un estudio cualitativo que buscó explorar creencias sobre prácticas de alimentación y obesidad infantil entre madres sonorenses (11), y 2) Estudio para la identificación de factores de riesgo precursores de obesidad infantil en México (12). Los resultados encontrados fueron la base para las modificaciones realizadas a la intervención original.

2. Ejecución del estudio de factibilidad

Al concluir la adaptación, se dio inicio al estudio piloto de un solo brazo, de diseño cuasiexperimental pretest y posttest. El muestreo fue a conveniencia, la muestra se conformó por 50 mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. La intervención consistió en enviar a las madres 3 folletos informativos que brindaban apoyo educativo centrado en lactancia materna, alimentación complementaria y juego activo, acompañado de asesoría telefónica por parte de una enfermera. Para la evaluación de la factibilidad se consideraron los criterios de reclutamiento, retención, número de llamadas completadas, materiales didácticos, acceso y barreras de participación-implementación.

La aceptabilidad se midió a través de la satisfacción con el programa y la eficacia preliminar se determinó a través de la tasa y duración de la lactancia materna exclusiva, el indicador z del peso/longitud, la tasa de práctica de tiempo boca abajo, así como tiempo promedio de duración de esta.

3.Desafíos en la implementación

La implementación del programa no estuvo exenta de obstáculos. Los principales desafíos encontrados fueron: aspectos burocráticos relacionados con el ingreso al hospital seleccionado (duración de 12 meses), la disponibilidad de recursos (menores a los de la intervención original) y el tiempo.

4.Resultados observados e impacto

La intervención mostró ser factible en 3 de los 5 indicadores evaluados y un alto porcentaje de aceptabilidad entre las participantes. Además, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros planteados para medir eficacia preliminar.

CONCLUSIONES

Los estudios de adaptación cultural de intervenciones que han sido probadas con anterioridad en distintos contextos son una ventana de oportunidad para los profesionales de enfermería. Los resultados mostraron que el ensayo piloto tuvo potencial para mejorar parámetros relacionados con obesidad infantil, lo cual resulta esperanzador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dattilo AM, Saavedra JM. Nutrition Education: Application of Theory and Strategies during the First 1,000 Days for Healthy Growth. 28 de noviembre de 2019 [citado 20 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://karger.com/books/book/115/chapter/5056231/Nutrition-Education-Application-of-Theory-and>
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2024 [citado 6 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Pérez-Herrera A, Cruz-López M, Pérez-Herrera A, Cruz-López M. Situación actual de la obesidad infantil en México. Nutrición Hospitalaria. abril de 2019;36(2):463-9.
4. UNICEF. Urgen políticas para reducir mala nutrición en niños y adolescentes en México [Internet]. 2022 [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/urgen-pol%C3%ADticas-para-reducir-mala-nutrici%C3%B3n-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes-en-m%C3%A9xico>
5. Moore G, Campbell M, Copeland L, Craig P, Movsisyan A, Hoddinott P, et al. Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. BMJ [Internet]. agosto de 2021;374. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1679>
6. Escoffery C, Lebow-Skelley E, Udelson H, Böing EA, Wood R, Fernandez ME, et al. A scoping study of frameworks for adapting public health evidence-based interventions. Translational behavioral medicine. enero de 2019;9(1):1-10.
7. Stirman SW, Baumann AA, Miller CJ. The FRAME: An expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. Implementation Science. junio de 2019;14(1):1-10.
8. Barrera Jr. M, Castro FG. A Heuristic Framework for the Cultural Adaptation of Interventions. Clinical Psychology: Science and Practice. 2006;13(4):311-6.
9. Ríos PAZ, Villarreal VMC, Sifuentes DC, Valtier MCG. Intervenciones para prevenir la obesidad en los primeros 1000 días: revisión de alcance. Revista Cuidarte [Internet]. 1 de septiembre de 2024 [citado 19 de noviembre de 2024];15(3). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/3558>
10. Wen LM, Baur LA, Simpson JM, Rissel C, Wardle K, Flood VM. Effectiveness of home based early intervention on children's BMI at age 2: randomised controlled trial. BMJ. 26 de junio de 2012;344:e3732.
11. Zepeda PA, Villarreal VMC, Martínez NH, Zavala MOQ. Creencias sobre prácticas de alimentación y obesidad de madres con hijos menores de 5 años del noroeste de México. Cultura de los Cuidados. 10 de abril de 2024;(68):241-56.
12. Castro-Sifuentes D, Cárdenas-Villarreal VM, Zepeda-Ríos PA, Rueda-Sánchez CB, Hernández-Martínez N, Guevara-Valtier MC, et al. Ecological determinants of obesity risk in Mexican infants: a scoping review. Boletín médico del Hospital Infantil de México. agosto de 2023;80(4):223-34.

