

ISSN: 2357-4704



01 SEPTIEMBRE
2013

Revista del Programa de
Enfermería de la Fundación
Universitaria del Área Andina



COMITÉ EDITORIAL

Directora
Angela Susana Hernández Posada

Editor
Maria Trinidad Hernandez Garcés

Editor Asociado
Ingry Loraine Cogua Sánchez

*Coordinación editorial:
Jefatura de Publicaciones*
Rosa Fermina García Cossio

Revisión y corrección de estilo:
Equipo Hadriaticus Editores

Diseño y diagramación:
www.editoria.co

Apoyo editorial:
**Dirección Nacional
de Investigación y Desarrollo**

Periodicidad: semestral

Fecha de inicio: septiembre de 2013



El contenido de esta publicación cuenta con una licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0 Unported.

Los artículos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando la fuente. Todos los contenidos de los textos publicados son responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan la posición de la Fundación Universitaria del Área Andina.

La revista *Línea de Vida* del Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina tiene como propósito promover el ejercicio de la producción textual por parte de los docentes y estudiantes del programa. La publicación motiva la ética y la valoración del otro como elementos indispensables en la formación escritural.

Correspondencia:

Fundación Universitaria del Área Andina
Cra. 14A N.º 71-19, Bogotá D. C., Colombia
mhernandez@areandiane.du.co

CONTENIDO

6

Desempeño del profesional de enfermería durante la hemorragia postparto

18

La depresión postparto de la madre y sus implicaciones en el cuidado del recién nacido

24

Factores de riesgo psicosociales que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes

34

Factores de riesgo que dificultan la efectividad del método madre canguro en madres adolescentes del régimen subsidiado en Bogotá D.C.

46

Factores de riesgo en el consumo de drogas, prevención virtual aplicada en adolescentes

46

Consecuencias del maltrato infantil en la sociedad colombiana

EDITORIAL

La revista *Línea de Vida* es una publicación que surge como respuesta a la necesidad de contar con espacios valiosos para escribir desde la disciplina sin la limitante de que sólo se puede publicar en revistas científicas con fines de indexación. Esta publicación es un espacio abierto para el ejercicio escritural desde el programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Línea de Vida constituye un camino que hace posible la divulgación de conocimiento desde el hacer y desde la perspectiva de la Enfermería en la academia, de igual manera esta publicación evidencia los diferentes puntos de vista en variados temas inherentes al ejercicio de la enfermería.

La publicación *Línea de vida* cobra mayor importancia en la medida en que lo que aquí se publica se ha hecho con entusiasmo, compromiso y con la firme convicción de que será una publicación referente en el área de la enfermería. Finalmente, sólo me resta invitarles a leer esta publicación que es la suma de muchos esfuerzos.

Ángela Susana Hernández
Directora Revista *Línea de Vida*



Desempeño del **profesional de enfermería** durante la hemorragia postparto



Karen Yiseth **Torres Mosquera**
karola0310@hotmail.com

RESUMEN

El presente trabajo tiene como título el desempeño del profesional de enfermería durante la hemorragia postparto (HPP) como un mecanismo que garantice calidad en la atención a la mujer durante el puerperio, realizado en la ciudad de Bogotá en el año

2012; tiene como objetivo determinar el rol de la enfermera(o) en su profesión al momento que se presente una hemorragia postparto. La metodología empleada para desarrollar esta monografía se basa en la revisión de tres temáticas tales como: exposición de los diferentes conceptos de (HPP) y su morbimortalidad, identificación de

6

los tipos de manejo de la hemorragia postparto y la descripción del desempeño del profesional de enfermería en este mismo evento.

Esta información se organizará en tres capítulos, cuyo contenido son generados de fuentes validadas de bibliotecas virtuales, artículos científicos, revistas de ginecología y obstetricia y textos de enfermería, para una totalidad de 21 referentes bibliográficas. Posteriormente estas fuentes permitirán la discusión con autores, lo cual enriquecerá la monografía porque el pensamiento de cada autor obedece a diferentes perspectivas teóricas, lo cual permitió plantear deducciones lógicas que se constituyan en las conclusiones del estudio. En el primer capítulo se habla de los conceptos de hemorragia postparto y su morbimortalidad, los diferentes autores aportan un punto de vista diferente de acuerdo a su pensamiento o perspectiva teórica, sin embargo, algunos coinciden en sus planteamientos y alcances; en cuanto a las causas, un solo autor se destaca por agrupar diferentes razones en una nemotecnia (las cuatro "T": tono, tejido, trauma y trombina). En el segundo capítulo titulado manejo de las hemorragias postparto se muestran los diferentes manejos como el farmacológico, y los principales medicamentos utilizados: la oxitocina, el misoprostol y el metergin. En el tratamiento médico se mencionan dos manejos: el fisiológico y el activo, en cuanto al tratamiento quirúrgico se destacan tres procedimientos: la técnica de B-lync, la ligadura de arterias

uterinas y la histerectomía, así como el código rojo, que es el llamado de emergencia en una hemorragia postparto. En el último capítulo, titulado desempeño del profesional de enfermería, se muestra el rol de la enfermera(o) en este evento, por eso es necesario conocer todo lo visto en los capítulos anteriores y de esta forma brindar un cuidado adecuado. Después de la discusión, se realizan las conclusiones por capítulo. En el primero se puede deducir que independientemente de las causas de la hemorragia postparto que se presenten y sus relaciones, todas repercuten de la misma forma en la paciente, originando una hemorragia postparto durante el puerperio. Se identificaron tres tipos de manejo en la hemorragia posparto (HPP) y el llamado de emergencia, y en cuanto a la caracterización, se mencionó el manejo farmacológico y el manejo médico. Así mismo se hace referencia a lo quirúrgico, mencionando la técnica B-Lynch, la ligadura de arterias uterinas y, por último, la histerectomía. Como resultado de lo planteado anteriormente, se describe el papel del profesional de enfermería en el evento de hemorragia postparto, el cual se caracteriza por su tradición de servicio, diligencia, abnegación y profesionalismo, reconociéndose en el ámbito médico como profesionales dignos de confiar.

Palabras clave:

Hemorragia postparto, puerperio, enfermería, desempeño, actividades, morbimortalidad materna.

ABSTRACT

As the title of this work is the performance of nursing professional during hemorrhage after delivery as a mechanism that ensures quality care to women in the postpartum period, in the city of Bogotá in the year 2012; it aims to determine the role of the nurse (or) in his profession at the time presented a postpartum hemorrhage. The methodology used to develop this monograph is based on the review of three themes such as: exposure of the different concepts of pph and their morbidity and mortality, identification of the types of management of postpartum hemorrhage and the description of the performance of professional nursing in the same event.

This information will be organized in three chapters whose content are generated from validated sources of virtual libraries, scientific articles, journals of Gynecology and obstetrics and texts of nursing, for a total of bibliographic references. Later these sources allow the discussion with authors, which will enrich the monograph because the thought of each author is due to different theoretical perspectives which allowed to make logical deductions which are incorporated in the conclusions of the study. The first chapter refers to the concepts of hemorrhage postpartum and their morbidity and mortality, different authors bring a different point of view according to your thought or theoretical perspective, however some agree its approach and scope; as for the causes, a single

author stands by grouping different reasons in a mnemonic, (the four "T" tone, tissue, trauma and Thrombin). The second chapter, management of postpartum hemorrhage, shows the different handlings such as pharmacological, and the main medicines used: oxytocin, misoprostol and the metergin. Medical treatment referred to two actions: the physiological and the asept, in terms of surgical treatment are three procedures: technique B-lynch, ligation of uterine arteries and hysterectomy, as well as the Red code that is the call of emergency when a postpartum hemorrhage. The last chapter, entitled performance of nursing professional, demonstrates the role of the nurse (or) in this event, so we need to know everything as seen in the previous chapters and in this way provide a suitable care. Back to the discussion are the conclusions chapters, the first we can deduce that irrespective of the causes of postpartum hemorrhage occurring and their relations, all affect in the same way the patient causing bleeding delivery pos during the postpartum period. It identified three types of management in the PPH and the so-called emergency, and as for the characterization, mentioned the pharmacological management and medical management. Also refers to the surgical, mentioning the B-lynch technique, ligation of uterine arteries and finally the hysterectomy. As result of the issues raised above, describes the role of the professional nurse in the event of PPH, which is characterized by its tradition of service, diligence, dedica-

tion and professionalism, recognizing in the medical field as professionals worthy of trust.

Key Words:

Hemorrhage postpartum, postpartum nursing, performance, activities, maternal morbi-mortality.

Introducción

 Esta investigación surge por la necesidad sentida de revisar información existente sobre la hemorragia postparto, exponer el desempeño que tiene el profesional ante esta situación, ya que un sangrado obstétrico es un evento que generalmente es prevenible cuando la enfermera(o) profundiza y actualiza conocimientos para enfrentarlo, por lo tanto se requiere que el profesional actúe eficaz y oportunamente como un mecanismo que garantice calidad en la atención a las puérperas, contribuyendo con la disminución de la morbimortalidad de la población de mujeres en edad fértil.

La hemorragia postparto es un sangrado excesivo que sucede después del parto, después de una serie de acontecimientos o complicaciones que tenga la paciente. La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. La incidencia varía entre los países, pero globalmente responde al 25% de las muertes. Aún en los países desarrollados, la he-

morragia está entre las tres primeras causas de muerte. En Colombia, en el año 2006, la hemorragia postparto fue la segunda causa de muerte después de los fenómenos hipertensivos (Vélez Álvarez, Agudelo Jaramillo, Gómez Dávila y Zuleta Tobón, 2009).

Por lo citado anteriormente, esta monografía es significativa para la profesión de enfermería porque la revisión de conceptos, criterios, posiciones y teorías en fuentes validadas permitirán la profundización de conocimientos y la actualización de la información que se maneja en el contexto clínico para la intervención del profesional de enfermería en el manejo de la hemorragia postparto.

Con respecto a la aplicación que tiene esta monografía al campo objeto de estudio, vale la pena hacer énfasis que en una situación de emergencia, como la hemorragia postparto, es necesario que el equipo asistente esté suficientemente actualizado en las mejores técnicas y estrategias para salvar la vida y que trabaje de manera coordinada y lógica. De manera simultánea debe dirigir los esfuerzos hacia objetivos concretos como salvar a la madre, disminuir la morbilidad que resulta del proceso hemorrágico y de la reanimación. Por lo tanto, esta monografía apuntará a la detección de respuestas y de alternativas de intervención en el tratamiento de la hemorragia postparto.

Esta revisión es importante para el profesional de enfermería, ya que ofrece información pertinente acerca de su papel frente a una hemorragia postparto, partiendo de la identificación, intervención oportuna y eficaz, la cual ofrece la posibilidad de plantear protocolos y/o guías de enfermería en el evento de una hemorragia postparto, que oriente y agilice su desempeño.

Esta monografía tiene valor metodológico en la medida que se constituye en un material de consulta y de apoyo para la capacitación y entrenamiento de los profesionales que manejan estos eventos, porque la revisión de los aspectos fundamentales sobre la hemorragia postparto permitirá ampliar la información sobre la hemorragia postparto. Esto generará la capacidad de tomar decisiones oportunas por parte del profesional para que su labor sea más funcional y evidente. Así mismo el valor teórico se reflejará en los aportes desde lo cognitivo cuando los profesionales en formación y docente socialicen sobre los conceptos que se muestran en esta revisión.

En cuanto a los objetivos, esta investigación se propone de manera general identificar el desempeño del profesional de enfermería frente al manejo de la hemorragia postparto desde su intervención y la revisión de procedimientos.

Para que este propósito se logre se requiere describir el des-

empeño del profesional de enfermería al momento que se presente la hemorragia postparto.

Así mismo se determinará e identificarán los tipos de manejo de la hemorragia postparto como la administración de medicamentos y hemoderivados. Finalmente se describirán las intervenciones de enfermería pertinentes al presentarse una hemorragia postparto.

La metodología empleada para desarrollar esta monografía se basa en la revisión de tres temáticas, que son: exposición de los diferentes conceptos de hemorragia postparto y su morbimortalidad, identificación de los tipos de manejo de la hemorragia postparto y la descripción del desempeño del profesional de enfermería en el evento de hemorragia postparto. Esta información se organizará en tres capítulos, cuyo contenido son generados de fuentes validadas de bibliotecas virtuales, artículos científicos, revistas de ginecología y obstetricia y textos de enfermería, para una totalidad de 21 referentes bibliográficos. Posteriormente, estas fuentes permitirán la discusión con autores, lo cual enriquecerá la monografía porque el pensamiento de cada autor obedece a diferentes perspectivas teóricas, lo cual le permitirá a la investigadora plantear deducciones lógicas que se constituyan en las conclusiones del estudio.

La proyección o alcances de este estudio implican una reflexión

que puede compilarse temáticamente y publicarse para que sea consultado por académicos, estudiantes y profesionales de enfermería como un aporte, un punto de partido en el manejo de la hemorragia postparto

Finalmente, esta monografía se limita a la revisión ordenada de aspectos fundamentales en el manejo de la hemorragia postparto, por lo tanto no se presenta como un manual práctico, sino como recopilación teórica que busca profundizar y actualizar la temática objeto de estudio.

Metodología

La metodología empleada para desarrollar esta monografía se basa en la revisión de tres temáticas que son: exposición de los diferentes conceptos de hemorragia postparto y su morbimortalidad, identificación de los tipos de manejo de la hemorragia postparto y la descripción del desempeño del profesional de enfermería en el evento de hemorragia postparto. Esta información se organizará en tres capítulos, cuyos contenidos son generados de fuentes validadas de bibliotecas virtuales, artículos científicos, revistas de ginecología y obstetricia y textos de enfermería, para una totalidad de 21 referentes bibliográficos.

Posteriormente, estas fuentes permitirán la discusión con autores, lo cual enriquecerá la mo-

nografía porque el pensamiento de cada autor obedece a diferentes perspectivas teóricas lo cual le permitirá a la investigadora plantear deducciones lógicas que se constituyan en las conclusiones del estudio.

Resultados

1. Conceptos de hemorragia postparto y su morbimortalidad

1.1. Mortalidad materna en Colombia

La mortalidad materna, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la OMS y la décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) se considera aquella muerte de una mujer en el curso de la gestación y durante el plazo de 42 días después de su terminación, por cualquier causa determinada o agravada por el embarazo o por su asistencia, pero no por causas accidentales ni fortuitas (Cabero Roura, 2006).

La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. La incidencia varía entre los países, pero globalmente responde al 25% de las muertes. Aún en los países desarrollados la hemorragia está entre las tres primeras causas de muer-

te (Barbón Sánchez, García Peralta, Maceo Ramírez, Reyes Padilla, Martínez Martínez, García Peralta y Díaz Ramírez, 2011).

A pesar de ser un país donde el 97% de los partos son atendidos en instituciones de salud, persisten problemas de calidad en los servicios, que se traducen en una razón de mortalidad de mujeres gestantes de 75 muertes por cien mil nacidos vivos (año 2007), una cifra muy alta comparada con el nivel de desarrollo de Colombia (Naciones Unidas).

En el departamento de Antioquia, Colombia, la hemorragia obstétrica fue la primera causa de muerte materna durante los años 2004 al 2007 (Barbón Sánchez, García Peralta, Maceo Ramírez, Reyes Padilla, Martínez Martínez, García Peralta y Díaz Ramírez, 2011).

Se han notificado 142 casos de mortalidad en gestantes durante el transcurso de 2011. En comparación con los casos de los años 2009 y 2010; siendo esto para algunos países una cifra positiva, ya que han logrado disminuir la mortalidad en las gestantes, como se puede observar en la figura 1. Llama la atención el comportamiento hasta la semana 18 de 2011 de los departamentos del Valle, donde aumentaron los casos en el 2010 y lleva 10 casos en lo corrido del año, al igual que el departamento del Cauca que lleva seis casos en lo corrido de 2011. Otras entidades territoriales que habían disminu-

do sus casos para el 2010 han presentado un incremento en el mismo periodo del 2011: Antioquia, Meta, Bolívar, Cartagena, Cundinamarca, Huila, Cesar y Atlántico. Las que mayor disminución han presentado para el mismo periodo comparando con los dos años anteriores son: Bogotá, Córdoba, Norte de Santander, Barranquilla, Boyacá, Tolima, Caldas y Magdalena (Instituto Nacional de Salud, 2011).

1.2. Hemorragias postparto

La definición que por lo general se encuentra en la literatura es aquella que define la hemorragia postparto como la pérdida de sangre de 500 ml después de un parto normal o de 1000 ml después de una cesárea, pero esta definición se queda algo corta, ya que una hemorragia postparto va más allá de simplemente la pérdida excesiva de sangre.

El autor Lowdermilk en su libro *Enfermería materno infantil* da la misma definición, solo que le da un valor agregado. Define que la hemorragia postparto es la pérdida de más de 500 ml de sangre en las primeras 24 horas y explica que es normal que las mujeres que son sometidas a cesárea con frecuencia pierdan hasta esa cantidad. Por lo general se pierden de 1.000 a 2.000 ml de sangre para que se crea considerable el sangrado (Lowdermilk).



En la *Revista chilena de ginecología y obstetricia* (2012) se define la hemorragia postparto como aquella que produce una inestabilidad hemodinámica en la paciente o la necesidad de transfusión (López, Vegas, Arrieta, Iglesias y González, 2012).