REFLEXIONES SOBRE EL DESARROLLO DEL CUIDADO AVANZADO EN ENFERMERÍA: UN ENSAYO INTERNACIONAL Y NACIONAL

EECI. Karina Trinidad López Cota

<https://orcid.org/0009-0000-3201-7358>

Universidad de Sonora. Dpto. Enfermería, Hmo.

IMSS, Hospital Gineco-Pediatría. Hmo, Sonora

Contacto: karinatrinidad.lopez@unison.mx



RESUMEN

Introducción: La historia de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) refleja su evolución en respuesta a las necesidades cambiantes de los sistemas de salud. Surgió como una estrategia para mejorar la calidad del cuidado basada en evidencia científica. Su desarrollo inicial estuvo asociado con roles especializados, como enfermeras anestelistas y clínicas, evolucionando hacia prácticas autónomas en países como Estados Unidos y Canadá, donde la EPA ha demostrado mejorar el acceso a la atención, reducir los tiempos de espera y optimizar la calidad del cuidado.

Desarrollo: El análisis histórico destaca la necesidad de fortalecer políticas educativas, de regulación y organizacionales para consolidar el rol de la EPA, fomentar su impacto en áreas rurales y marginadas y garantizar su integración en sistemas de salud más equitativos. La EPA contribuye significativamente a la eficiencia, accesibilidad y sostenibilidad de los sistemas de salud, posicionándose como un agente clave en la transformación de los modelos de atención global.

Conclusiones: Como profesionales de la salud comprender los orígenes de la EPA permite apreciar cómo la profesión ha respondido a las demandas cambiantes de los sistemas de salud y las necesidades de la población, lo que refuerza su relevancia y justifica su desarrollo actual.

INTRODUCCIÓN

La historia de la enfermería de práctica avanzada a nivel internacional refleja la evolución de la profesión en respuesta a las demandas cambiantes de la atención de los servicios de salud y las necesidades de los pacientes. A nivel global existe una gran demanda en la atención del servicio de salud, por lo que se buscan estrategias, estructuras y formas de trabajar de manera más costo-efectiva para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes, su familia y su entorno, basados en la evidencia científica.

En sus inicios el concepto de práctica avanzada se asoció con alguna forma de especialización y se vinculó con la enfermera anestelista, la matrona, la enfermera clínica especialista o la enfermera de atención directa, sin embargo, la literatura reciente

reconoce que vincular la especialización a la práctica avanzada limita el alcance de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA).

El desarrollo de roles de la EPA es una realidad en algunos países, aunque con desigual implantación y competencias, con una ambigüedad de roles, diferentes nomenclaturas y entornos en los que se ha aplicado, lo que dificulta las comparaciones entre países y modelos existentes.

Historicidad del Cuidado de Enfermería Avanzado

Según el consejo internacional de enfermeras, la EPA es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer (2). El cuidado de enfermería avanzado tiene sus raíces en el desarrollo y profesionalización de la enfermería como disciplina sanitaria. A lo largo de la historia, la enfermería ha ido adquiriendo un rol más complejo y especializado, lo que ha llevado a la creación de programas de formación y la implementación de prácticas avanzadas (3).

En la década de 1960, Estados Unidos fue el pionero en la creación de EPA, naciendo de la necesidad de atención. Además, describía que la enfermera de práctica avanzada tenía la capacidad de diagnosticar y tratar enfermedades de forma autónoma y en colaboración,

principalmente en las comunidades o instituciones donde no se contaba con médico. Este modelo se expandió otros países como Canadá, Australia y algunos países europeos (4).

Canadá, siempre se ha caracterizado por desarrollar programas educativos y de regulación para apoyar a los profesionales de enfermería que buscan roles más avanzados. Es ahí donde consideran dos roles para la EPA: La Enfermera practicante y la enfermera clínica especializada. Donde la enfermera practicante realiza actividades preventivas y tratan a pacientes agudos y crónicos ofreciendo estrategias de bienestar y continuidad de cuidado, tiene autoridad legislada para diagnosticar, solicitar e interpretar pruebas diagnósticas, prescribir medicamentos y realizar procedimientos específicos.

Esto ha permitido mejorar la accesibilidad al sistema de salud, reduciendo los tiempos de espera y en definitiva alivian la presión sobre el sistema de salud. La enfermera clínica especializada no tiene las mismas autorizaciones que la EPA, aunque realiza de forma autónoma consultoría con médicos en relación a pacientes de alta complejidad sobre temas relacionados con el diagnóstico y el tratamiento prescrito (4).