Según un artículo del hospital Virgen del Camino en Pamplona, España, se define la hemorragia postparto como aquella que repercute en la paciente y provoca que esté presente una serie de signos y síntomas característicos de la hipovolemia (Karlsson y Pérez).

En un artículo de revisión del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital La Moraleja Sanitas, Madrid, dice que las hemorragias postparto son las que se producen después de la salida

completa del feto y mientras dura el puerperio (Cabrillo, Terán, Calle, Sancha, y Magdaleno, 2007) y mientras dura el puerperio y que ocurre entre las 24 horas y las 12 semanas después del parto (Pérez Agudelo, 2007).

A pesar de que se encuentran muchas definiciones acerca de este tema, se puede ver que todo va encaminado a lo mismo: al riesgo de muerte de materna, siendo este un problema grave, ya que se está desprotegiendo a un recién nacido y perdiendo la vida de una persona potencialmente recuperable.

En un artículo de ginecología y obstetricia de México se da una definición muy técnica e importante, dice que se considera la hemorragia postparto a la disminución en la concentración de hemoglobi-

na de 3 g o más y al hematocrito en más de 10% de los valores previos (Díaz, Mata, Gutiérrez, Villalobos, Garza y Mendoza, 2009).

1.2.1. Causas de la hemorragia postparto

Podemos encontrar que muchos autores nos habla de que la principal causa y la más común que influye a que se presente una hemorragia postparto es la atonía uterina, es decir, el útero ha perdido su tono, por lo tanto no expulsa la placenta debido a la rigidez de este. Otra causa sería la distensión vesical, es muy importante evitar que la vejiga se distienda porque esto hace que el útero se desplace por encima del ombligo y hacia un lado de la línea media en el abdo-

men e impide la contracción normal del útero, esto quiere decir, que esta distensión vesical va a conllevar a una pérdida del tono uterino. Aunque la hemorragia postparto puede tener su origen también, cuando hay presencia de hematomas vaginales o vulvares o desgarrados no reparados de la vagina o el cérvix (Lowdermilk).

En el libro *Obstetricia clínica* aún sigue reiterando lo dicho anteriormente sobre la principal causas de la hemorragia postparto, denominada en este libro como inercia uterina y la define como la causa más frecuente de hemorragia después del alumbramiento; ocurre debido a un defecto de contracción uterina, al no presentarse de manera firme y sostenida una vez terminado el alumbramiento (Llaca Rodríguez y Fernández Alba, 2000).

En el libro materno infantil de Burroughs se nos menciona entre las principales causas la retención de fragmentos placentarios que, independientemente de su tamaño, a veces interfieren en la construcción de los vasos sanguíneos uterinos, con la consiguiente hemorragia, por eso es muy importante inspeccionar la placenta para saber si está completa y asegurarse de que no hay placenta retenida (Burroughs, 2012).

En el artículo de revisión del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital La Moraleja Sanitas, Madrid, se clasifican las

causas en una nemotecnia que son “las 4 T”: tono, tejido, trauma y trombina (Cabrillo, Terán, Calle, Sancha, y Magdaleno, 2007).

- [Alteración de la contracción uterina \(tono\).](#)
- [Retención de restos \(tejido\).](#)
- [Trauma genital \(trauma\).](#)
- [Anomalías de coagulación \(trombina\).](#)

2. Manejo de las hemorragias postparto

Para el manejo de la hemorragia postparto es necesario ser muy preciso, para saber actuar en el momento justo.

El enfoque terapéutico ante una hemorragia postparto debe ser multidisciplinario, y es imprescindible actuar de manera inmediata, dada la urgencia y gravedad del cuadro. Es fundamental llevar a cabo un conjunto de medidas generales, siguiendo una serie de pasos perfectamente sistematizados. El tratamiento deberá ser progresivo y habrá que individualizar cada caso para aplicar medidas específicas, teniendo en cuenta, siempre que se pueda, los deseos reproductivos de la paciente (Cabrillo, Terán, Calle, Sancha, y Magdaleno, 2007).

Las afecciones que producen hemorragia obstétrica son varia-

das y graves, constituyen verdaderas emergencias, por lo que requieren manejo dinámico y cuidadoso (Cabezas Poblet, Dávila Cabo).

2.1. Manejo farmacológico

2.1.1. Oxitocina

Se recomienda administrar oxitocina, 10 unidades diluidas en solución fisiológica o Hartman de 500 cc al 5% posterior al nacimiento del hombro anterior, debe evitarse su utilización en bolo i.v. por la posibilidad de hipotensión y colapso circulatorio en pacientes con hipovolemia y cardiopatías (Cabrillo, Terán, Calle, Sancha, y Magdaleno, 2007).

La administración de misoprostol en combinación con oxitocina, por vía intrauterina disminuye la pérdida sanguínea postcesárea y provoca pocos efectos colaterales (Díaz, Mata, Gutiérrez, Villalobos, Garza y Mendoza, 2009).

2.1.2. Metilergometrina (Methergin®, ampollas de 0,2 mg/mL)

Puede utilizarse i.v. en dosis de 0,2 mg diluidos en 5 mL de suero salino fisiológico que deberá pasarse en al menos 1 min, por vía intramuscular (0,2 mg/2-4 h, sin exceder 5 dosis) o intramiometrial. Su principal efecto secundario es la vasoconstricción periférica, que puede ocasionar hipertensión, es-

pasmo coronario e incluso infarto agudo de miocardio. Dados los efectos secundarios referidos, su uso estará contraindicado en pacientes hipertensas o con una patología cardíaca.²¹ Díaz, R., Mata, R., Gutiérrez, H., Villalobos, M., Garza, R., y Mendoza, A. (2009).

2.1.3. Prostaglandinas

Han demostrado una gran efectividad para controlar la hemorragia postparto. Los efectos adversos son significativos, sobre todo en la administración intravenosa, y pueden incluir náuseas, vómitos, fiebre, diarrea, desaturación transitoria, broncoespasmo y, más raramente, hipertensión. Están contraindicadas en pacientes con enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o hepática. Son contraindicaciones relativas el asma bronquial, el glaucoma y la hipertensión arterial (Hofmeyr, Gülmezoglu, Novikova, Linder, Ferreira y Piaggio, 2009). El uso de misoprostol para prevenir o tratar la hemorragia postparto ha atraído considerable atención. El misoprostol, una prostaglandina, se ha demostrado que estimula la contractilidad uterina a principios de embarazo y en término. Administrado por vía oral o por vía vaginal.

Estos son los medicamentos más utilizados, al momento de presentarse una hemorragia postparto, mas sin embargo, hay otros medicamentos (mencionados más adelante) que por su mecanismo

de acción nos permiten brindar un mayor cuidado a la paciente, ya que al momento de presentarse una hemorragia postparto no solo es el sangrado presente en ese momento, sino también desencadena una serie de eventos que de igual forma necesitan ser tratados; como la disminución de la TA, aumento de la FC y por supuesto el dolor.

La revisión de McCormick establece que la administración de agentes uterotónicos es capaz de prevenir la hemorragia postparto sin incrementar el riesgo de retención placentaria ni otras complicaciones graves (Cabrillo, Terán, Calle, Sancha y Magdaleno, 2007).

2.2. Manejo médico

En el tratamiento médico, es importante mirar las técnicas que se van a hacer para prevenir una hemorragia, ya que no es necesario esperar a que se presente para ahora sí actuar.

Hay un manejo fisiológico y otro activo; en el manejo fisiológico no se utilizan oxitócicos, se expulsa la placenta por gravedad y el esfuerzo materno, se pinza el cordón después de la expulsión de la placenta. En cambio en el manejo activo: se administran oxitócicos, se pinza el cordón, se expulsa la placenta mediante tracción controlada del cordón, se masajea el fondo (Martínez Galiano, 2009).

Por lo general, en la literatura siempre encontramos la oxi-

tocina como el fármaco principal, en el tratamiento médico de las hemorragias postparto, pero la OMS presenta otro medicamento que también lo podíamos utilizar, bien sea de primera o segunda línea.

Según la OMS se confirma que el misoprostol es un tratamiento médico efectivo para la hemorragia postparto. La implementación sería factible en unidades que actualmente utilizan una intervención comosintométrica más infusión de oxitocina para el tratamiento de la hemorragia postparto (Fawcus, 2012).

2.3 Manejo quirúrgico

2.3.1. Técnica B-Lynch

Según la clínica de investigación en ginecología y obstetricia, en el artículo técnica B-Lynch para el tratamiento de la hemorragia postparto, la técnica, más frecuentemente empleada y con mejores resultados es la sutura de B-Lynch: técnica de comprensión uterina (aplicación de suturas en el útero) (Villar Jiménez et. ál, 2011).

2.3.2. Ligadura de arterias uterinas

En el tratamiento quirúrgico podemos encontrar en la segunda línea la ligadura de arterias uterinas, donde se realiza una sutura reabsorbible con aguja grande alrededor de la porción

ascendente de la arteria y la vena uterinas, pasando a través del miometrio unos 2-4 cm medial a los vasos y a través del área vascular del ligamento ancho (Calle, Sancha, Magdaleno y Cabrillo, 2007).

2.3.3. Histerectomía

La histerectomía puede provocar trastornos psicopatológicos, en lo que denomina “síndrome post-histerectomía”, que se caracteriza por depresión, fatiga, sofocos y síntomas urinarios. Sin embargo, la mayor parte de los estudios demuestran que los síndromes de depresión tras una histerectomía se deben a psicopatología previa (Olivera y Pérez Segura, 2007).

2.4. Código rojo

El código rojo es un llamado de emergencia que indica la presencia de hemorragia obstétrica, es decir, durante el embarazo o las siguientes 24 horas después de haber dado a luz (Navarro y Castillo, 2010). En el presente trabajo esta descrito solo cuando la hemorragia se presenta en el postparto.

Es un equipo de salud que surge como respuesta a la hemorragia materna en las unidades obstétricas y con su activación pretende intervenir rápidamente en esta situación de emergencia y disminuir la mortalidad materna en el país (Navarro y Castillo, 2010).

El código rojo maneja una secuencia temporal descrito en el anexo A.

En la secuencia temporal se maneja del minuto 0 al 60 llamado la hora de oro; en el minuto de cero se activa el código rojo de 1 a 20 minutos se diagnostica y se trata la causa donde se quiere lograr estabilizar a la paciente, de 20 a 60 minutos se espera una mejoría, pero se continua con el tratamiento valorando la recuperación que tenga la paciente y en el minuto 60 se debe vigilar constantemente a la paciente.

El minuto cero es desde el momento que ocurre la hemorragia por eso es muy importante estar pendientes de las pacientes postparto para poder identificar la

hemorragia a tiempo y la supervivencia de la paciente sea alta.

3. Desempeño del profesional de enfermería

Desde la época de Florence Nightingale, a mitad del siglo XIX, la labor de la enfermera en el ambiente hospitalario ha sido imprescindible, más aún en la implementación de los códigos de respuesta inmediata. No se exagera si se piensa que la líder del código rojo en las unidades de obstetricia debe ser la enfermera, con una tradición de servicio, diligencia, abnegación y profesionalismo, reconocida en el ámbito médico como una profesional digna de confiar (Navarro y Castillo, 2010).

Tarjetas con la asignación de funciones

Coordinador (médico)

- Posicionado en el útero
- Busque la causa de choque hemorrágico
- Trimestre 1: aborto y sus complicaciones, ectópico, mola
- Trimestre 2 y 3: placenta previa, abrupcio de placenta, ruptura uterina
- En hemorragia posparto: causas basadas en el protocolo de las "cuatro T's": tono, trauma, tejido y trombina
- Evacúe vejiga y deje sonda Foley
- Tome la decisión temprana de remisión o asumir el caso, de acuerdo a la causa y el nivel de atención en el que se encuentre
- Verifique continuamente que los asistentes cumplan sus funciones y defina los cambios a que haya lugar
- Ordene la aplicación de los medicamentos necesarios

que se presenten y sus relaciones, todas repercuten de la misma forma en la paciente, conllevándola a presentar una hemorragia después del parto durante el puerperio.

En la hemorragia postparto se identificaron tres tipos de manejo y el llamado de emergencia, se clasificaron en farmacológico, médico, quirúrgico y código rojo y en cuanto a la caracterización, se mencionó el manejo farmacológico donde se plantea la administración de medicamentos como la oxitocina, el metergin y el misoprostol. Dentro de este aspecto, el manejo médico está dividido en activo y fisiológico. Así mismo, se hace referencia a lo quirúrgico, mencionando la técnica B-Lynch, la ligadura de arterias uterinas y, por último, la histerectomía.

Como resultado de lo planteado anteriormente, se describe el desempeño del profesional de enfermería en el evento de hemorragia postparto se caracteriza por su tradición de servicio, diligencia, abnegación y profesionalismo, debe ser reconocida(o) en el ámbito médico como una profesional digna de confiar. Como enfermeras(os) se debe estar capacitada (o) para tal acción, trabajando con serenidad, pero al mismo tiempo con precisión y habilidad, detectando las actividades como la administración de medicamentos y hemoderivados en el momento oportuno, la clasificación de diagnósticos enfermeros. Vale la pena

destacar que cada una de estas actividades tiene sus respectivas intervenciones.

Recomendaciones

Se les sugiere a los profesionales de enfermería capacitarse en los temas relacionados con el manejo de conceptos y causas de la hemorragia postparto, para su actualización.

A las instituciones hospitalarias se les recomienda la implementación de una guía de manejo o protocolo de código rojo para que el equipo interdisciplinario de salud conozca y se entrene en este llamado de emergencia.

Al profesional de enfermería se les sugiere ser proactivos y diligentes en las actividades propias del manejo de hemorragia postparto.

Al programa de enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina, se le sugiere profundizar en la hemorragia postparto y las actividades de enfermería pertinentes.

Bibliografía

- Barbón Sánchez, A., García Peralta, T., Maceo Ramírez, I., Reyes Padilla, D., Martínez Martínez, A., García Peralta, E., y Díaz Ramírez, M. (2011). Hemocomponentes en la hemorragia obstétrica mayor. (Spanish). *Revista Cubana De Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 341-348. (citado: 17-09-2012).
- Burroughs, A. Enfermería materno infantil de Bleiber. Cap. 23. Complicaciones postparto y cirugía, p. 448,

hemorragia postparto (citado: 16-07-2012).

- Cabero Roura, L. (2006). Maternal mortality: The magnitude of a great problem and the most common causes. *Folia Clinica en Obstetricia y Ginecologia*, (60), 6-40. Retrieved from www.search.proquest.com/docview/223755828?accountid=50441 (citado: 15-09-2012).
- Cabezas Poblet, Bárbara L.; Cabezas Poblet, María Antonia; Dávila Cabo de Villa, Evangelina. Hemorragia obstétrica postparto. Cuba: Centro Provincial de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, 2009, p. 2. www.site.ebrary.com/lib/bibliotecaafuaasp/Doc?id=10337229&ppg=2. Centro Provincial de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Allrightsreserved. (Citado: 17-09-2012).
- Cabrillo, E., Terán, M., Calle, C., Sancha, M. y Magdaleno, F. (2007). Postpartum hemorrhage. *Folia Clínica en Obstetricia y Ginecología*, (64), 7-22. Retrieved from www.search.proquest.com/docview/223756429?accountid=50441; <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaafuaa/Top> (citado: 15-09-2012).
- Calle, C., M, T., Sancha, M., Magdaleno, F., y Cabrillo, E. (2007). Therapeutic approach in postpartum hemorrhage. *Folia Clinica En Obstetricia y Ginecologia*, (64), 40-48. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/223755770?accountid=50441> (citado: 18-10-12).
- Díaz, R., Mata, R., Gutiérrez, H., Villalobos, M., Garza, R. y Mendoza, A. (2009). Misoprostol intrauterino para la prevención de la hemorragia postcesárea. (Spanish). *Ginecología y Obstetricia de México*, 77(10), 469-474 (citado: 17-09-2012).
- Fawcus, S. Tratamientos para la hemorragia postparto primaria: Comentario de la BSR. <http://apps.who.int/>

- rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/postpartum_haemorrhage/sfcom/es/index.html
- H. Karlsson. C. y Pérez Sanz. Hemorragias postparto. Servicio de obstetricia y ginecología, Hospital La Virgen del Camino. Pamplona, <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf> (citado: 20-06-2012).
 - Hofmeyr, G. J., Gülmezoglu, A. M., Novikova, N., Linder, V., Ferreira, S., & Piaggio, G. (2009). Misoprostol to prevent and treat postpartum haemorrhage: A systematic review and meta-analysis of maternal deaths and dose-related effects. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 87(9), 666-77. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/229664622?accountid=50441>. (citado: 19-09-2012).
 - Instituto Nacional de Salud, boletín epidemiológico semanal Semana epidemiológica, número 18 de 2011 (1 al 7 de mayo de 2011). www.minproteccion-social.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Boletin_epidemiologico_SE_18.pdf (citado: 25-03-2012).
 - Llaca Rodríguez, Victoriano; Fernández Alba, Julio. *Obstetricia clínica*. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000, p. 454. <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecafuaasp/Doc?id=10472859&ppg=454>
 - López V., N., Vegas G., G., Arrieta B., S., Iglesias S., C., y González G., A. (2012). Reembolización de arterias uterinas por hemorragia postparto en una segunda gestación. (Spanish). *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77 (1), 40-43.
 - Lowdermilk. Harcourt/Océano. *Enfermería materno-infantil*. Unidad 4, postparto normal, p. 464 (citado: 26-06-2012).
 - Martínez-Galiano, J. M. Prevención de las hemorragias postparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas Prof.* 2009; 10 (4): 20-26.
 - Naciones Unidas en Colombia, Mortalidad materna en Colombia: un grave problema de salud pública. <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=i1-----ys=nyx=61735>(citado: 25-03-2012).
 - Navarro, J. Ricardo y Castillo, Viviana P. Código rojo, un ejemplo de sistema de respuesta rápida. *Rev. Col. Anest.* [online]. 2010, vol. 38, n. 1, pp. 86-99. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S.
 - Olivera y Pérez Segura (2007). Cirugía-Profíláctica como medida preventiva del Cáncer de mama Y ovario hereditario. *Psicooncología*, 4 (2), 483-497. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/220445266?accountid=50441> (citado: 18-10-12)
 - Pérez Agudelo, L. E. (2007). Hemorragia uterina anormal: enfoque basado en evidencias. Revisión Sistemática. *Revista Med*, enero, 68-79 (citado: 19-09-2012).
 - Vélez-Álvarez, Gladis Adriana; Agudelo-Jaramillo, Bernardo; Gómez-Dávila, Joaquín Guillermo and Zuleta-Tobón, John Jairo. Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [online]. 2009, vol.60, n.1 [cited 2012-12-02], pp. 34-48. Disponible en <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000100006yln=enyrm=iso>. ISSN 0034-7434.
 - Villar Jiménez, R. et. ál. Técnica B-Lynch para el tratamiento de la hemorragia postparto. *Clin Invest Gin Obst.* 2011.