Bajo esta premisa, los datos analizados sobre la historicidad de la EPA en Estados Unidos y Canadá, muestran la mejoría de la atención sanitaria, permitiendo mayor autonomía de los profesionales de enfermería, así como la implementación de estrategias y nuevas

formas de trabajar de manera más coste-efectiva para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes, su familia y su entorno, basados en la evidencia científica.

Por otro lado, en América Latina, las habilidades clínicas necesarias de práctica avanzada se obtienen en el puesto de trabajo en respuesta a las necesidades sanitarias de la población en vez de un programa formal de EPA. Por lo tanto, las oportunidades para educación permanente deben ser acreditadas y gestionadas en las facultades de enfermería. Es fundamental desarrollar una infraestructura de políticas que apoyen la profesión de la enfermería, alcance de la práctica, certificación, educación de nivel pre y posgrado, educación permanente y la reforma de sueldos (5).

La profesión de enfermería en México ha experimentado una transformación significativa con el surgimiento y el crecimiento de la figura de la enfermera de práctica avanzada. La conceptualización de la EPA en nuestro país es un concepto relativamente nuevo en comparación de otros países como Estados Unidos, Canadá, España, Reino Unido y Australia. Aunque la EPA ha ganado aceptación en estos países, en México aún enfrenta desafíos en términos de reconocimiento y regulación, ya que no existe un marco regulatorio para la integración en el sistema de salud. Las futuras generaciones de enfermeros de práctica avanzada, tienen el compromiso de dar a conocer a la población y a otros profesionales de la salud el rol de la EPA.

Esto a través de la investigación científica, utilización de modelos y teorías de enfermería, brindar servicios de atención primaria y promoción a la salud en comunidades rurales y marginada, mejorar la calidad de la atención a través de un cuidado integral basado en evidencia (lo que contribuye a mejores resultados de la salud y satisfacción de los pacientes y sus familias), liderazgo en la gestión de salud a través de programas de salud, implementación de nuevas políticas y liderazgo en equipos de atención médica.

Logros y Contribuciones

Los profesionales de enfermería avanzada tienen la capacidad de llenar brechas de atención especialmente en áreas rurales y desfavorecidas. La EPA ha demostrado su competencia y avances en las ciencias de la salud como son una atención integral, la mejora del acceso a la atención, la prevención y educación en salud (Ofrecen orientación sobre prevención de enfermedades, hábitos saludables y gestión de condiciones crónicas, lo que puede tener un impacto significativo en la salud de la comunidad), gestión del cuidado de enfermedades crónicas, colaboración interprofesional, investigación y avance clínico, liderazgo clínico, reducción de costos, mejora de la satisfacción del paciente y familia y desarrollo de políticas de Salud.

Estos logros abarcan desde la mejora de la atención médica hasta la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el liderazgo en el ámbito clínico y la colaboración con otros profesionales para brindar una atención integral (6).

Desafíos e Impacto Global de la EPA

La EPA enfrenta varios desafíos, la regulación y el alcance de la práctica varían considerablemente entre los países, lo que puede limitar el impacto total de estos profesionales. La resistencia de algunas asociaciones médicas y la falta de comprensión de su papel completo pueden obstaculizar su integración total en el sistema de atención médica. Se deben eliminar las barreras para permitir que las EPA practiquen en la medida de su educación y capacitación para beneficiar la atención y el costo de la salud del paciente (7).

La formación y educación de las EPA son temas cruciales. Garantizar que estos profesionales tengan una educación sólida y actualizada es esencial para mantener altos estándares de atención y seguridad del paciente. Estos programas de formación deben ser rigurosos y basados en evidencia⁸. La presencia de enfermeras de práctica avanzada en la atención médica ha demostrado tener un impacto significativo en la eficiencia y calidad de los servicios.

Son capaces de gestionar y coordinar el cuidado de los pacientes de manera más eficaz teniendo un impacto significativo, ya que cuentan con un nivel avanzado de educación y capacitación clínica, lo que les

permite asumir roles más amplios y responsabilidades en la atención al paciente. Están favoreciendo en la atención sobre todo en áreas rurales y remotas. Proporcionan información valiosa a los pacientes y sus familias, promoviendo prácticas saludables y previniendo enfermedades. Su capacidad para brindar una variedad de servicios de atención médica de alta calidad contribuye a mejorar el acceso a la atención para las comunidades que de algún modo tienen dificultades para acceder a los servicios médicos contribuyendo a un sistema de salud más sostenible (8-9).