La depresión postparto de la madre y sus implicaciones en el cuidado del recién nacido



Luz María Angulo Arias

Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería,
Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá D.C.

18

Objetivo



Comparar los cuidados del recién nacido de la madre sana durante el parto y de la madre con depresión postparto.

Objetivos específicos

- 1. Establecer desde la bibliografía, los cambios hormonales que se presentan en la mujer gestante y su relación con la depresión postparto.
- 2. Identificar las características del cuidado del recién nacido otorgado por una madre sin depresión postparto.
- 3. Analizar las características del cuidado del recién nacido otorgado por una madre con depresión postparto.

Metodología

Los estudios que se incluyen en esta monografía se basan específicamente en investigaciones realizadas por enfermeros profesionales y médicos resaltando los cuidados de enfermería del recién nacido, otorgados por la madre con depresión postparto y sus implicaciones en el desarrollo cognitivo, motor y social del niño.

Se debe tener en cuenta que los protocolos inmersos en el ámbito colombiano y fuentes secundarias como libros de carácter

nacional e internacional, se utilizaron para realizar el marco teórico sobre aspectos generales y específicos de los cuidados del recién nacido, otorgados por enfermería durante la estadía en la hospitalización y los cuidados del recién nacido otorgados por las madres sanas y con depresión postparto.

Finalmente, se realiza un análisis descriptivo a partir del cruce de la información documentada en el marco teórico y las investigaciones de enfermería tomando algunos referentes de tipo médico y psicológico, para complementar información de importancia para el quehacer de la enfermería donde se incluye la revisión bibliográfica y el análisis de artículos científicos.

Conclusiones

La madre con postparto sin depresión es capaz de brindar el cuidado para la satisfacción de las necesidades básicas del recién nacido: alimentación, lactancia, aseo, baño, vestido, estímulos motrices y cognitivos (que formarán el desarrollo integral del recién nacido); se facilita el vínculo afectivo madre e hijo, da cuidado oportuno y se produce el apego. Cuando se presenta la depresión postparto el trato brindado al recién nacido por parte de la madre es disminuido, las maternas poco hablaban a su hijo, su cuidado es escaso, con poca estimulación, de mal humor para ocuparse de las necesidades

del bebe. De esta manera, la depresión presentada en las maternas es transmitida al neonato el cual puede padecer de depresión en su desarrollo, o ser más sensibles a padecer ansiedad y estrés. Como resultado los niños en su comportamiento podrán ser agresivos, tienen dificultad de aprendizaje, dificultad para la socialización en su edad escolar y la adolescencia.

Durante la gestación, la madre presenta unas modificaciones físicas, anatómicas, psicológicas para adaptarse a la misma. Dentro de los cambios fisiológicos se presentan los cambios endocrinos los cuales están modificados por el incremento de la producción de hormonas tales como los estrógenos y la progesterona. La placenta suministra nutrientes y agua al feto en crecimiento, y de igual modo produce varias hormonas para mantener el embarazo. Algunas de estas hormonas son el estrógeno, el cortisol y el lactógeno de la placenta humana (Fernández, 2010 y Alcolea Flórez, 2011).

Los estrógenos tienen efecto sobre la piel, se aumenta la pigmentación y se afectan los sentimientos y emociones de la gestante. Estos cambios durante el postparto buscan su involución, es decir, regresar al estado normal antes de la gestación, lo que implica un descenso en hormonas como la progesterona, los estrógenos, la oxitocina, entre otras, generando cambios en el comportamiento

to de la madre que puede afectar el cuidado del recién nacido. No todas las mujeres se sienten de la misma forma durante su embarazo, depende de su carácter, de las circunstancias que le rodean y del apoyo que dispongan en cada momento; se producen sentimientos de ambivalencia, alegría, tristeza, ilusión, rechazo, inquietud, preocupación, entre otros.

La revisión bibliográfica arroja evidencias de que para una madre sin depresión posparto, el vínculo afectivo con su hijo se facilita y que da cuidados oportunos que repercuten en el desarrollo del niño. El contacto íntimo y el sentimiento de amor, calor y seguridad que el bebé adquiere al estar cerca de la madre, son tan importantes para su crecimiento y desarrollo, así como también el alimento exclusivo con la leche materna, pues el contacto al lactar le permite al recién nacido una relación placentera y satisfactoria. Conforme la madre sacia las necesidades del recién nacido en una forma consistente, el niño aprenderá a sentir confianza y seguridad en la madre. El recién nacido sentirá el amor de la madre dependiendo de cómo ofrece ella el cuidado a su hijo, de cómo le hable y de cuánto cuidado y cariño le brinde a sus necesidades. El recién nacido percibe si la madre se siente tensa, ansiosa, molesta o impaciente. Mientras más placenteras y relajadas sean cubiertas las necesidades básicas del recién nacido,

así mismo madre e hijo disfrutarán de esos momentos juntos, lo que repercutirá en el desarrollo positivo del niño, expresado en seguridad, confianza, procesos cognitivos y de socialización (Soria, 2008).

La madre con depresión puede presentar una serie de síntomas como irritación, enfado, incompetencia de no sentirse capaz de desempeñar su nuevo rol. La llegada de un hijo puede afectar en gran medida todas las relaciones y en ocasiones provocar una gran tensión. La madre necesita tiempo para encontrar los mecanismos que le permitan adaptarse a la nueva situación. Los recién nacidos requieren de tiempo y cuidados especiales, puesto que precisan atención constante: hay que alimentarlos, bañarlos, calmarlos cuando lloran, dormirlos, etc., lo que conlleva a una gran responsabilidad que abarca numerosas horas del día, por lo que la madre siente que pierde la libertad que tenía antes del nacimiento de su hijo. A menudo las mujeres que atraviesan dificultades durante las semanas y los meses posteriores al parto se sienten como si fuesen las únicas que se encuentran en esa situación. Esta falta de experiencia y conocimientos puede desencadenar un sentimiento sobrecogedor de incompetencia, una sensación de fracaso y aislamiento. Todo esto puede generar un profundo malestar emocional en la madre, lo que conlleva a que se presenten consecuencias las cuales se pueden ver reflejadas

en alteraciones cognitivas, motoras y sociales en el desarrollo del niño (Urdaneta y Rivera, 2011).

La detección temprana de la depresión posparto es importante ya que en las primeras semanas posparto se logra identificar situaciones que afectan a la mujer, permite la búsqueda de alternativas de identificación que muchas veces quedan en el ámbito del hogar y que no son detectadas por los profesionales de salud.

Aunque su origen no está del todo claro, hay varios motivos reconocidos que podrían llevar a padecerla: el shock de convertirse en madre, el cambio de relación con los demás, el sentimiento de falta de apoyo, un parto dificultoso, las propias experiencias en la infancia, una dieta irregular o antecedentes de depresión son algunos de los factores de riesgo de tipo biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar a la madre en postparto.

Los hijos de madres con DPP (depresión posparto) tienen más del doble de posibilidades de desarrollar problemas de conducta a largo plazo y de ser víctimas de violencia intrafamiliar. Asisten a un menor número de controles de salud, reciben menos inmunizaciones y presentan alteraciones en sus rutinas de cuidados básicos, desde el periodo neonatal presentan un perfil de desajuste caracterizado por reactividad deficiente, niveles elevados de hormonas aso-



ciadas al estrés (norepinefrina y cortisol), déficit en la reactividad a la expresión facial; tono vagal menor que implica la no reactividad de la respuesta simpática, llanto frecuente y agresividad. Se debe valorar la salud mental de la mujer en posparto para minimizar los riesgos para el hijo, recomendar no consumir cafeína, nicotina, alcohol y maximizar el descanso (Rodríguez, 2007).

Una estrategia que se utiliza en la detección de la depresión posparto es la Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo, la cual se creó como herramienta para los profesionales de atención primaria en salud, para cuantificar síntomas depresivos cognoscitivos exclusivamente en el posparto. Se centra en los síntomas de la depresión tales como bajo estado de ánimo, pérdi-

da de la capacidad de disfrute y ansiedad. Además es un instrumento importante para la identificación de posibles trastornos depresivos durante el embarazo.

Análisis

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación bibliográfica se pudo evidenciar que durante la gestación, las mujeres tienen necesidades específicas de atención en salud, por lo cual se hace necesario el abordaje interdisciplinario para la atención a tiempo de situaciones que pongan en riesgo la salud física y mental de la madre y el hijo. La depresión posparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién

nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional. Se ha podido observar que los hijos de madres deprimidas son más quisquillosos, menos sensibles a expresiones faciales y vocales, menos activos y muestran hormonas de estrés elevadas, a diferencia de los hijos de madres sin depresión posparto.

Se recomienda analizar desde la enfermería el contacto con las madres durante el control prenatal, el curso de preparación para la maternidad, el nacimiento y el posparto, ya que es allí donde se pueden detectar los casos de depresión posparto. Se ha de promover a las usuarias para que hablen de cómo se sienten y así fomentar la escucha oportuna para reducir las complicaciones de las maternas

y de los recién nacidos. Se sugiere la utilización de la escala de Edimburgo de depresión postparto en los servicios de ginecoobstetricia, ya que permite la identificación de los factores que pueden afectar a la mujer durante la gestación y que pueden producir depresión en el postparto, así como la fomentación en estudios sobre la depresión postparto y su implicación en el recién nacido para sensibilizar a los profesionales de la salud en la atención cálida y oportuna del binomio madre e hijo durante esta primera etapa de vida, y de esta manera prevenir complicaciones tanto de la madre como del niño, y sus consecuencias en la familia y en la sociedad.

El desarrollo de esta monografía le permite al profesional de enfermería ampliar sus conocimientos y la visión acerca de una

de las complicaciones comunes de la mujer en postparto. La conceptualización de la depresión postparto (DP) y los instrumentos de detección para la depresión postparto, permiten comprender los cambios que presenta la mujer a nivel fisiológico y psicológico durante el postparto, y los riesgos de presentar la patología con las subsiguientes consecuencias en el cuidado del niño.

La detección temprana de la DP, permite planear las intervenciones propias desde la profesión de enfermería como el acompañamiento, consejería y la remisión oportuna al especialista para el tratamiento del caso, de tal forma que se controle a tiempo la DP y se prevengan complicaciones ocasionadas por falta o incorrecto cuidado del niño en busca de la calidad de vida y bienestar del hijo.

Referencias bibliográficas

- FERNÁNDEZ ALBA, Julio. (2010). *Obstetricia clínica*. pág. 54 segunda edición. Editorial Mc Graw Hill.
- ALCOLEA FLÓREZ, Silvia. (2011). *Guía de cuidados en el embarazo*. pág. 8 Hospital universitario de celta.
- SORIA ROSE, María. (2008). *Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto*. Pág. 22. Montevideo.
- URDANETA, José y RIVERA, Ana. 2011. *Rev. Chilena de obstetricia y ginecología*. pág. 12 vol. 76 N°2. Santiago de Chile.
- RODRÍGUEZ, G. Maritza. (2007). *Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento*.



Factores de **riesgo psicosociales** que inciden en el consumo de **sustancias psicoactivas** en los adolescentes



María **Hernández**, Diana **Sánchez**, Yady **Cañón**,
Jeimy **Rojas**, Adriana **León**, María **Santos**

Estudiantes del Programa de Enfermería, VIII semestre, Semillero Conexión Salud,
Fundación Universitaria del Área Andina, sede Bogotá

mahernandez1@areandina.edu.co, disanchez@areandina.edu.co, yacanon@areandina.edu.co,
jerojas3@areandina.edu.co, adleon@areandina.edu.co, masantos3@areandina.edu.co.

24

RESUMEN

El presente artículo recopila los factores de riesgo en los que se encuentran los adolescentes en nuestra sociedad, es importante recalcar que se encuentran tres factores importantes como los individuales, familiares y sociales que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas y que repercuten en la actitud y vida de estos; se resume que la familia y la sociedad son los factores más predisponentes hacia el consumo puesto que no hay reglas, oportunidades y el manejo de tiempo libre en la familia y en el colegio no es adecuado y supervisado, por lo tanto, es importante fortalecer en los adolescentes los factores pro-

tectores, en la familia, en el colegio, y en la sociedad, para que sea capaz de tomar decisiones que no afecten su proyecto de vida, y si generen cambios positivos y necesarios para optimizar las habilidades para la vida.

Palabras clave:

adolescentes, factores de riesgo, familia, sociedad, sustancias psicoactivas.

ABSTRACT

This article compiles the risk factors in adolescents found in our society, it is important to note that there are three important factors such as individual, family and social factors that

influence the consumption of psychoactive substances that influence the attitude and their life, is summed up the family and society are the predisposing factors to consumption since no rules, opportunities and leisure management in the family and at school is not appropriate, supervised, therefore, is important in adolescents strengthen protective factors in the family, at school, and in society, to be able to make decisions that affect their life project, and if you generate positive changes necessary to optimize the skills to life.

Key Words:

Adolescents, risk factors, family, society, psychoactive substances.

Introducción

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual transcurren diversos cambios que van más allá de lo físico, trascendiendo al mundo complejo de las emociones, sentimientos, auto percepción y el carácter, todo ligado a la necesidad creciente de liberarse del núcleo familiar y construirse a sí mismo como alguien único y especial, para Sussman, Unger y Dent (2004) “Por sus características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal e independencia, alejamiento de los valores familiares y énfasis en

la necesidad de aceptación por el grupo de iguales, la adolescencia se convierte en la etapa evolutiva con mayor riesgo de inicio del consumo de drogas”, considerar la adolescencia como una etapa de riesgos no pretende estigmatizar a los jóvenes, pero si reconocer la importancia de prevenir el consumo de sustancias legales, que para muchos autores constituyen la puerta de ingreso a sustancias ilegales, todas conllevan a consecuencias a nivel de salud y del estado emocional-comportamental.

Cuando se logran identificar los factores de riesgo que toman

parte en la influencia del consumo en adolescentes, se logran orientar de mejor forma las acciones de prevención hacia éste flagelo social, como lo dice (García, 2010) “La prevención del consumo de drogas es uno de los ejes de acción fundamentales entendiendo que las actividades, acciones y programas implementados con este objetivo deben centrarse en la persona, fomentando su participación activa, creando conciencia de responsabilidad social, reforzando los elementos de protección frente al consumo y disminuyendo los factores de riesgo”.

A continuación, se desarrollara de una forma más específica cada uno de los factores de riesgo que inciden en estos.

Como todos sabemos la familia es la base fundamental de la sociedad y debe estar constituida con amor, tolerancia, respeto, pero, ¿qué pasa cuando estas cosas no funcionan bien dentro de una familia? Es importante recalcar que la familia es el apoyo de los adolescentes, es por ahí donde ellos desvían su camino, por la falta de apoyo, atención, respeto, amor; es desde casa donde nosotros como profesionales de la salud debemos comenzar nuestro proceso de promoción y prevención puesto que de esta manera el trabajo y los resultados serían más impactantes en la sociedad y en la población adolescente; es por este punto, educando a los padres de familia, incentivando la demostración de afecto entre sus miembros, el apoyo en la etapa en la que se encuentran sus hijos que podríamos tener una sociedad mejor.

No hay que desconocer que de igual manera los factores de riesgo individuales juegan un papel muy importante frente al adolescente y el consumo de sustancias psicoactivas, debido a que son todos aquellos elementos propios de cada individuo que lo hace susceptible a presentar cambios en la conducta o el comportamiento frente a diversas situaciones y en cuanto al manejo de toma de de-

cisiones, factores como la edad, el género, la personalidad, la baja autoestima, y el sistema difuso de valores van a determinar de alguna forma el proceder y la resolución de problemas del adolescente.

Los factores de riesgo también tienen condiciones de carácter psicológico y social, estableciendo una relación con el adolescente ya sea de forma directa o indirecta creando así un comportamiento diferente. Pues se relacionan con personas negativas, dando paso a disponibilidad de drogas, sustituyendo la felicidad por el placer y con ello brindan una solución fácil para sus problemas iniciando conductas indeseables. Por ejemplo en los colegios los adolescentes pueden presentar un bajo rendimiento académico, la falta de comunicación, manejo inadecuado de la disciplina y ejemplo de malas conductas.

En la actualidad, existe una amplia disponibilidad de drogas, legales e ilegales, lo que hace mucho más fácil el acceso y el consumo de estas. Tranquilizantes, somníferos, hipnóticos, etc., se pueden conseguir en las farmacias sin receta médica. Así mismo el amplio tráfico y distribución de drogas ilegales hace que sea fácil obtenerlas. Algunas drogas, como el éxtasis, están “de moda”, y prácticamente se puede obtener en cualquier discoteca. El ansia del joven de pertenecer a un grupo, de sentirse parte de un círculo social determinado, y las presiones

por parte de los “amigos”, pueden hacer también que el joven se vea iniciado en el consumo de drogas.

Por lo tanto, un adolescente vulnerable con factores de riesgo puede generar dependencia de sustancias, que es considerado, un trastorno crónico recurrente, el cual suele iniciarse o manifestarse en etapas tempranas. Lo que sugiere la neurociencia es que dicho trastorno tiene una base biológica y genética, y que no se debe únicamente a la falta de voluntad o de deseo de abandonar el consumo.

Como se ha descrito anteriormente, Las emociones que generan las drogas psicoactivas en los adolescentes se deben principalmente a la búsqueda del placer, o para escapar de diferentes situaciones que producen tristeza o frustración, poder comprender el trastorno adictivo con planteamientos neurocientíficos, son las emociones que cambian y guían al comportamiento. Sin duda el ser humano basa una parte importante de su vida en la búsqueda del placer.

Además se debe tener en cuenta, el esfuerzo de adaptación que debe realizar el adolescente para integrarse en una nueva etapa del desarrollo, suele generar cambios psicológicos y emocionales, que pueden caracterizarse por la aparición de ansiedad, estrés o depresión. Así mismo, cuando no se tiene los criterios necesarios como un adecuado ejemplo y relación que fortalezcan los lazos familiares, la



autonomía puede verse afectada de manera negativa y aparecer sentimientos de Impulsividad, deseo de gratificación inmediata, necesidad de sensaciones nuevas, se presentan como elementos fundamentales para entender la conducta de riesgo de muchos jóvenes, desde esta perspectiva se presentan como factores predictores del consumo, relacionados con la conducta.

Por lo tanto, es importante fortalecer en los adolescentes los factores protectores, en la familia, en el colegio y en la sociedad, para que sea capaz de tomar decisiones que no afecten su proyecto de vida y se generen cambios positivos y necesarios para optimizar las habilidades en la vida.

Marco referente

Inicialmente se pretende identificar aquellos factores de riesgo que pudieran facilitar o fomentar

el consumo de alcohol, o de cualquier otra sustancia legal o ilegal en la etapa adolescente, que generalmente se presentan con un inicio precoz en entornos educativos (Ruiz Francisco–Ruiz Risueño Juan). Estudiar la edad de inicio en el consumo y establecer edades consideradas de inicio precoz, no puede realizarse sin atender al contexto geográfico y sociocultural y a las tendencias de consumo locales. Las diferencias observadas en los estudios revisados en la edad de corte que establece el inicio precoz, son muy importantes y van desde los 11 a los 18 años (DuRant et al., 1999; Mathers, Toumbourou, Catalano, Williams y Patton, 2006). Sobresalen también los factores familiares donde, comportamientos de justificación, encubrimiento de conductas y disfunción familiar están muy relacionados con el consumo de drogas de los adolescentes, así como tam-

bién percepción familiar de pérdida de control y comportamientos de negación de responsabilidad familiar (Serrano, Caridad, Rodríguez, Louro).

Dentro de investigaciones relacionadas al tema se confirman las hipótesis de partida dando relevancia a las variables sociales y familiares como factores de riesgo principales para la transición del uso experimental de sustancias a un uso de estas más habitual y frecuente en la adolescencia, La sustancia que presenta una mayor tasa de consumo es el alcohol (38.8%) seguida por el tabaco (21.8%) y el cannabis (11.6%). La edad media de inicio al consumo más temprana corresponde al tabaco, a los (12.8 años), le sigue el alcohol (13.4 años) y, por último, el cannabis (13.8 años) (Alfonso, Huedo, Espada).

Los resultados señalan que los adolescentes varones, en com-

paración con las mujeres, presentan un mayor consumo de alcohol de tipo perjudicial. En cuanto a los factores familiares se encontró, entre otros, que una política educativa inconsistente se vincula a un mayor consumo de alcohol y que los adolescentes que manifiestan poseer valores diferentes a los transmitidos por los padres presentan puntuaciones superiores en consumo de alcohol; los adolescentes no consumidores tienen asimismo mejor calidad de relación con la madre y mejor percepción de la figura materna que los adolescentes consumidores de drogas (Fantín y García).

No hay que olvidar que los factores de riesgo individuales como el estrés predice el consumo de drogas en adolescentes. En particular, los acontecimientos vitales negativos se han asociado al consumo de tabaco (Wills et al., 1996), alcohol (Wills, 1986; Windle y Windle, 1996) y otras drogas (Arellano-Hernández et al., 2004; Biafora, Warheit, Vega y Gil, 1994; Unger et al., 2001). Windle y Windle (1996), además, encontraron que esta asociación puede ser diferente dependiendo de la magnitud y naturaleza de los acontecimientos estresantes. El factor psicosocial más asociado al problema de consumo de drogas fue el estrés psicológico severo. Asimismo, se encontró asociación entre el pensamiento problemático severo y el abuso físico con dicho problema (Salazar, Ugarte, Vásquez, Loaiza).

La escolaridad de los padres también influye mucho ya que cuando solamente alcanzan a terminar la primaria tienen dificultad en poder orientar a sus hijos. Las principales influencias para la inducción en el medio familiar al inicio del consumo de alcohol y tabaco, es el factor económico, la baja escolaridad, padre bebedor y tipo de trabajo que realiza. (Ramírez, Andrade, 2005).

El consumo de drogas lícitas e ilícitas entre jóvenes es una realidad actual y preocupante, que merece atención especial de toda la sociedad. Explorar las motivaciones que llevaron a estos jóvenes a consumir drogas contribuye a la identificación de sus necesidades y de los espacios importantes para el cuidado de la salud.

La importancia de conocer cuáles son los factores de riesgo aporta información útil para la formulación de programas de prevención, enfatizando la atención a las poblaciones que poseen mayor riesgo de este comportamiento (Acosta, Fernández, Pillon).

Se destaca la necesidad de implantar proyectos de intervención para fomentar conductas protectoras, fortaleciendo el combate del consumo de drogas en escolares y adolescentes. Acciones de promoción de la salud deben ser planeadas, ejecutadas y evaluadas, privilegiando los ambientes familiares y las interacciones entre sus miembros (Riofrío, Castanheira, 2010).

Bases teóricas

Un factor de riesgo “es una característica interna y/o externa del individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno” (Luengo, 1999). Durante la etapa de la adolescencia pueden presentarse cambios en los factores individuales, que hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser y comportarse. Por otro lado, La etapa de la adolescencia, se caracteriza por incremento de la emotividad, que puede asociarse a cambios hormonales, en los estilos de vida, o por problemas conductuales asociados al hogar o el colegio. Además, existe otros factores importantes, como lo es la influencia familiar ya sea de manera positiva o negativa, para Rojas M (s.f.) “El consumo de sustancias suele emerger de un contexto familiar y social caracterizado por modos de interacción disfuncionales”. Es por eso que la disfunción familiar incide notablemente en la formación de conflictos, y es desde el hogar donde se ven, los cambios psicológicos de los adolescentes frente al consumo de drogas, para dejar de lado los problemas familiares, otro aspecto importante es la falta de parámetros, normas o el manejo inapropiado de la comunicación entre padres e hijos, que juega, un papel crítico para facilitar el consumo de sustancias ilegales.

Por otra parte, existe el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, por presión de grupo, ya sea desde el colegio o por la vinculación a pandillas como modo de aceptación de los adolescentes, son muchos los estudios que señalan que “Durante la adolescencia, la asociación con iguales que consumen drogas es un potente predictor del consumo de las mismas” (Jessor, 1997). Los jóvenes en etapa de adolescencia suelen ser más vulnerables, frente a la presión de terceros, solo por sentirse identificados o aceptados por estos.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, donde se establecieron los principales factores de riesgo individual, familiar y social en el consumo de drogas en adolescentes. El estudio es de tipo descriptivo, es aquel, que describe de modo sistemático las características de una población. Aquí los investigadores recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento, el objetivo de este estudio es llegar a conocer las situaciones, objetos, procesos y personas. El instrumento utilizado fue Entrevistas estructuradas y personalizadas, realizadas a los estudiantes del grado sexto.



La población escogida por los investigadores del Instituto de Educación Distrital República Dominicana, posee cuatro grados de sexto, conformado por el grupo 601 con 33 estudiantes, 602 con 39 estudiantes, 603 con 31 estudiantes y 604 con 30 estudiantes para una población de 133 estudiantes en los grados sexto jornada de la tarde.

La muestra estuvo constituida por 69 estudiantes, en edades comprendidas entre los 10 y 15 años, de los grados 601, 602 en los

que se incluye género femenino y masculino.

Los criterios de inclusión que se tomaron fueron estudiantes en etapa de adolescencia, con asentimiento por la orientadora de la institución. Se estableció una conversación, comunicativa y asertiva, lo que permitió a los estudiantes expresar sus ideas y percepción respecto a patrones individuales, familiares y sociales, además se evidenció conductas comportamentales de riesgo de consumo de drogas.

Discusión

La adicción a sustancias psicoactivas es un problema que trasciende fronteras y niveles socioeconómicos, es un flagelo que poco a poco ha ido afectando a los adolescentes de etapas tempranas para preocupación de familias y comunidades. Hemos estudiado qué factores influyen en el riesgo de consumo de sustancias y hemos encontrado en otros estudios que el afrontamiento familiar que evade la situación es notablemente predominante, en nuestro proyecto evidenciamos que aunque un 92,7% tiene una percepción adecuada de su relación familiar un 7,3% dicen haber sido víctimas de algún tipo de maltrato, lo cual no

indica un afrontamiento apropiado ni la resolución adecuada a circunstancias negativas.

A nivel social se encuentra la aprobación del consumo de sustancias legales en eventos familiares, donde muchas veces los familiares son quienes promueven su ingesta, un 33,3% de los entrevistados ya han tenido contacto con bebidas alcohólicas, siendo un factor de riesgo elevado ya que las sustancias legales muchas veces conllevan al consumo de sustancias ilegales que tienen efectos mayores pero con consecuencias complejas en el desarrollo de los adolescentes.

En muchos ámbitos la droga tiene un efecto socializador, si a esto sumamos la falta de capacidad

en la toma de decisiones y la baja autoestima, tendremos un factor asociado para el adolescente, ya que se volverá más vulnerable a la presión de grupo ante la necesidad de vincularse a sus pares.

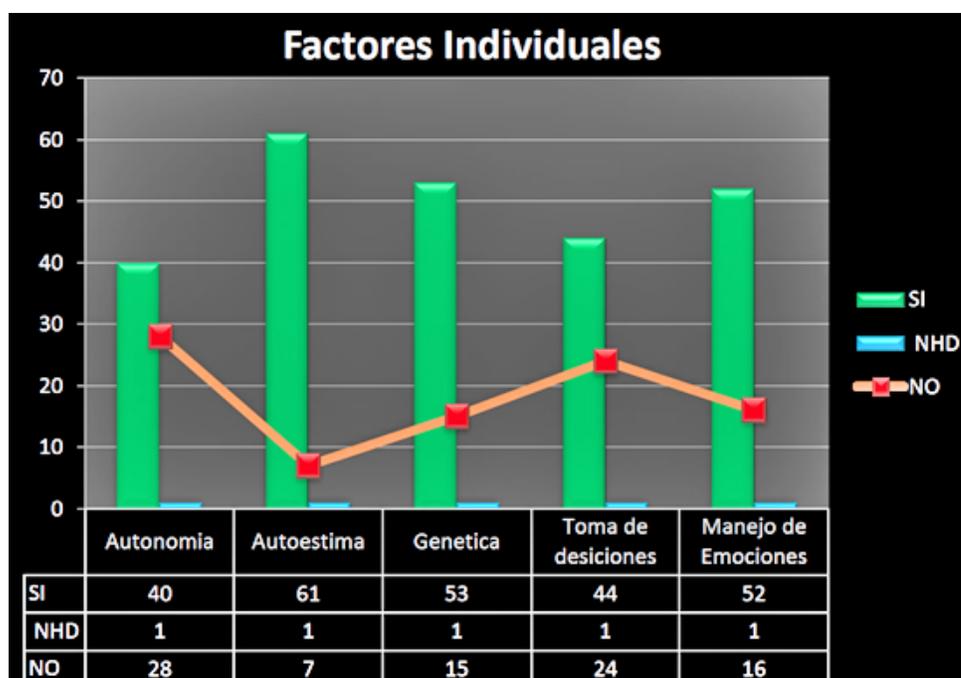
Resultados

Análisis gráfico 1

De los estudiantes entrevistados, 69 estudiantes respondieron sí tener autoestima, lo cual corresponde al 88.5%, y 8 contestaron no, que corresponde al 11.4 de los entrevistados. A la pregunta, ¿tiene autonomía? 40 estudiantes contestaron sí, que corresponde al 57,1% y no, 30 estudiantes, 42.8%. En cuanto a factores genéticos, 12 estudiantes contestaron que sí 17.1%, y no 58 estudiantes, con un porcentaje de 82,8%, toma de decisiones, sí 47 estudiantes 67.1% y no 23 estudiantes con un porcentaje de 32.8%; manejo de emociones, sí 55 estudiantes 78.5% y no 15 estudiantes con un porcentaje de 32.8%.

Los resultados del presente estudio indican que los factores de riesgo individuales planteados en la entrevista aportan información útil para la formulación de acciones y programas de prevención y se enfatiza en la atención a las poblaciones con mayor riesgo, lo que genera vulnerabilidad en los adolescentes para el consumo de sustancias psicoactivas, podemos notar que algunos de los entrevistados no reconoce clara-

Gráfico 1. Factores de riesgo individuales.



Fuente: entrevista realizada por estudiantes del programa de enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Fundación Universitaria del Área Andina.

mente qué es ser autónomo, y entra en conflicto con la capacidad en la toma de decisiones, lo que incide en la responsabilidad de sus actos.

Análisis gráfico 2

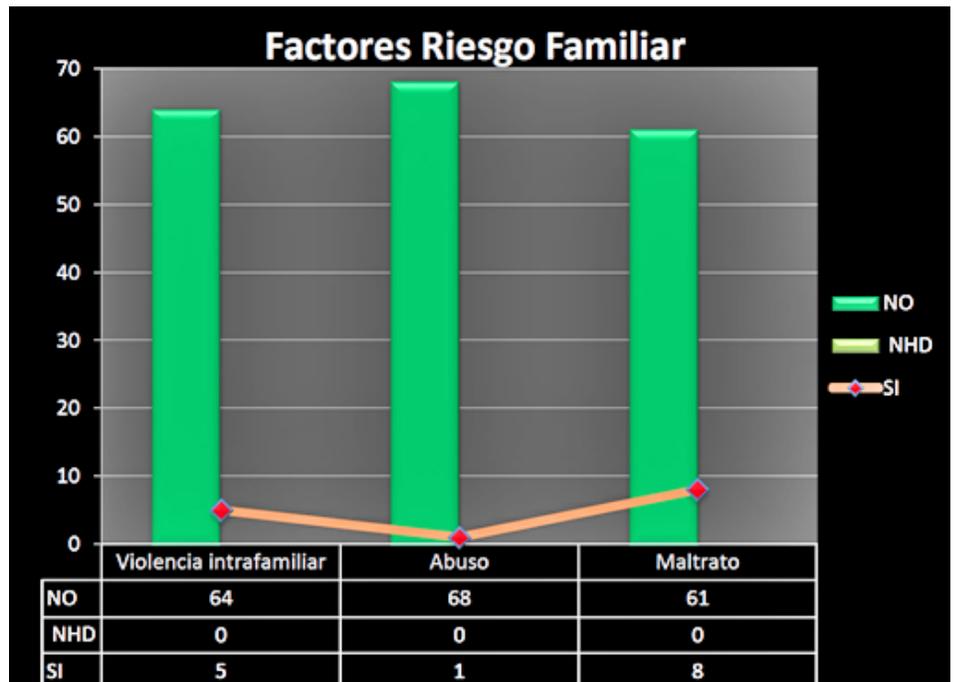
En los estudiantes entrevistados, los riesgos familiares presentes son: violencia, sí, 7 estudiantes (10%); no, 63 estudiantes (90%); abuso, sí 2 estudiantes (1.4%), no, 68 estudiantes (97.1%); maltrato, sí, 6 estudiantes (8.5%) y no, 64 estudiantes (91.4%).

Análisis gráfico 3

En las preguntas realizadas sobre factores de riesgo social, los estudiantes contestaron a la pregunta sobre presión de grupos así: sí, 8 estudiantes que corresponde a 11.4%, no 62 estudiantes (88.5%), *bullying* o matoneo, sí 19 estudiantes (27.1%) y no 51 estudiantes (72.8%), vinculación a pandillas 2 estudiantes (2.8%) y no 68 estudiantes (97.1%), fácil acceso a drogas 25 estudiantes (35.7%) y no 45 estudiantes (64.2%), actividad en tiempo libre 69 estudiantes, sí (98.5%) y no 1 estudiante (1.4%).