CONCLUSIONES

La revisión de la historia de la EPA permite evidenciar que esta práctica que surge para responder a las demandas sociales de la población, se consolida gracias al desarrollo de diferentes estructuras organizacionales, educacionales y de investigación.

Este análisis nos demuestra que las estructuras organizacionales aportan fuerza y unidad y permiten ejercer mayor presión para el avance o desarrollo de la profesión y de la disciplina. Las estructuras educacionales posibilitan la formación de estos profesionales y les permite el acceso a estudios de ciclos superiores y posibilita la evolución de la disciplina enfermera. Por último, las estructuras de investigación permiten documentar la contribución de la disciplina enfermera al cuidado y bienestar de la población, al tiempo que demuestran la eficacia y la eficiencia de estos profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocha M. Enfermería de práctica avanzada: una oportunidad necesaria. Conocimiento Enfermero. Revista científica del CODEM, 2023; 6(20), 03-04. Disponible en: <https://doi.org/10.60108/227>.
2. Consejo Internacional de Enfermeras. Definiciones de enfermería. Recursos. 2023. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria>
3. Cockerham A, Keeling A. Cap1 Una breve historia de la enfermería de práctica avanzada en los Estados Unidos. Hamric A, Hanson C, Tracy M, O'Grady E. enfermería de práctica avanzada: Un enfoque integrador 5th edición. Estados Unidos, 2013 Pág. 1-4.
4. Comellas M. Cap 3 Origen y desarrollo de la enfermera de práctica avanzada. Amezcua A, Rebollo P, Sevilla S. Liderazgo del futuro. La enfermera de práctica avanzada 1ra edición. Madrid, España, 2022 Pág. 109-141.
5. Morán L. La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? Enfermería universitaria, 2023; 14(4): 219-223. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.09.004>
6. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enfermería Clin [Internet]. Enero de 2014 [consultado el 7 de noviembre de 2024];24(1):90-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>
7. Márquez-Doren F, Lucchini-Raies C, González-Agüero M, Varela-Loreto C, Palma-Rivadeneira S. FACILITADORES Y BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN CHILE. Horiz Enfermería [Internet]. 2023 [consultado el 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.7764/horiz_enferm.num.esp.467-477
8. Gutiérrez-Rodríguez L, García Mayor S, Cuesta Lozano D, Burgos-Fuentes E, Rodríguez-Gómez S, Sastre-Fullana P, de Pedro-Gómez JE, Higuero-Macías JC, Pérez-Ardanaz B, Morales-Asencio JM. Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. Enfermería Clin [Internet]. Noviembre de 2019; 29(6):328-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.001>
9. Sevilla Guerra S, Ferrús Estopà L, Zabalegui Yárnoz A, Comellas Oliva M, Estrem Cuesta M, Rivera Villalobos D. Propuesta de modelo para la enfermera de práctica avanzada. Metas Enfermería [Internet]. Marzo de 2023; 26. Disponible en: <https://doi.org/10.35667/metasenf.2023.26.1003082060>

HISTORIAS QUE DEJAN HUELLA

Conociendo a:

Emma Guzmán Olivas

A continuación, se presenta el resumen de una conversación para conocer un poco más de la vida de Emma Guzmán Olivas, reconocida Enfermera Sonorense y Presidenta actual del Colegio Sonorense de Enfermeras A.C. tanto en el ámbito profesional como en el personal.

Familia y niñez

Nací en Galeana, Chihuahua, en una familia que siempre valoró el trabajo duro. Mi papá era agricultor, y aunque tenía sus propias parcelas, pronto comenzaron a surgir tensiones políticas en la zona. Era la época en la que la marihuana empezaba a popularizarse en ciertos círculos, y mi papá, firme en sus valores, no quiso involucrarse en ese tipo de cultivo. Yo tenía apenas cuatro años cuando nos mudamos. Sin planes previos, empacamos lo poco que teníamos y nos dirigimos a Culiacán, Sinaloa, con la esperanza de encontrar una vida mejor.

La vida en Culiacán no fue fácil, así que después de un tiempo nos mudamos nuevamente, esta vez a Hermosillo, Sonora, al Campo La Brea. Allí, mi papá consiguió trabajo en los cultivos.



como regador y labrador, y comenzamos una nueva etapa. En ese ambiente sencillo fue donde viví mi infancia, rodeada de valores y de una comunidad humilde. Empecé la primaria en un entorno de campo, y aunque los recursos eran pocos, mi papá y mi mamá nos inculcaron desde temprano el valor del esfuerzo y la importancia de hacer algo valioso con nuestras vidas.

Cuando terminé la primaria, nos mudamos a la ciudad para vivir con una hermana de mi papá. Sin embargo, esa convivencia duró poco, ya que teníamos diferencias religiosas que generaron cierta tensión.

Cuando terminé la primaria, nos mudamos a la ciudad para vivir con una hermana de mi papá. Sin embargo, esa convivencia duró poco, ya que teníamos diferencias religiosas que generaron cierta tensión. Terminamos construyendo nuestra casa cerca de la conocida Cañada de los Negros, en una zona montañosa y despoblada. Nuestra casita en la ladera del cerro era muy sencilla, pero fue suficiente para nosotros. La llamábamos “la alta sociedad”, pues teníamos teléfono, luz, agua y drenaje, algo raro en la zona. Y el teléfono se convirtió en un servicio comunitario: los vecinos que lo necesitaban podían venir a usarlo sin que les cobrásemos nada. Éramos parte de la comunidad, y siempre estuvimos dispuestos a ayudar.

Influencia de sus padres en su vida profesional

Mis padres siempre fueron muy claros en la importancia de trabajar con integridad y de estudiar para poder avanzar. Desde pequeña, yo soñaba con ser maestra. Terminé la secundaria y presenté el examen para entrar a la escuela normalista, con la ilusión de hacer realidad ese sueño. Desafortunadamente, de entre 200 aspirantes, solo aceptaron a 70, y yo no fui una de ellas. Me desanimé, pero sabía que no podía quedarme en casa sin hacer nada. Comencé a trabajar en tareas del hogar, pero era algo que me resultaba tedioso y poco satisfactorio.

Tiempo después, escuché que en el Hospital General del Estado había un internado donde la escuela de enfermería era dirigida por monjas y contaba con el subsidio del gobierno. Sin tener ninguna experiencia en enfermería, pero motivada por la oportunidad, decidí ir a preguntar. Al llegar, me recibió una monja que me explicó que el subsidio se terminaría pronto y que esa sería la última generación. A pesar de la mala noticia, ella notó mi interés y me sugirió que intentara entrar como auxiliar de enfermería en el hospital. Me animó a no desanimarme, y me ofreció llevarme con la jefa de enfermeras, la señora Beatriz López López. Así fue como, sin planearlo, inicié mi carrera en enfermería.

Etapas de Formación

Experiencia en la escuela de enfermería

Esa primera semana fue un gran cambio en mi vida. La jefa de enfermeras, la señora Beatriz, me pidió que me presentara el lunes siguiente con un uniforme, zapatos y medias de enfermera. Aunque al principio me sentía nerviosa, estaba muy emocionada, pues sentía que, al fin, estaba dando el primer paso en algo importante. Conseguí el uniforme y recogí mi cabello largo en unas trenzas. Fue un momento inolvidable, me sentía orgullosa.

Mi primer puesto fue en la central de equipos del hospital. Allí empecé como preauxiliar, encargándome de preparar los materiales necesarios para las operaciones, como gasas, fundas y compresas quirúrgicas. Todo era nuevo para mí, y no sabía casi nada sobre las tareas de enfermería, pero tenía muchísimas ganas de aprender.

Pronto descubrí que enfermería significaba mucho más que tareas rutinarias; implicaba responsabilidad, disciplina y atención al detalle. Tenía solo 18 años, pero sentía que había encontrado el lugar donde quería estar.

Incursión en el Hospital General

Trabajar en la central de equipos fue una experiencia que me enseñó los valores de orden y precisión, que son tan importantes en enfermería. Al principio, seguía las instrucciones de las enfermeras con más experiencia y me limitaba a hacer lo que me indicaban, pero conforme pasaron los meses, comencé a quedarme más allá de mi turno para observar y aprender. La idea de ser maestra había quedado atrás, y ahora quería ser una buena enfermera. Por eso, aprovechaba cada momento para mejorar y entender mejor mi trabajo. Incluso los fines de semana me quedaba a ver cómo trabajaban en los turnos de noche. Estaba segura de que era el lugar correcto para mí, y eso me impulsaba a seguir esforzándome. Uno de los primeros desafíos fue cuando me ofrecieron una suplencia en la central de equipos. Para mí, fue un gran honor y, al mismo tiempo, un reto, ya que había auxiliares con más tiempo en el hospital que podrían haber recibido esa oportunidad. Acepté la suplencia con nervios y mucho respeto, consciente de que tendría que demostrar mis capacidades. Cuando llegó enero de 1970, la jefatura me dio una noticia que cambió mi vida: había obtenido la plaza de auxiliar de enfermería. No puedo describir la alegría que sentí; ese puesto significaba estabilidad y me daba la oportunidad de seguir creciendo en el hospital.