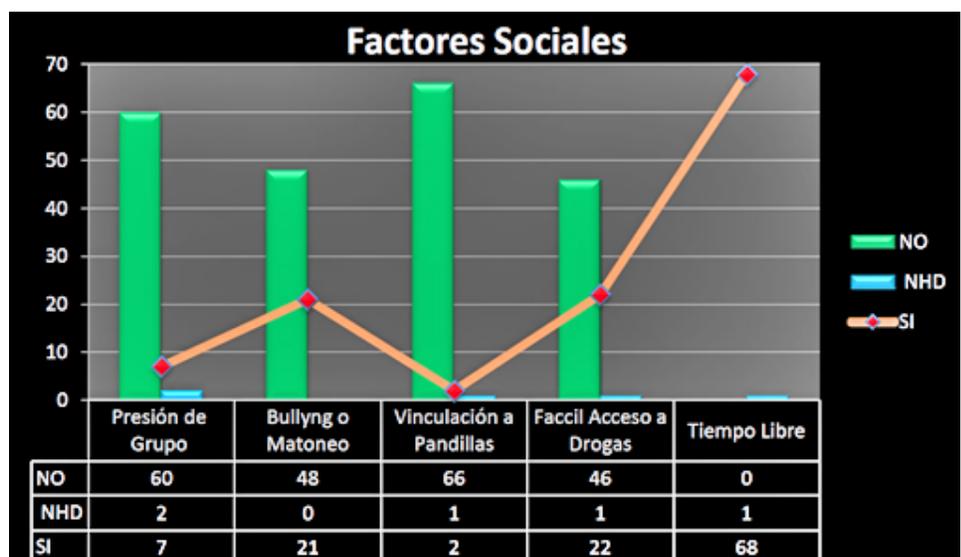
El consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, en cuanto a los factores sociales, se asocia según nuestro trabajo al incremento del acoso escolar o *bullying*, ya que los estudiantes que son víctimas pueden presentar cambios en su autoestima, pueden comenzar con el ausentismo y la deserción escolar, desarrollar

Gráfico 2. Factores de riesgo familiares.



Fuente: entrevista realizada por estudiantes del programa de enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Fundación Universitaria del Área Andina. A los estudiantes de los grados 601 y 602 de la Institución Educativa Distrital República Dominicana.

Gráfico 3. Factores de riesgo social.



Fuente: entrevista realizada por estudiantes del programa de enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Fundación Universitaria del Área Andina. A los estudiantes de los grados 601 y 602 de la Institución Educativa Distrital República Dominicana.

problemas de concentración y dificultades de aprendizaje, creando insatisfacción y falta de motivación, además el conocimiento de algunos escolares sobre los sitios donde se distribuyen sustancias psicoactivas incrementa el riesgo del consumo, debido a que, puede generarse, por evadir las diferentes situaciones que producen tristeza o frustración.

Referencias bibliográficas

- Boys, A. M. (1999). What influences young people's. A qualitative study of decision-making. *Drugs: education, prevention and policy*.
- Chambers, R. J. (2003). Developmental neurocircuitry of Motivation in Adolescence: A Critical Period of Addiction Vulnerability. *American Journal of Psychiatry*.
- Colombia. Estatuto Nacional de Estupefacientes. 31 de enero de 1986. Ley 30. [consultada el día 14/03/13].
- Colombia. Normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas. *Diario Oficial 48508* de julio 31 de 2012. Ley 1566. [consultada el día 14/03/13].
- Colombia. Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C. Registro Distrital 4804 de diciembre 30 de 2011. Decreto 691. [consultada el día 14/03/13].
- Jessor, R. Y. (1997). A: Longitudinal. Problem behavior and psychosocial development.
- Rojas M. (s.f.). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual.
- Ugedo, L. y. (2009). Influencia de la herencia genética en las drogodependencias. Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco.



Factores de riesgo que dificultan la efectividad del método **madre canguro** en madres adolescentes del régimen subsidiado en Bogotá D.C.

Risk factors that hinder the effectiveness of Kangaroo Mother Care on Adolescent Mothers Subsidized Regime in Bogota D.C.



Eilen Lorena **Ramírez**

eiramirez@areandina.edu.co

María Natalia **Corzo**

macorzo2@areandina.edu.co

Sandra Milena **Niño**

sanino2z@areandina.edu.co

Estudiantes de Enfermería, octavo semestre,
Fundación Universitaria del Área Andina.

34

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores de riesgo que dificultan la efectividad del Método Madre Canguro en madres adolescentes del régimen subsidiado en Bogotá D.C.

Metodología: estudio cualitativo con enfoque hermenéutico (revisión bibliográfica). Se analizaron 23 artículos científicos relacionados con el abordaje del método madre canguro y los factores de riesgo en madres adolescentes del régimen subsidiado, de los cuales se excluyeron 7 por su bajo impacto en el desarrollo de la investigación.

Resultados: se identificó que las madres adolescentes con un nivel socioeconómico bajo constituyen un grupo poblacional vulnerable no sólo como individuo sino como actor social y familiar, características indispensables en la implementación del MMC, vulnerabilidad, que madres adolescentes pero con un nivel socioeconómico medio alto podrían superar gracias a un soporte mayor en su entorno

obteniendo así más herramientas individuales y sociales que les permitan la implementación de MMC con mejores resultados en el prematuro.

Conclusión: el nivel socioeconómico como problemática social incrementa la posibilidad de que se dificulte el apego a conductas saludables o a la implementación de métodos como el MMC.

Palabras clave:

método madre canguro, madres adolescentes, régimen subsidiado, prematuro.

ABSTRACT

Objective: identify risk factors that hinder the effectiveness of Kangaroo Mother Care in subsidized teen mothers in Bogota D.C.

Methodology: qualitative hermeneutic approach (literature review). We analyzed 23 scientific articles related to the approach of KMC and risk factors in adolescent mothers subsidized

scheme, of which seven were excluded because of its low impact on the development of research.

Results: it was found that adolescent mothers with low socioeconomic status are a vulnerable population group not only as an individual but as a social and family characteristics essential in the implementation of MMC, vulnerability to teenage mothers but with a medium-high socioeconomic level could overcome through greater support in their environment thus obtaining more individual and social tools that will allow the implementation of MMC with better results in the premature.

Conclusion: socioeconomic status and social problems increases the possibility that hinder adherence to healthy behaviors or implementing methods such as MMC.

Key Words:

Kangaroo Mother Method, teen moms, subsidized regimen, premature.

Introducción



Con el objetivo de Identificar los factores de riesgo que dificultan la efectividad del Método Madre Canguro en madres adolescentes del régimen subsidiado en Bogotá D.C.,

se realiza un trabajo monográfico tratando de dar respuesta a la pregunta de análisis acerca de que los resultados del método madre canguro aplicado a madres adolescentes con factores de riesgo (bajo nivel socioeconómico) son efecti-

vos en igual medida con respecto a otras poblaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud, todos los años vienen al mundo alrededor de 20 millones de niños que presentan bajo peso al nacer (BPN), bien como

consecuencia de un parto prematuro o bien debido a anomalías en el crecimiento prenatal; la mayoría de estos niños nace en países poco desarrollados, contribuyendo sustancialmente a elevar las tasas de mortalidad neonatal. El BPN y el nacimiento prematuro están asociados a las altas tasas de mortalidad y morbilidad neonatales y en niños menores de un año. De las 4 millones de muertes neonatales que se estima se producen anualmente, los recién nacidos prematuros y el BPN representan más de una quinta parte. Por lo tanto, la atención a dichos recién nacidos se ha convertido en una carga para los sistemas de salud y seguridad social de todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2004).

La implementación de un Programa Madre Canguro con madres adolescentes representa una serie de beneficios para el binomio madre-hijo, la sociedad y la familia que inducen a establecer estrategias y medidas de acción para la implementación de políticas que fomenten, a partir de un estado de enfermedad, el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

El Programa Canguro fue desarrollado en 1978 por el Doctor Edgar Rey Sanabria en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, una institución hospitalaria que brinda servicios médicos a población de bajos recursos, desde entonces, ha evolucionado a partir de los conceptos iniciales, incorporando

modificaciones originadas en la práctica y en la investigación científica lideradas en Colombia por la Fundación Canguro. (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Inicialmente fue creado para brindar solución a unas problemáticas puntuales como la situación crítica de hacinamiento, el aumento de infecciones cruzadas, la mortalidad extremadamente alta por sepsis y por ultimo evitar el abandono familiar y pobre pronóstico para los niños prematuros y/o con bajo peso al nacer.

Sin embargo en las condiciones en las que viven algunas de estas madres adolescentes hacen que los beneficios del método se pierdan, pues no pueden seguir al pie de la letra el procedimiento bien sea por falta de conocimientos, de acompañamiento por parte de sus familiares, por el mal manejo intrahospitalario del Método Madre Canguro en algunas instituciones de la Red de Salud Pública, por la falta de apego de las madres hacia sus hijos, por el medio ambiente en el que habitan, porque muchas veces tienen otros hijos a los que también deben prestarle atención o porque sencillamente deben continuar con sus estudios o labores financieras para tener algo que comer cada día.

A pesar de la importancia del embarazo en adolescentes en países como Colombia, y más cuando éstas son de bajos recursos económicos, y de la interferencia de estos

factores en la efectividad del MMC, son escasas las publicaciones que abordan esta problemática en conjunto, de ahí la importancia de realizar una investigación que abarque los 3 aspectos y determine si es igual o no de efectivo el MMC en ambos regímenes y dependiendo de esto plantear unas recomendaciones para que el procedimiento se lleve a cabo con igualdad en todas las madres del Distrito Capital.

Metodología

Investigación cualitativa porque este trabajo analiza datos ya recopilados, sin realizar análisis estadísticos. También posee un enfoque hermenéutico (revisión bibliográfica) por el cual se entiende la interpretación de datos objetivamente.

Se analizaron 23 artículos científicos relacionados con el abordaje del método madre canguro y los factores de riesgo en madres adolescentes del régimen subsidiado, de los cuales se excluyeron 7 por su bajo impacto en el desarrollo de la investigación, de estos 16 artículos restantes se extrajo información relevante a la implementación del método madre canguro a nivel nacional desde su creación, por medio de una matriz que contenía ítems como; el año de publicación, nombre de los autores, tipo de publicación, país, objetivos del estudio, tipo de estudio, forma de recolección de la información, resultados y conclusiones.

La elaboración de esta matriz permitió obtener una visión más amplia del contenido de estos artículos y ordenar la información por subtemas, que se fueron desarrollando uno a uno midiendo el impacto sobre la investigación.

Resultados y discusión

Con base a la revisión bibliográfica y análisis de los artículos se encontró que el embarazo en adolescentes es una problemática psicosocial, de salud y que involucra componentes educativos y económicos de la región o país, que son definitivos para la detección de factores de riesgo del entorno de la gestante adolescente determinando así una buena o mala implementación del MMC.

Según las estadísticas se identificó que Colombia en Latinoamérica es uno de los países con una de las tasas de embarazo en adolescentes más significativa, junto con Bolivia, y estos embarazos se dan en los hogares de las zonas más pobres y en los grupos étnicos más desfavorecidos a nivel económico y educativo lo que nos conduce a evidenciar que el nivel socioeconómico es uno de los factores de riesgos más predisponentes a embarazos a temprana edad y por consiguiente a embarazos de alto riesgo, pues el ser madre adolescente incrementa la prematuridad y el bajo peso al nacer lo cual aumenta la posibilidad de muerte



prematura o de vulnerabilidad de la salud en caso de supervivencia del bebé.

Se pudo identificar entonces que las madres adolescentes con un nivel socioeconómico bajo constituyen un grupo poblacional vulnerable no solo como individuo sino como actor social y familiar características indispensables en la implementación del MMC, vulnerabilidad, que madres adolescentes pero con un nivel socioeconómico medio alto podrían superar gracias a un soporte mayor en su entorno (familia, amigos, pareja, educación, régimen de salud) obteniendo así más herramientas individuales y sociales que les permitan la implementación de MMC con mejores resultados en el prematuro; y es allí donde nace la discusión a la pregunta de análisis planteada al inicio del trabajo, donde se pretender identificar los factores de riesgo que di-

ficultan la efectividad del MMC en madres adolescentes del régimen subsidiado, con respecto a otras poblaciones o si por el contrario el método funciona igual en cualquier población.

Se puede destacar que el MMC fue creado en nuestro país, pero ha sido implementado a nivel mundial con excelentes resultados reduciendo la mortalidad neonatal, el bajo pronóstico para niños prematuros con BPN y evitando el abandono familiar, es por esto que se puede decir que este método es totalmente efectivo aplicando estrictamente cada componente en el neonato, sin embargo nace allí el interrogante, si, para madres adolescentes del régimen subsidiado el método es igual de efectivo respecto a otras poblaciones de maternas que implementen el MMC, ya que los tres componentes en el implementación del MMC obliga a una estructura funcional

familiar ya sea de la adolescente con su pareja o con su red familiar (madre o padre); y se ve evidenciado en la lactancia materna donde la madre debe ofrecerle un aporte suficiente de leche al neonato que le permita una ganancia de peso al menos como la del desarrollo intrauterino (15 g/kg/día hasta el término), para ello la madre debe contar con una adecuada nutrición que le permita dar dicho aporte, una receptividad en la educación para entender como amamantar al neonato y su importancia en la ganancia de peso; Si miramos las características individuales y estructurales de la población adolescente con un nivel socioeconómico bajo donde la mayoría de ellas abandonan sus estudios si lo están cursando, y se puede dificultar el conocimiento sobre la evolución del neonato al iniciar método.

Uno de los objetivos específicos es describir las condiciones de vida de madres adolescentes del régimen subsidiado; y por ello este trabajo se enfoca en estas mujeres, correlacionándolo con los factores más predisponentes en las gestantes adolescentes como lo es el bajo nivel socioeconómico.

En Colombia a partir de año 1993 fue instituida la ley 100 con el objetivo de introducir un nuevo esquema de seguridad social basado en objetivos como, garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda

al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral. (Congreso de la República, 1993) Este sistema hace inclusión a un régimen solidario que beneficia a la población sin capacidad de aporte a salud ofreciendo una atención de salud de forma integral y sin discriminación, la atención para esta población se realiza en E.S.E. (Empresas Sociales del Estado), amparadas por el gobierno y ubicadas en las zonas más vulnerables de la ciudad, en la actualidad La red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud cuenta con 22 Empresas Sociales del Estado, conformadas por: cinco (5) hospitales de III nivel, ocho (8) de II nivel y nueve (9) de I nivel; actualmente cuenta con 142 puntos de atención, donde se ofertan servicios de baja, mediana y alta complejidad.

Conclusiones

El nivel socioeconómico como problemática social incrementa la posibilidad de que se dificulte el apego a conductas saludables o a la implementación de métodos como el MMC, ya que generalmen-

te no hay una articulación familiar que le provea una estabilidad a estas maternas adolescentes además, donde se encuentran aspectos o características de esta población que no son modificables, es evidente que en nuestro país las personas con escasos recursos cada día se incrementan y se vuelven más vulnerables a factores como el bajo nivel educativo, disfunción familiar, embarazos a temprana edad, mal nutrición, no acceso a servicios sanitarios entre otros; factores que finalmente pueden ocasionar una mala adhesión a los servicios de salud.

Es por eso que se pudo comprender la necesidad de fomentar en esta población de madres adolescentes con nivel socioeconómico bajo que necesiten del MMC, un fortalecimiento de las redes familiares, los lazos afectivos y la responsabilidad materna a partir del cuidado que le brinda a su hijo como factor protector que dependerá en adelante de ella, ósea que al MMC que contiene en toda su teoría y bases científicas una efectividad definitiva, se deberá inyectar una sensibilización desde la estancia hospitalaria sobre educación, seguimiento, estrategias, en esos grupos poblacionales para que así se fortalezcan la aplicación o la implementación de este método en cada una de sus fases para poder lograr una efectividad previniendo abandono del método, complicaciones neonatales y maternas.