Desarrollo Profesional

Continuación de su formación profesional
Después de un tiempo, decidí que quería seguir estudiando. En 1973, me inscribí en la Universidad de Sonora para estudiar enfermería, y así empecé una etapa muy intensa. Durante el día tenía clases que duraban hasta ocho horas, y después trabajaba en el hospital. Mi jornada era agotadora, pero tenía un compromiso muy fuerte con mi formación y con mi futuro. Fueron tres años de mucho sacrificio, en los que a veces parecía que el cansancio me vencería, pero siempre encontraba una razón para seguir adelante. Finalmente, en 1976, me gradué como enfermera general, algo que me llenó de orgullo y satisfacción. Sabía que ese esfuerzo me abriría puertas y me permitiría hacer una diferencia en mi trabajo.

Desafíos al integrarse al mundo laboral como enfermera

Después de titularme, continué trabajando en el hospital. Fue entonces cuando Dolores Ballesteros, una supervisora que admiraba profundamente y quien más tarde fundaría el Colegio Sonorense de Enfermeras, me motivó a probar suerte en el Seguro Social. Me dieron un contrato como auxiliar de enfermería, y al principio intenté compaginarlo con mi trabajo en el Hospital General. Sin embargo, pronto tuve que tomar una decisión. Sabía que la escuela no podía esperar, así que renuncié al Hospital General y me concentré en mi formación en el IMSS, donde obtuve mi primera base.

Decisiones cruciales en su carrera profesional

Después de titularme y casarme, decidí que quería especializarme aún más. La primera oportunidad que surgió fue en pediatría, y me fui a estudiar a Guadalajara, aunque siempre tuve el sueño de ser enfermera quirúrgica. También hice la especialidad en administración de servicios de enfermería, y con el tiempo obtuve diplomados en Cuidados Paliativos, Cuidados Avanzados de Heridas y Enfermería Pericial. Cada uno de estos estudios me permitió aportar más en mi trabajo, y también asesorar y guiar a otras enfermeras. Mi objetivo siempre ha sido hacer una diferencia, tanto en el cuidado de los pacientes como en el desarrollo de mis compañeras.

Mi carrera fue avanzando, y después de obtener una plaza en el Hospital General como enfermera general, me asignaron al quirófano, un área que siempre me apasionó. Algunas compañeras vieron mi título como una amenaza para sus propios avances, pero yo estaba enfocada en hacer mi trabajo y en ayudar a mi familia. A lo largo de los años, aprendí a mantenerme firme y a confiar en que el esfuerzo y la dedicación siempre serían recompensados. Nunca dejé de apoyar a mi familia y a mis compañeros, y siempre traté de ser un ejemplo de compromiso y trabajo duro.

Durante mi carrera, siempre tuve el deseo de enseñar. Sin embargo, en aquellos tiempos no era fácil encontrar oportunidades para dar clases, ya que había pocas enfermeras generales. En lugar de enseñar en un salón, me dediqué a compartir mi conocimiento en el día a día con mis colegas.

A medida que me especializaba en diferentes áreas, me convertí en un referente para quienes buscaban orientación y consejo. Me sentía muy orgullosa de poder ayudar a los nuevos enfermeros y enfermeras a desarrollarse y mejorar en su trabajo.