Referencias bibliográficas

- Bosiga, E., Guzman, M. C. y Ruiz J. (2010). *Implementación del Programa Madre Canguro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal MEINTEGRAL LTDA.* (Tesis para el obtener el título de Especialización en Cuidado Crítico Neonatal. Facultad de Enfermería. Universidad de la Sabana). Recuperada de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/1273/1/1.%20Implementaci%C3%B3n%20Programa%20Madre%20Canguro.pdf>.
- Carbonell, O. A., Plata, S. J. Peña, P. A., Cristo, M. y Posada G. (2010). Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular. *Revista Universitas Psychologica*. Vol. 9 (3). Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/849>.
- Castiblanco, L. N. y Muñoz L. (2011). Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Vol. 19 (1). Recuperado de http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1_12.pdf.
- Collados, L., Aragonés, B., Contreras, I., García, E. y Vila, M. (2011). Impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro. *Revista Enfermería Clínica*. Vol. 21 (02). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/impacto-cuidado-canguro-estres-neonato-prematuro-90002706-originales-2011>.
- Conde, A., Díaz, R, J.L. y Belizan, J.M. (2007). Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer (Revisión). *Revista The Cochrane Library*. Vol. 22 (4). Recuperado de <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002771sp.pdf>.
- Fernández, F., Meizoso, A. I., Rodríguez, L. A., Becil, D., Cervantes, M. y Alvarado, K. B. (2012). Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. *Revista Mediciego*. Vol.18 (1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_01_2012/pdf/T14.pdf.
- Lizarazo, J., Ospina, D. J. y Ariza, N. (2012). Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. *Revista de Salud Pública*. Vol. 14 (2). Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000800004.
- Lopes, T. M., Mota, J. A. y Coelho S. (2007). Perspectives from a home based neonatal care program in Brazil's Single Health System. *Revista Latino-am Enfermagem*. Vol. 15 (4). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17923968>.
- Ortiz, J. A., Borré, A., Carrillo, S. y Gutiérrez, G. (). Relación de apego en madres adolescentes e sus bebés canguro. Publicado en: *Scielo Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 38 (1). Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n1na.pdf.
- Palacios, E. (2009). *Nivel de Información del Programa Madre Canguro en Madres con Hijos de Bajo Peso al Nacer.* (Tesis para obtener el Posgrado de Medicina Familiar, Universidad Veracruzana). Recuperada de <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/30770>.
- Quintero, R., Muñoz, N., Álvarez, L. E., Medina, G. A. (2009). Estado nutricional y seguridad alimentaria en gestantes adolescentes. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. 28 (2) Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/6389/7196>.
- Rubio, M. A. y Arivabene, J. C. (2010). Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Vol. 18 (2). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_18.pdf.
- Solano, Y. A. (2012). *Significado de la Experiencia, para la Madre Adolescente de la hospitalización del Recién Nacido en la Unidad Neonatal.* (Tesis para obtener el título de Magister en Enfermería. Universidad Nacional). Recuperada de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8921/>.
- Soyama, S. y De Almeida, H. (2004). Kangaroo Mother Care: scientific evidences and impact on breastfeeding. *Revista Jornal de Pediatría*. Vol. 80 (5). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15583768>.
- Torres, J., Palencia, D., Sánchez, D. M., García, J., Rey, H. y Echandía C. A. (2006). Programa Madre Canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. *Revista Colombia Médica*. Vol. 37 (2). Recuperado de <http://www.bioline.org.br/pdf?rc06015>.
- Villacis, C., Becerra, D. y Negrete, L. (2012). *Adherencia al Control Prenatal en la Clínica de Gestantes Adolescentes del Hospital de Engativa en Bogotá.* Bogotá D.C. (Tesis para obtener el título de Especialista en Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional de Colombia). Recuperada de <http://www.bdigital.unal.edu.co/6455/1/598441.2012.pdf>.



Factores de riesgo en el **consumo de drogas**, prevención virtual aplicada en adolescentes



María Yanibet Duque Oviedo

Docente del programa de Enfermería
de la Facultad de Ciencias de la Salud

Yensy Contreras

Liz Áida Contreras

Andrea Soler

Estudiantes de Enfermería, octavo semestre,
Fundación Universitaria del Área Andina.

40

RESUMEN

Los factores de riesgo tienen gran relevancia en el consumo de drogas en los adolescentes, como lo afirma Villabón (2007), “el incremento de sustancias psicoactivas en los adolescentes tienen que ver mucho con la influencia del entorno social, familiar,

individual, cultural”. Se realizó este estudio con el objetivo de evaluar el impacto del modelo de prevención virtual de consumo de drogas, en un instituto de educación distrital. Bogotá D.C. 2012 estudio de tipo cuantitativo en estudiantes adolescentes que cursan 8° grado, la población objeto fueron 80 estudiantes. Se utilizó como herramienta educativa la

plataforma Moodle de la universidad, con un programa de prevención virtual el cual se disponía de seis módulos, entre ellos uno era de factores de riesgo en el adolescente. Se observó que del 100% de la muestra, el 37% ingresó a toda la plataforma; el 10% de estos estudiantes ingresó al módulo de factores de riesgo y el restante 27% no. Como conclusión se evidenció que solamente la virtualidad, no genera impacto en los adolescentes y que se debe reforzar la estrategia con inducciones y explicaciones desde el aula de clase.

Palabras clave:

adolescente, factores de riesgo, plataforma virtual, modelo

Introducción

Stenhouse (1984) dice que la investigación se contempla como “una indagación sistemática y mantenida, planificada y autocrítica, que se halla sometida a crítica pública y a las comprobaciones empíricas en donde estas resulten adecuadas”. Al retomar un poco esta frase podemos dar un concepto de cómo la investigación es arte, creencia, evolución, creatividad e invención de los grandes estudios permitiendo que diversos autores exploren su versatilidad a la hora de identificar y determinar los diferentes problemas de la vida cotidiana.

de prevención, semillero de investigación, consumo de drogas.

SUMMARY

Risk factors are of great importance in drug use among adolescents, as stated Villabón (2007), “the increase of psychoactive substances in adolescents have much to do with the influence of the social environment, family, individual, cultural” We undertook this study to evaluate the impact of the virtual model of prevention of drug, a district education institute. Bogotá D.C. 2012 quantitative study of adolescent students enrolled in

grade 8, the target population was 80 students. Was used as an educational tool Moodle platform of the university, with a virtual prevention program which was available six modules, including one era of risk factors in adolescents. It was observed that 100% of the sample, 37% income the entire platform, 10% of these students enter the module risk factors and the remaining 27% did not. As evidenced conclusion that only the virtual, no impact on adolescents and that it must be the strategy with inductions and explanations from the classroom.

Palabras clave:

teens, risk factors, virtual platform, prevention model, seed, research, drug.

Desde sus inicio en 1998 la red nacional de semilleros de Investigación en Colombia “(Redcolsi, 2012) pionera en el tema, ha desarrollado procesos de investigación mediante grupos de dos o más personas, vinculando a instituciones de educación básica, media, superior y a organismo de investigación públicos, privados del país y fuera de él, que manifiestan la intención de funcionar como investigadores semilleros. Esto se realiza mediante un acta de constitución y estructuración de un plan de desarrollo.

La Fundación Universitaria del Área Andina, mediante su par-

ticipación en la red nacional tiene adscrito a Colciencias el grupo de investigación *Guanaco*, del programa de Enfermería, él a su vez tiene líneas de investigación como es nuestro caso a la cual estamos adscritos a la sublínea *Salud y Comunidad* y donde se encuentra participando el semillero “*Conexión Salud*”. Por tal motivo nuestro trabajo de investigación que es el *modelo prevención virtual del consumo de drogas en adolescentes*, apunta a una necesidad sentida de la comunidad y de salud pública como es el consumo de drogas en adolescentes, buscando generar nuevo conocimiento, resultados positivos y cau-

sar un impacto social de cambios de comportamiento y resistencia al inicio de consumo tempranamente a la población a la que va dirigida.

Según Rodríguez (2007) señala que “uno de los principales motivos de consulta de los adolescentes a profesionales de la salud, es el consumo de alcohol marihuana, cocaína, éxtasis y otras sustancias químicas”; además, “se encuentran diversos factores causales para este consumo como es individual, familiar, cultural, y grupo de amigos” (Osorio y Pillón, (2012).

Así mismo, expone Agustín (2008) que “una de las grandes problemáticas sociales en la actualidad es el consumo de sustancia psicoactivas, afectando cada día más a los adolescentes y jóvenes a nivel mundial”, estudios realizados en colegios de educación básica, en Venezuela y Managua (2004), sobre la prevalencia del consumo de drogas psicoactivas lícitas e ilícitas en estos países, enfatizando los factores causales que inducen al inicio del consumo de drogas, arrojó resultados en los que la influencia de factores individuales como la ansiedad, depresión, mal autocontrol, rebeldía, aislamiento, confianza en sí mismo son las características más notables de riesgo individual; igualmente, los factores familiares hacen referencia a la disfunción que se presente internamente en las familias consumidoras o con antecedentes, que puedan llegar a influir en los adolescentes”.

Se considera que el ser adolescente es un ser en transición en todas sus dimensiones biológica, mental, emocional y social que mediante la interacción del medio ambiente va adquiriendo en su etapa la formación para llegar a ser una persona adulta, así mismo lo expone Osorio (2004) “la adolescencia puede ser considerada como un período saludable en el ciclo vital y también una fase crucial en la vida de los individuos en términos de formación de hábitos de conducta y de modelos de socialización, transformando toda la segunda década de la vida en un período de transición”. En su dimensión social los adolescentes buscan aceptación como tal y su criterio está en formación aún esto genera que los adolescentes se dejen influenciar por tendencias modas amigos, etc.

Según López (2010) “el factor de riesgo es aquella situación o característica que aumenta la probabilidad de que un individuo inicie en su vida el consumo de drogas y por consiguiente acabe teniendo problemas de salud tanto a nivel físico como mental por dicha situación o sustancias”. Se han clasificado en individuales, familiares y sociales. Las individuales, tienen que ver directamente con el individuo, en su forma de pensar, de actuar, del entorno al cual se desenvuelve a lo que están expuestos, a los miedos propios de cada ser humano, en cómo debe afrontar

las circunstancias a que están expuestos, la falta de motivaciones en la vida y las curiosidades de todo ser humano. Se caracterizan en baja autoestima, vulnerabilidad, inseguridad, manera inadecuada de enfrentar los problemas, curiosidad de experimentar las drogas, no auto aceptación hacia sí mismo.

Osorio (2004) nos plantea que “la adolescencia es una etapa en que las influencias externas adquieren importancia progresiva quizás a mayor independencia de esta fase etaria, el adolescente se torna más vulnerable en el contexto en que se desenvuelve. De forma diferente, el contexto influye su salud en su desarrollo físico y psicosocial, las influencias del contexto, acrecentadas por el hecho de que la adolescencia es una época de experimentación natural, llevan al apareamiento de comportamientos de riesgo como el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas”. Con base en lo anterior los factores de riesgo se presentan en aumento en esta etapa de la adolescencia y así llegar a situaciones que pondrían en grave peligro al adolescente tales situaciones como inicio de consumo de drogas a temprana edad y por lo tanto afectando su proyecto de vida y salud.

Con relación al tipo de drogas que los adolescentes consumen, Rodríguez (2007), dice que “a nivel general el consumo de drogas lícitas va en aumento ya que exis-

te una aceptación social, a la vez el consumo es simultáneo con una droga ilícita en mayor caso la marihuana y en siguiente éxtasis, esto nos hace inferir que el inicio de consumo de drogas lícitas genera el inicio de consumo de drogas ilícitas, así mismo el género masculino tiene indicadores de consumo superiores al femenino en consumo de drogas, como lo demuestran estudios recientes en Colombia.

Pillón (2004) dice “el reconocimiento de factores de riesgo que señalan la presencia de un problema, es de gran utilidad en prevención secundaria, o sea, diagnóstico precoz y tratamiento temprano”. Para intervenir en la promoción y prevención a toda población tanto individual y comunitaria en los adolescentes es importante que se actúe en el reconocimiento de los factores de riesgo.

Marco de conceptos

Para la interpretación, reconocimiento, generación de nuevos conocimientos y en base de los anteriores artículos y consultas se llegó a la formulación de los siguientes conceptos sobre el tema, que deben ser interpretados de la misma manera que se describen:

Factores de riesgo familiares

Son los que se producen, cuando alguno de los que conviven

bajo el mismo techo es consumidor de drogas; también influye la desintegración familiar, en otras palabras cuando después de tener una familia organizada dentro de los parámetros establecidos por la sociedad se desintegra, produciéndose un cambio en el manejo de normas, disciplina, desorganización y mal manejo de decisiones, manejo inadecuado de enfrentar los problemas cotidianos, falta de reconocimiento, aceptación, identificación, comprensión y orientación familiar, falta de asignación de actividades domésticas, presión por el dinero, presencia de violencia, carencia de normas flexibles pero con límites, irrespeto y desacato a las normas establecidas, inadecuada comunicación familiar, excesiva presión al joven.

Factores de riesgo sociales

Se identifican dentro de un contexto de violencia, delincuencia, desconocimiento de las consecuencias de los efectos nocivos de la droga, desempleo, migración, pobreza, discriminación, acceso fácil a las drogas.

Factores de riesgo individuales

Es la percepción de uno mismo sobre el riesgo se caracterizan en baja autoestima, vulnerabilidad, inseguridad, manera inadecuada

de enfrentar los problemas, curiosidad de experimentar las drogas, no auto aceptación hacia sí mismo.

Metodología de investigación

Este estudio presenta un enfoque basado en métodos y técnicas de investigación cuantitativa, se aplicó como instrumento una plataforma virtual; con videos, encuestas, imágenes, escritos y cuestionarios evaluativos con los distintos ítems del contenido temático del proyecto y el tema de evaluación que son los factores de riesgo en el consumo de drogas en los adolescentes.

Para la recolección de datos la plataforma virtual generaba el número de ingreso de estudiantes, el tiempo de duración, el día, la fecha y la sección que visitaban.

Como procedimiento se realizaron sesiones educativas en la salas de sistemas sobre la plataforma virtual y el módulo de factores de riesgo, buscando generar el ingreso y la participación de los estudiantes en el que ellos puedan informarse sobre esta problemática y teniendo como base el reconocimiento de los factores de riesgo en prevención del consumo de drogas.

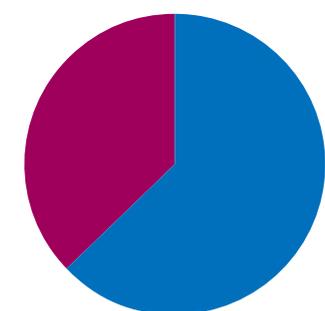
Como la recolección de los datos se realizó por medio de plataforma virtual, esta indica cuántos estudiantes ingresaron, la hora, fecha, módulos a los que accedieron y actividades realizadas.

Resultados

Como proceso experimental se realizó una prueba piloto, la población objeto fueron los estudiantes del grado 8° grado del instituto de educación distrital de la localidad 11 de Suba, Bogotá, la muestra fueron 80 estudiantes correspondientes a los grados, 801, 802 y 803 de la jornada de la tarde.

Gráfico 1. Ingreso a la plataforma Moodle programa virtual de prevención del consumo de drogas.

Ingreso a la plataforma virtual según la muestra seleccionada



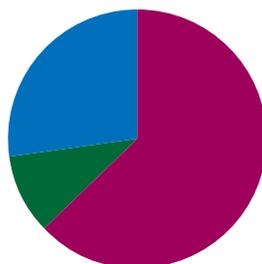
■ 37% No ingresaron
■ 63% Ingresaron

Resultados del gráfico 1

Como resultados de la metodología de investigación en la prueba piloto de acuerdo a la muestra se identificó que del 100%, correspondientemente a 80 estudiantes; el 37% ingresó a la plataforma, siendo 30 estudiantes y el 63% no ingresó clasificándose en 50 estudiantes.

Gráfico 2. Ingreso de los estudiantes al módulo de factores de riesgo.

Módulo de factores de riesgo



■ 10% Estudiantes que ingresaron al módulo
■ 27% Estudiantes que ingresaron a la plataforma pero no al módulo
■ 63% estudiantes que no ingresaron

Resultados gráfico 2

De acuerdo a la población seleccionada, los estudiantes que ingresaron a la plataforma fue el 37%, que corresponde a 30 personas; el 10% ingresó al módulo de factores de riesgo, siendo 3 estudiantes, el restante que fue el 27%, siendo 27 estudiantes, que ingresó a la plataforma mas no al módulo. El 63% que corresponde a 50 estudiantes no ingresaron a la plataforma.

Análisis de resultados

El ingreso a la plataforma de la población seleccionada fue baja, y poca la participación. Según referían los estudiantes la

época final del periodo de estudio afectó negativamente el curso de la investigación debido a que ellos estaban en cierre de notas académicas y estaban realizando sus trabajos, por esta razón no accedían a la plataforma, de igual manera no tenían internet en sus casas y el acceso al sistema era insuficiente.

Conclusiones

En los resultados de la investigación se identificó que la participación de los estudiantes fue poca y deficiente el ingreso al módulo sobre factores de riesgo.

Para que se logre un impacto en la investigación es necesario que se presente la participación activa de todos los actores que intervienen en el estudio como en el siguiente caso; estudiantes del colegio, investigadores, directivas y miembros del centro educativo con el fin de cumplir con los objetivos propuestos por la investigación.

Los factores de riesgo permiten que los adolescentes identifiquen cuales son las adversidades que los llevan al consumo de drogas, por ende se debe reforzar más sobre este tema en la plataforma virtual.

El período académico de los estudiantes influyó en el curso de la investigación, debido a que se encontraban en cierre de notas y no accedían a la plataforma por tiempo.

La realización de un estudio requiere de un mayor período de tiempo con el objetivo de obtener

resultados satisfactorios, logrando un proyecto que genere impacto y el interés de participación en la muestra seleccionada, en esta investigación serían los estudiantes.

El proyecto de plataforma virtual al realizarse en un espacio propicio como es el aula de informática del colegio, se ven más resultados de ingreso, siendo participantes activos disminuyendo a sí mismo que los estudiantes tengan gastos externos que impidan la conexión a la plataforma.

Recomendaciones

Se sugiere una mayor participación activa de las directivas y miembros del colegio en el curso de la investigación, permitiendo que los estudiantes se personalicen y apropien más del proyecto. Para el grupo de investigación se sugiere seguir la continuidad del modelo de prevención del consumo de drogas, de igual manera, reforzar el manejo de ingreso a la plataforma virtual y a la sección de factores de riesgo.

Brindar un espacio donde el estudiante pueda transmitir sus dudas acerca de los factores de riesgo donde puedan hacer partícipes sus familias, docentes y miembros que llevan a cabo este proyecto.