Época Actual

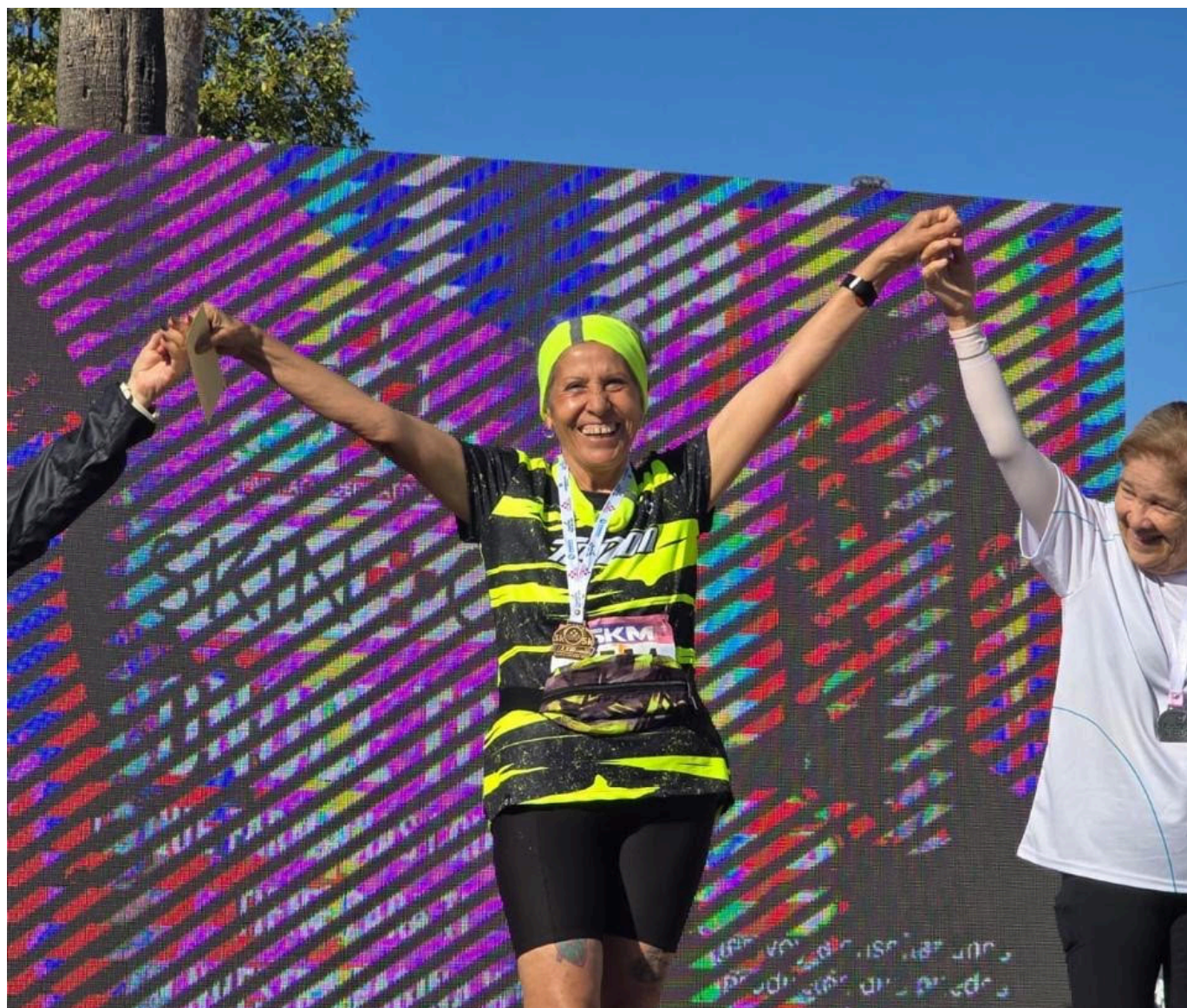
Vida después de la jubilación

Jubilarme no significó quedarme sin actividad. Para mí, la jubilación fue una oportunidad de reinversión. Desde que dejé el hospital, me enfoqué en mantenerme en movimiento y cuidar de mi salud. Descubrí una gran pasión en el deporte, especialmente en correr, y he participado en varias maratones de 5, 10 y 21 kilómetros. La disciplina que adquirí en la enfermería me ha servido mucho en el entrenamiento, y cada carrera es un reto que disfruto superar. Aparte del deporte, sigo involucrada en la enfermería como presidenta del Colegio Sonorense de Enfermeras y también en la Asociación de Jubilados y Pensionados del IMSS, donde sigo activa.



Para mí, es fundamental seguir ocupada. Actualmente, además de mi rol en el Colegio Sonorense de Enfermeras, colaboro en una clínica de heridas, donde brindo asesoría en cuidados avanzados y en tanatología. También sigo participando en maratones, lo cual me ayuda a mantenerme saludable tanto física como mentalmente. Además, he tomado cursos de computación para no quedarme atrás en la tecnología. La enfermería sigue siendo mi vocación, y siempre quiero estar preparada para aportar lo mejor de mí.

Mi próxima carrera es en Tucson, el 15 de diciembre, y después correré el medio maratón de Hermosillo. Me preparo cada día para enfrentar estos retos y mostrarme a mí misma que siempre puedo mejorar. En cuanto a mi labor en el Colegio Sonorense de Enfermeras, sigo trabajando para elevar las condiciones laborales y la formación profesional de las enfermeras en el estado. Quiero ser un ejemplo de perseverancia para las futuras generaciones y demostrarles que, si se esfuerzan, pueden alcanzar cualquier meta que se propongan.



Novedades a compartir sobre el Colegio Sonorense de Enfermeras

Recientemente, dedicamos tiempo a lanzar nuestra nueva revista. Además, estamos en contacto con la SEP y el IMSS Bienestar para abordar algunos problemas que enfrentan las enfermeras auxiliares y licenciadas en su trabajo. Hay muchas dificultades en el sector, y creo que nuestro papel es hacer todo lo posible para que estas mujeres y hombres cuenten con las condiciones adecuadas para hacer bien su trabajo. Espero que con nuestras acciones podamos hacer una diferencia.



Mensaje final para las enfermeras y a la comunidad

La enfermería no es solo una profesión; es una vocación que exige mucho amor y dedicación. Durante toda mi vida, he sentido que la enfermería me ha dado un propósito y me ha enseñado el valor del sacrificio. Las recompensas que me ha traído esta profesión son inmensas, y me siento orgullosa de haber tomado este camino. Mi mayor deseo es que mi historia inspire a las futuras generaciones a nunca darse por vencidas y a luchar por sus sueños.



Acontecimientos

Convenio de colaboración

El pasado 22 de octubre 2024, se lleva a cabo firma de convenio entre la Universidad de Sonora y el Colegio Sonorense de Enfermeras A.C. En este convenio se establecieron un convenio general de colaboración para compartir información y materiales académicos en áreas de interés mutuo.

El documento fue firmado por la rectora María Rita Plancarte Martínez, en representación de la Universidad, y Emma Guzmán Olivas, del Colegio de Enfermeras, destacando el compromiso de desarrollar proyectos de investigación conjuntos y brindar oportunidades a los estudiantes para realizar su servicio social o prácticas profesionales. El acuerdo también incluye la organización de conferencias, simposios y programas académicos colaborativos, además de la ejecución conjunta de proyectos comunitarios.



Informe de actividades

Colegio Sonorense de Enfermeras A.C.

Periodo 2024

Diplomados



Se llevaron a cabo los siguientes Diplomados:

- Enfermería en cuidados intensivos en el adulto
- Administración y gestión de los servicios de enfermería
- Liderazgo y gestión de alta dirección
- Enfermería escolar
- Cuidado avanzado de heridas de difícil cicatrización
- Enfermería en atención del recién nacido de alto riesgo.

AVAL SONORENSE



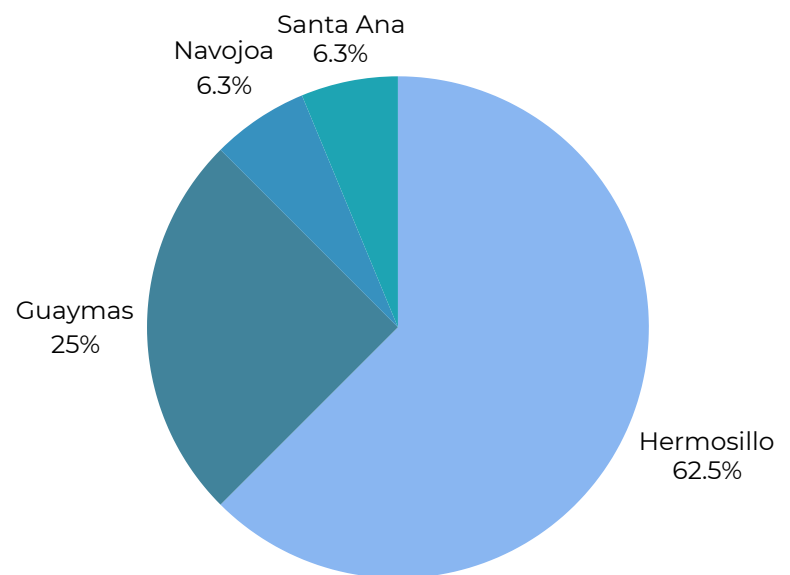
Se otorgó el Aval a ISSSTESON y Hospital San José de Hermosillo, para la impartición de los siguientes Diplomados:

- Intervención avanzada de cuidados oncológicos y paliativos en enfermería
- Intervención de salud materno y perinatal
- Enfermería en nefrología
- Enfermería en emergencias obstétrica
- Accesos vasculares
- Actualización en enfermería neonatal.
- Jornadas de Clínica del Noroeste
- Congreso Hospital San José Hermosillo
- Jornada ISSSTESON

NUEVOS COLEGIADOS



En 2024, el Colegio Sonorense de Enfermeras recibió un notable ingreso de profesionales de enfermería, fortaleciendo su comunidad y reafirmando su compromiso con la excelencia en el cuidado de la salud en la región.





Colegio Sonorense de Enfermeras A.C



LEANDRO P. GAXIOLA #243
COL. LUIS ENCINAS.
HERMOSILLO, MEXICO



colegiosonorensedeenfermeras@outlook.com