La importancia de la plataforma virtual se debe llevar a cabo desde el inicio del periodo escolar dando así mayor oportunidad al estudiante de ingresar a la plataforma en el transcurso del año, para obtener mayores resultados de participación

En el centro educativo se recomienda brindar dos horas semanales en el pensum académico en el que los estudiantes puedan tener acceso al sistema sin generar gastos externos.

Bibliografía

- Agustín E. (2008). Factores predisponibles en el consumo de drogas en adolescentes.
- Agustín, E. (2008, revisado 2012). Factores predictores de riesgo en el consumo de drogas en adolescentes. *Terapia psicológica*, 181-188.
- López, S. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicotherma*, 568-573 consultado el día 2-11-2012.
- Osorio (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Enfermagen*, 364-375 disponible en web /mail- www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci. revisado 2012-10-11.
- Osorio E, Pillón S. (2012 octubre 20). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Latino -enfermagen 2004*, 369. Disponible en web /mail-www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci. revisado 2012-10-11.
- Osorio, E. (2004). Factores de riesgo asociado al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Latino-amfermagen*, 356-375. Consultado el día 30 oct 2012 disponible en web /mail- www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci.
- Redcolsi, F. (2012 noviembre 5). Reseña histórica. *Redcolsi, Red Colombiana Semillero de Investigación*.
- Rodríguez J, H. E. (2007). Descripción de consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. *Rev medic*, 449-456.
- Stenhouse (1984). Definición de investigación educativa. *Wed escolar*, 17-22.B consultado el día 1 noviembre 2012.
- *Terapia psicológica*, 181-188.
- Villabón, M. (2007). Factores predictores de riesgo de consumo de drogas lícitas en escolares. *Terapia psicológica*, 181-188.



Consecuencias del **maltrato infantil** en la sociedad colombiana



Diana Camila **Duarte Guacaneme**
Alejandra Yiseth **Romero Soledad**

Fundación Universitaria del Área Andina.

46

RESUMEN

Las acciones que dentro del maltrato infantil se producen, corresponden a costumbres socialmente aceptadas y a los sentidos que se agregan en las distintas relaciones humanas, es allí donde fluyen de manera vigorosa, los

conflictos entre las representaciones del niño ideal y del niño real; siendo las secuelas una de las formas por las cuales se hace visible esta situación. El maltrato infantil ocupa una posición importante dentro de los intereses públicos en salud nacional e internacional, debido a la relación de este evento con limitaciones en el desarro-

llo y calidad de vida de la sociedad en general. A partir de este contexto el objetivo de este trabajo, fue identificar las consecuencias del maltrato infantil documentadas en Colombia durante un periodo de tiempo comprendido entre 2000-2012.

Para esto se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo que se basó en recopilar un grupo de artículos científicos, tomados de bases de datos con el uso de palabras en español y en inglés, de los cuales se extrajo información correspondiente al tema; encontrándose consecuencias de tipo biológico, emocional y social además de caracterizarse por ser inmediatas, mediatas o tardías. Se observó que estos efectos repercuten de forma directa sobre las víctimas y de forma indirecta sobre la sociedad en general, manifestado a través de psicopatologías, desórdenes de tipo conductual, violencia expresada en las relaciones humanas, entre otras. Finalmente se planteó la importancia del cuidado de enfermería frente a esta problemática, con el fin de sensibilizar a los profesionales mostrándoles las consecuencias documentadas dentro del territorio na-

cional y así, poderlos invitar a una participación activa en la prevención del maltrato infantil desde intervenciones desarrolladas en su ámbito laboral.

Palabras clave:

maltrato infantil, consecuencias de maltrato infantil, maltrato a los niños, agresión infantil.

ABSTRACT

The actions within the child abuse occur, are socially accepted customs and senses that are added in the various human relations, are where flow vigorously, conflicts between the representations of the ideal child and the real child, being the consequences of the ways in which this situation becomes visible. Child abuse occupies an important position within the public interest in national and international health, because of the relationship of this event to limitations in the development and quality of life of society at large. From this context, the aim of this study was to identify the consequences of child abuse documented in Colombia for a period of time

between 2000-2012. For this we conducted a descriptive study that was based on gathering a group of scientific, borrowed from databases with using words in Spanish and English, which was extracted information for the subject, finding implications biological, social and emotional well be characterized as immediate, mediate or delayed. It was observed that these effects have a direct impact on the victims and indirectly on society in general psychopathology manifested through, disorders behavioral type, violence expressed in human relations among others. Finally he raised the importance of nursing address this issue, in order to sensitize professionals documented by showing the consequences within the national territory and so they can be invited to actively participate in the prevention of child abuse from interventions developed in his workplace.

Key Words:

child abuse, consequences of child abuse, child abuse, child aggression.

Introducción

 El maltrato infantil hace referencia a todo acto por acción y omisión, realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de actos que priven a los niños de la liber-

tad o de sus derechos correspondientes y/o dificulten su óptimo desarrollo, además de tener implícitas consecuencias de carácter individual y social. Ha sido una problemática que ha acompañado a la humanidad desde sus comienzos y que a través de la historia ha toma-

do importancia debido a los constantes abusos cometidos contra los menores, y las repercusiones que el trato hacia ellos ha dejado, haciéndose necesario delimitar las acciones en lo concerniente al trato dado a los niños, niñas y adolescentes (1).

A partir de los artículos revisados para esta investigación, se observa que pueden ser diversas las circunstancias que intervengan en este fenómeno; antecedentes parenterales de los padres o cuidadores, escasas habilidades interpersonales, hábitos de crianza inadecuados, expectativas poco realistas respecto del niño, toxicomanía, baja autoestima, problemas de salud mental, precariedad económica, pobreza educativa y cultural, dando paso a diferentes tipos de maltrato que conllevan a una serie de consecuencias de diversas características, estas dependen de la intensidad, regularidad o periodicidad con la que se haga el maltrato; afectando diversas facetas de interacción a nivel individual, familiar y social (2).

Al igual que en el mundo, para Colombia es un tema nuevo de reconocimiento tardío, lo que ha implicado su evolución, alcance, difícil manejo y aumento progresivo de casos. Siendo esta una razón, por la cual el profesional de enfermería debe jugar un papel importante en la prevención del maltrato infantil, es así como, este artículo busca la sensibilización de estos profesionales y sugiere intervenciones que fortalezcan el cuidado de enfermería y que apunten a la prevención del maltrato infantil y las consecuencias que trae incluidas en su desarrollo (3).

Antecedentes del maltrato infantil en el mundo

Los referentes históricos en aspectos de educación, rol social, forma de vida, y derechos de los niños, en la antigüedad son escasos. Sin embargo, sí se han referenciado los malos tratos, observándose la discriminación y el no reconocimiento del niño como objeto de derecho (4).

En la Antigüedad los filósofos golpeaban despiadadamente a sus discípulos, así como también lo hacían los ciudadanos de países cristianos, como una forma de recordar la matanza de niños ejecutada bajo el reinado de Herodes” (5). Otros relatos describen la historia de niños muertos, asesinados por sus propios padres o por personas adultas sin ningún sentimiento de culpa o respeto por la vida de estos (6).

En la edad media no se tenía conciencia de las características propias del niño y eran manipulados como mercancía. El contacto directo entre padres e hijos en la clase social media y alta era mínimo, debido a que la lactancia y educación de los hijos estaba a cargo de personas ajenas a la familia como las nodrizas (7).

Dentro de las diferentes formas de maltrato, el infanticidio ha estado presente en la historia del mundo desde la época de la biblia hasta nuestros días, siendo el acto más común, desde la época de los

griegos. Hasta el siglo IV, ni la ley ni la opinión pública veían nada malo en el infanticidio en Grecia y Roma (6). Incluso Aristóteles mencionaba que: “Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto” (8). Esta práctica continuó hasta principios del siglo XIX, encontrándose casos de niños arrojados a los ríos y muladares, o abandonados siendo alimento para los animales salvajes (9). Posteriormente, se observan niños con huesos rotos, debido a que los adultos los lanzaban como pelotas de una casa a otra (10).

De igual modo se reportaron casos de niños muertos por causa de ahogamiento provocado porque los padres se acostaban en la misma cama quedando encima de ellos, el uso de la cama fue una cuestión de vida o muerte para los niños, cuyo objeto era que no se acostara a los niños en la cama de los padres, para que no ocurriera el infanticidio accidental (11). Otra forma de infanticidio se conoció en el siglo XX como “niño zarandeado”, la cual se producía al zarandear bruscamente niños de corta edad, con el propósito de calmar su llanto, junto con esta práctica también se observaron niños con trauma encefálico por mecérlos violentamente (12). “Es posible que la forma más corriente de infanticidio fuera simplemente no dar alimento al niño por descuido o deliberadamente” (9).

Por otra parte, el infanticidio era perpetuado por factores de selección u omisión en detrimento de las niñas, a las que no se daba gran valor en esas sociedades predominantemente militares, agrícolas, y sobre los minusválidos y retrasados mentales, que eran considerados como engendros, criaturas de otro poderoso enemigo de los niños, el demonio, ya fueran ilegítimos o legítimos (12).

Otro tipo de maltrato es el abuso sexual que también ha sido una constante en la historia. Las sociedades basadas en la esclavitud y la servidumbre abusaron sexualmente de niñas y niños. En la Roma antigua, un hombre libre podía elegir entre las esclavas nacidas bajo su techo y ella era educada para que fuese su concubina a los doce años (13). Las prácticas sexuales basadas en el poder llevaron a los romanos a crear un conjunto de reglas en cuanto al amor entre los hombres. Los amos utilizaban igual a niñas que a niños dependientes de estos, y que además ellos eran criados para ser prostituidos desde muy temprana edad (14). Antiguamente a nivel de maltrato sexual, el poder de amos y señores hizo que cuando un esclavo resultaba atractivo y agradable, el amo decidía prolongar su gracia castrándolo o cortándole los testículos (13).

Otra forma de crueldad y que aún perdura con una continua prevalencia es el abuso en la explo-

tación laboral de los niños la cual en numerosas culturas era fomentada. En el siglo XIX, y dada la Revolución Industrial, existían contratos que vinculaban a los niños como aprendices con sus maestros de profesión convirtiéndolos prácticamente en esclavos para luego ser liberados con lo puesto y una pequeña suma de dinero. Aunque a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX en Europa, las madres se incorporaron al mundo laboral reemplazando en muchos casos al trabajo infantil (15).

Durante los siglos XIV-XVII, como el niño finalmente entra en la vida afectiva de los padres, haciendo que estos asumieran la tarea de educarlos (16), por ello se crean instituciones dedicadas a su protección, además de la instauración de la escuela como una estructura educativa separada de la familia. En el siglo XIX, el padre comienza por primera vez a interesarse en forma no meramente ocasional por el niño, y ayuda a la madre en el cuidado de los hijos, donde la crianza tiene como finalidad adaptar al niño a la vida en sociedad. En este periodo, se acogen las primeras leyes de protección a los niños por las malas condiciones de trabajo (16).

A nivel de maltrato infantil se destaca un hecho que ocurre en la década de 1868, un patólogo forense francés, Tardieu, catedrático de medicina legal en París, describió el síndrome del niño gol-

peado luego de realizar una serie de autopsias de niños que habían sido golpeados y quemados (17).

Mary Ellen, una niña neoyorkina nacida en 1.866, era objeto de malos tratos por parte de sus padres. Los padres reafirmaban su conducta, basándose que eran dueños de la niña. Una trabajadora de la caridad tuvo conocimiento del caso. No había legislación que contemplase la posibilidad de proteger a un niño frente a la crueldad de sus padres. Sí la había, por cierto, respecto de la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales. El resultado fue que en Nueva York en 1.874 se dictó, por vez primera en la historia, una sentencia condenatoria contra los padres. Algún tiempo después se fundó en Estados Unidos la Sociedad para la Prevención de la Crueldad contra los Niños. Esta sociedad fue exportada a diversos países, impulsándose medidas legales de protección infantil (18).

Hasta la década de 1960 se pensaba que el abuso físico infantil era raro debido en parte a que los castigos físicos se aceptaban de forma bastante generalizada, y también en parte porque se negaba que tal violencia existiera. Se pensaba que, de existir, no era frecuente y que sólo ocurría en familias conflictivas definido así por J. Caffey (Pediatra y Radiólogo).

Hasta en 1962 aparece una definición del maltrato infantil

dada por el doctor Kempe, quien lo define como el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño por parte de sus padres o parientes. Mientras que para el psicólogo Wolfe es la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere atención médica o intervención legal) (17).

Según Mayhall y Norgard 1983, el maltrato infantil puede ser considerado, con distintos propósitos, como un problema médico, como un comportamiento criminal que necesita ser definido en términos legales y perseguido, como un problema social, como una problemática familiar, o como un problema de protección del menor (19). En la segunda mitad del siglo XX la Organización Mundial de la Salud define el maltrato como el abuso o maltrato de menores abarcando toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (2).

La Organización Panamericana de la Salud lo define como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia

en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de algún otro miembro de la familia (2). La UNICEF define como víctimas de maltrato y abandono a aquellos niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo y parcial” (17).

Historia del maltrato infantil en Colombia

El maltrato infantil es reconocido en Colombia solo hasta las dos últimas décadas del siglo XX, cuando se estima al niño como un sujeto moral y afectivo, de significado simbólico y como sujeto de derecho. En 1980 se dio inicio a una relación entre el maltrato físico y el maltrato infantil, a partir de la intervención médico-clínica, que despertó el interés público frente a una situación presente pero no vista como una problemática social. Los primeros diagnósticos se realizaron en el Hospital de la Misericordia al evidenciarse las incoherencias presentadas entre los motivos de consulta y diagnósticos

realizados por los profesionales. A partir de esto se inicia el desarrollo de diagnósticos diferenciales y se aborda el maltrato infantil como un método de crianza en donde el niño es categorizado como un receptor de maltrato. (3)

Para 1985, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); inició las primeras campañas de prevención contra el maltrato infantil, además de la construcción de bases de datos, en las que eran reportados estos casos, dando inicio a las primeras estadísticas que demostraron un incremento del 13% para cada año hasta 1990. Durante el mismo año, se organizó en Bogotá el Primer Congreso Latinoamericano del maltrato al Menor, por el cual se identificó a la familia como la principal institución generadora de maltrato y se determinó que los tipos de maltratos experimentados por los menores, eran de carácter físico, emocional y de abuso sexual. En el siglo XXI se denota un avance de protección a la infancia y se observan las secuelas presentes en los niños víctimas del maltrato, manifestándose en conductas de agresividad, hostilidad, oposición, abstencionismo escolar, cuadros depresivos, baja autoestima, expectativa incierta del futuro, utilización de agresión y autoagresión como medio de solución de conflictos (3)

Dentro de la sociedad, la cultura es el medio que determina rasgos sociales de forma consciente y subconsciente, que intervie-

nen en las acciones que un individuo realiza, influenciado por el entorno del que hace parte. La cultura Colombiana aceptó el maltrato infantil como una práctica socialmente aceptada que permitía la corrección de los menores, que no satisfacían las expectativas irreales creadas por los adultos. Por lo que el país intervino a través de campañas para solucionar esta problemática, apoyándose en leyes y medidas de protección para los menores (20).

A partir de esto se observa que, la historia del maltrato infantil en Colombia, tiene un carácter antropológico, sociológico y psicogenético que se sustenta en algún momento desde las relaciones de transmisión intergeneracionales, con reportes de antecedentes históricos que tomaron importancia hasta épocas actuales, a diferencia del reconocimiento que a nivel mundial ha recibido. En este momento el país es líder en América Latina en el desarrollo de sistemas fiables de vigilancia de lesiones como un paso para atender la magnitud del abuso de menores, negligencia y violencia juvenil (21).

A finales del siglo XX el tema se fortalece por la Convención de los Derechos de los niños; sirviendo como base para el desarrollo de la legislación acerca de la protección de la niñez y la adolescencia. Frente a las manifestaciones que mostraban las consecuencias irreparables, la Corte Constitucional determina



en 1993 sanciones para los padres que lesionaran la integridad física y moral como medios correctivos con los hijos. Ya en 1995 se definió el Sistema Nacional de Información Síndrome del Niño Maltratado, que estableció como formas de maltrato, el maltrato físico, psicológico, negligencia, maltrato social, abuso sexual, maltrato al niño en gestación, síndrome del bebé zarandeado, síndrome de Munchausen y el trabajo infantil (2).

El desarrollo de las leyes tienen como fin las protecciones de niños, niñas y adolescentes, para un desarrollo adecuado de la personalidad, encaminadas a prevenir la generación de violencia, para evitar que se conviertan en futuros transgresores. Colombia

cuenta con el ICBF, un ente regulador creado para dar respuesta a las problemáticas con las que se enfrentan los niños, como deficiencias nutricionales, la desintegración, inestabilidad familiar. Este ente debe garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes para asegurar su restablecimiento (22).

Para finales del siglo XX la ONU aprobó la Convención de los Derechos de los niños, el 20 de noviembre de 1989, la cual constituyó el marco fundamental para el desarrollo de las políticas para la niñez y la adolescencia a lo largo de los años noventa; en estas leyes se estableció el 2 de septiembre de 1990 que “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en

virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”; y se dio paso a la ley número 12 de 1991 que certifico lo establecido en la convención. (22)

En el año 1991 con la nueva Constitución Política de Colombia, se establecieron artículos específicos que salvaguardaran la integridad de los menores, es por eso que el artículo 44 y 45 habla de los derechos fundamentales de los niños y el trato hacia los adolescentes; además de leyes y reformas que se han publicado con esa finalidad (23).

A pesar de las acciones encaminadas por el gobierno, las estrategias y sistemas que tienen como finalidad prevenir contra los riesgos a la población en Colombia, presentan mala distribución y cobertura insuficiente, lo que puede explicar en parte, porqué se experimenta esta situación en las familias (24).

Actualmente, para Colombia, la población infantil es protegida por la ley 1098, la cual busca garantizar el desarrollo pleno y armonioso de niños, niñas y adolescentes. La familia, como núcleo central de la sociedad, el responsable de suministrar a niños y niñas claves para la vida en comunidad (25). La atención a la primera infancia, debe fundamentarse siempre en satisfacer las necesidades básicas como lo es, la alimentación, la higiene, la seguridad, la atención médica y la educación, además del apoyo y la protección necesarios para su crecimiento físico y emocional, desde la

búsqueda de programas que implementen el desarrollo y salvaguarden los derechos de la niñez (24).

Componentes del maltrato infantil en Colombia

Para comprender las secuelas que el maltrato infantil ha dejado en el territorio colombiano, es importante nombrar elementos que median para el desarrollo de esta problemática y que difiere del entorno internacional por estar mediados por la cultura, y de las cuales parte la elaboración de estrategias aplicables y viables que apoyen la prevención de esta problemática (20).

Tipos de maltrato

Los tipos de maltrato se clasifican por las categorías y formas que presentan sus características específicas; siendo establecidas para el territorio colombiano como se muestra en la tabla 1.

Factores de riesgo para el maltrato infantil

Los factores de riesgo en la sociedad Colombiana, se ven determinados por muchos agentes que los influyen, como lo son, factores económicos, sociales, falta de oportunidades, culturales y demás, que han hecho para marcar una tradición en las pautas de

Tabla 1. Tipos de maltrato infantil.

Tipo de Maltrato	Características
Maltrato Físico	Comprende lesiones físicas temporales o permanentes que incluso pueden conducir hasta la muerte.
Maltrato Emocional	Tratos que generan sentimientos de desvalorización, baja autoestima e inseguridad personal.
Abuso Sexual	Situaciones en las que el niño es usado para gratificación sexual del mayor.
Abandono Físico	Situaciones que no responden a las necesidades básicas de los niños.
Maltrato Prenatal	Daño al cuerpo de la futura madre o autosuministro de sustancias que intervengan con el adecuado desarrollo fetal.
Explotación Laboral	Asignación de tareas al niño, que excede su capacidad habitual, y que interfieren con sus actividades sociales, con el fin de obtener un beneficio económico.
Mendicidad	Exposición del menor a la vía pública, en la cual el menor debe pedir dinero, se asocia a la explotación laboral.
Síndrome del bebé zarandeado	Sacudida brusca del cuerpo del lactante, que ocasiona hemorragias cerebrales.
Síndrome de Münchausen por poderes	Se caracteriza por el ingreso frecuente de los menores a centros de salud ocasionado por sus padres, argumentados con sintomatologías ficticias o inducidas.
Maltrato institucional	Actos u omisiones, generadas por poderes públicos, que afecten el desarrollo integral del menor.

Tomado de: Efectos del maltrato infantil en la inteligencia emocional y el desarrollo de juicio moral en niños (26).

crianza, al encontrar debilidad y vulnerabilidad en las víctimas (27).

En Colombia el riesgo para que un niño sea maltratado está determinado por factores interrelacionados, causantes de las manifestaciones de violencia que afectan a la población infantil; encontrándose factores asociados con un mayor riesgo de abuso, las creencias y prácticas relacionadas con la disciplina, la historia prenatal de abuso infantil y los patrones de comunicación conflictiva en la familia (2).

Dentro de los entornos sociales se encuentran menores que se desarrollan dentro la desarmonía familiar, la pobreza, drogas, madresolterismo, baja autoestima, enfermedades psiquiátricas (depresión) y la historia de maltrato de los padres. Además se observa que el nivel socioeconómico se comporta como una variable relacionada, que influye de forma directa sobre el maltrato, y al considerársele a este como una enfermedad social, no respeta las clases y condiciones socioculturales (28).

Los tratos inadecuados y situaciones de conflicto de regiones donde se registra mayor índice de violencia, incrementa el riesgo de maltrato infantil, como es el caso de Colombia (29), un país en vía de desarrollo que experimenta un aumento constante de índices de violencia y se encuentra influenciado por determinantes sociales (pobreza, niveles educativos bajos, aislamiento social, desempleo, tamaño

familiar, entre otros) que vuelven propensos a los menores (30).

Características del generador de maltrato

Los perpetradores de maltrato se caracterizan por ser cuidadores con bajo nivel educativo y con resentimientos morales; que no les permite ser críticos frente al desarrollo infantil, lo cual genera falsas expectativas sobre la infancia que al ser insatisfechas, se corrige con un patrón socialmente aceptado, el castigo (26).

Los malos tratos no provienen únicamente de familias de clases sociales bajas, las clases medias y altas, condicionadas por factores emocionales, a partir de esto, se observa un maltrato presente en toda la sociedad, pero que difiere por la forma como se manifiesta y las secuelas que deja; es así como en las clases altas se observa un mayor uso del maltrato emocional (31).

Las familias en las cuales se manifiesta el maltrato, se encuentran condicionadas por características como: la desprotección asociada al maltrato predominante, desconocimiento de servicios sociales, desajustes convencionales, abandono del hogar, transmisión intergeneracionales, dificultades laborales, crisis de ciclos vitales (ingreso de los hijos a la escuela, la adolescencia), entre otros. Es así como se evidencia una situación

que se da a partir de la interacción entre adultos-niños, las circunstancias se conjugan con aspectos de la cultura que facilitan el maltrato (31).

Consecuencias del maltrato infantil

Pese al conocimiento y los estudios que se han llevado a cabo acerca del maltrato infantil, los menores siguen atravesando por situaciones que dificultan su desarrollo, físico, mental y emocional. Es así como en los diferentes tipos de maltrato, se identifican secuelas desde el ámbito, individual, familiar y social (22).

Consecuencias biológicas

El maltrato físico contempla todas aquellas acciones que atentan contra la integridad corporal, ocasionando marcas, sangrados, lesiones de tipo funcional e incluso sobrelleva a la muerte (32). Las consecuencias físicas del abuso infantil tienen una amplia gama de resultados que varían desde lesiones menores hasta daño cerebral severo y la muerte, además se pueden experimentar síntomas gastrointestinales (2).

Las secuelas del daño físico varían según el grado de violencia empleada y la frecuencia con que se perpetra al menor, reportándose daños tan graves como cegueras

por desprendimiento de retina, deficiencias motoras y cognoscitivas. Los signos por los cuales se presume un diagnóstico de maltrato, se evidencian en traumas locales, infecciones, dolor, inflamación, sangrado. Además se genera en el menor actitudes de aislamiento, mutismo, conductas pre-suicidas y sexualizadas entre otras (33).

El daño físico más común en los menores de dos años, hace referencia a los traumas cráneo encefálico, alterando el sistema nervioso central, que conduce a la muerte o disfunción motora, sensitiva o retraso mental. Las lesiones de tipo visceral no son frecuentes con respecto a las esqueléticas, pero si presentan alto índice de mortalidad, debido al retraso en la búsqueda de atención, que complica el cuadro clínico del menor y en donde la mayoría de casos reportados indican daño a nivel del intestino delgado (34).

El trabajo laboral infantil, se caracteriza por las secuelas físicas que se presentan a largo plazo, demostrado a través de estudios que indican una alteración de la salud integral en el adulto joven, y no durante el tiempo en el cual el menor es sometido a la explotación laboral (35).

A nivel osteomusculares, se presentan fracturas, desordenes del crecimiento y mala regeneración de los huesos luego de un evento traumático, debido a que los huesos de los niños se carac-

terizan por tener menor fuerza y capacidad de soporte de carga (36).

Consecuencias psicológicas

Un trato adecuado para la infancia se relaciona con un apropiado desarrollo psicológico en lo referente al concepto de sí mismo, su autoimagen y autoeficacia, lo cual facilita el reconocimiento y expresión de sus propios sentimientos. Romper esta idealización altera de forma directa los estilos cognitivos, definidos como la percepción, organización y procesamiento de información (37). En Colombia la violencia psicológica aumenta a medida que sube el estrato socioeconómico lo contrario con la violencia física que se presenta en los estratos bajos (24).

La exposición a estrés traumático, en forma de abuso o negligencia se asocia con el desarrollo de psicopatologías, alteraciones de tipo neurobiológico que predeterminan mayor vulnerabilidad en el estado de ánimo, y con bajo control de los impulsos, igualmente presentan gran dificultad para reconocer y expresar sus propios sentimientos, pierden la espontaneidad y atribuyen la causa de todo lo que les sucede a agentes externos (29).

Se han identificado, familias en las que los cuidadores, emplean como método de crianza el castigo físico, como consecuencia de la transmisión intergeneracional,

estos adultos se caracterizan por presentar baja autoestima, locus de control de tipo externo, impulsividad, ansiedad, dificultad para establecer vínculos, incapacidad de generar empatía y mayor hostilidad. Demostrando así los daños de tipo emocional, que a largo plazo se encuentra en las personas (32).

Los tipos de maltrato que presentan secuelas de tipo psicológico son; la negligencia, por incrementar el riesgo de problemas comportamentales en los jóvenes, como inicio prematuro de la vida sexual, salida del hogar a temprana edad, crímenes y problemas escolares. Además de evidenciarse insatisfacción corporal, depresión y baja autoestima (2).

Colombia presenta una alta proporción de problemas respecto a salud mental, identificado por el incremento en consulta por desórdenes de tipo emocional por de gente cada vez más joven, generándose así una dinámica perturbada en la sociedad (38).

Consecuencias sociales

El niño que es capaz de aprender a tener confianza, armonía y sentido de identidad, cabe esperar que la transición a la edad adulta sea fácil. Por el contrario cuando ha experimentado una infancia conflictiva con los padres, recurrirá a métodos rebeldes en la vida adulta. En el área comportamental, los adultos que experi-



mentaron tratos inadecuados en la infancia, representan un mayor factor de riesgo, de participar en actividades delictivas, desarrollo de procesos adictivos, trastornos de conductas reflejados en agresividad excesiva (33).

El inicio de la década de los noventa, marcó un período caracterizado por la violencia, en cuanto a lo que el maltrato infantil concierne, la violencia es una de sus principales consecuencias a nivel social; asociadas a alteraciones en el desarrollo infantil, ausencia de afecto o de uno de los progenitores (39). Las secuelas a las cuales se enfrentan los menores, en un país con condiciones socioeconómicas inestables, se encasillan dentro del abandono, la prostitución, pro-

blemas relacionados con el consumo de sustancias. Los jóvenes pierden la claridad sobre su proyecto de vida y la capacidad crítica de orientación profesional, además del embarazo precoz (38).

Reconocer y trabajar respecto al maltrato infantil, dentro de una sociedad, que debe hacerse consciente de esta problemática, es trabajar directamente en problemas como la desadaptación social, la delincuencia, los trastornos de la personalidad, la vinculación a pandillas o grupos armados, psicopatías, porque todas ellas representan consecuencias del trato inadecuado hacia los menores (38).

Los problemas de relación, el aislamiento y la ansiedad social, círculos sociales cerrados e inadecua-

das interacciones sociales, relaciones de pareja inestables, ausencia de habilidades sociales, dificultad en la crianza de los hijos, son unas de las principales consecuencias, que repercuten a nivel social, apoderándose del entorno al cual pertenece el sujeto (40).

A partir de esto, se observa que los menores toman y aprenden del entorno lo que puede ser valorado dentro del ambiente, haciendo juicios de valor que les permite discernir entre lo bueno o lo malo que tienen, para aportar socialmente (41).

Discusión

El análisis de las fuentes bibliográficas revisadas, permite

identificar las consecuencias de tipo biológico, psicológico y social que implica la práctica del maltrato infantil, además toma en cuenta conceptos que contextualizan en la evolución histórica, los factores de riesgo, tipos de maltrato y características de los transgresores en Colombia.

El niño es valorado en Colombia como sujeto de derecho solo hasta las dos últimas décadas, esto se considera, que fue mediado por la cultura, que idealizaba el comportamiento de los menores y se valía de métodos educativos que utilizaban el castigo físico como principal herramienta. Pero debido a las manifestaciones, que se evidenciaban en las víctimas se hizo evidente esta práctica además de la intervención internacional de organizaciones como la Unicef.

A partir de eso nace el interés por analizar y estudiar los casos presentados y reconocer a los actores de esta problemática, para lo cual instituciones como el ICBF, la OMS reconocieron el maltrato infantil, además de relacionarlo con el comportamiento que adoptan parte de estos individuos a nivel social; y de lo que se puede decir no ha variado hasta el tiempo actual, por el contrario y pese a las políticas diseñadas, se observa un deterioro en las relaciones humanas, iniciando por la aparición de familias disfuncionales y reflejándose en el comportamiento adoptado en la sociedad, donde se

observa un aumento vertiginoso de la violencia.

A nivel mundial la aceptación de esta problemática se dio de forma prematura así como las intervenciones que se generaron para tratarla, lo que hace que el comportamiento y trato hacia los menores sea diferente. En Colombia se reconoció el maltrato hasta hace muy poco en comparación a otros países, Colombia hace parte de los países subdesarrollados, presentándose variaciones en el desarrollo del problema y las consecuencias que dejan con respecto a países desarrollados.

En países como Colombia, las consecuencias sociales que trae consigo la práctica del maltrato infantil, se argumentan desde las grandes desigualdades sociales, un contexto socio-económico donde prevalece la pobreza, generando daños en el núcleo familiar, y reflejándose en problemas sociales, enfrentamientos y políticas de cobertura reducida.

El hecho de que Colombia sea un país del tercer mundo, incrementan factores de riesgo específicos para las familias que habitan allí, lo cual los hace propensos a la práctica y transmisión intergeneracional del maltrato infantil. Además la cultura que ha determinado en parte las características de los generadores de maltrato, basadas algunas, en prácticas de crianza cimentadas en la violencia e influenciadas por el entorno que rodea al agresor.

Los tipos de maltrato infantil que contempla la legislación Colombiana, no difieren de los que se plantean a nivel mundial, descritos a partir de una serie de investigaciones que finalmente permitieron su visualización, siendo necesario transformarlo en un fenómeno social; trasladado al interior del contexto colombiano con sus incidencias.

Las consecuencias de maltrato se presentan según los diferentes tipos de maltrato infantil, los cuales indican alteraciones en el ámbito individual, familiar y social, secuelas físicas, trastornos conductuales, emocionales y sociales. Lo que hace que un niño sea violento y tenga alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la edad adulta, y lo manifieste de manera interpersonal, colectiva, física, emocional y psicológica al interior y exterior del hogar, la familia, la escuela, los sistemas de protección y de justicia, a partir de esto se puede determinar que el desarrollo de esta problemática, se da de forma cíclica, ya que son sus víctimas a largo plazo los generadores de maltrato.

A partir de esto, se observa que la enfermería se enfrenta a un problema social que supera la simple atención profesional y constituye un ejemplo evidente de actuación integral e interdisciplinaria desde los distintos ámbitos de actuación en el que se desarrolla su actividad. Presentándose

así, como un tema que debe generar interés por parte de la enfermera, pues desde la recopilación teórica se pudo determinar que es un problema de salud, que trae implícitas consecuencias de tipo; inmediato, por el daño físico, por el estado de crisis personal y por el sufrimiento emocional. Mediatas, por la aparición de reacciones y enfermedades emocionales, por la desadaptación escolar, familiar y por la crisis que se produce como consecuencia de la denuncia y de las acciones públicas. Y finalmente tardías, por las secuelas, discapacidades físicas permanentes y especialmente por los efectos en la conformación de la personalidad de las víctimas y que compromete los patrones relacionales humanos y familiares.

Dado que la formación del profesional de enfermería, le permite desarrollar acciones preventivas, curativas y de rehabilitación en su actuar profesional, la enfermería con respecto al maltrato infantil se fundamenta en la atención primaria basado en la prevención a través de la educación de los padres, a la familia y a los cuidadores de los niños, en la identificación de riesgos y en el fortalecimiento del buen trato. Por lo que se recomienda implementar intervenciones, que desde la enfermería se puedan aplicar con los menores y que apunten a la reducción de las consecuencias. Es

importante que inicie la discusión acerca de la delimitación de acciones con los niños que presentan signos de maltrato y con las familias o posibles autores de la violencia infantil.

Por otra parte, los profesionales de enfermería en atención primaria se encuentran en una posición favorable para detectar a los niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población infantil y realizar actividades preventivas en niños considerados de alto riesgo; para esto se sugiere tener en cuenta las siguientes intervenciones:

- En el contacto con los menores y su familia; debe indagar sobre los aspectos psicosociales, la dinámica familiar, reconocer factores protectores y de riesgo. Evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, presencia de síntomas que sugieran abandono o carencia afectiva.
- Intervenir en foros comunitarios de educación para la salud incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, y en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos: cursos profilácticos, escuelas de padres entre otros que promuevan los valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad y

campañas de sensibilización poblacional.

- Asesoría para la prevención de embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante: adecuada educación sexual en centros escolares, programas de salud infantil, facilitación de recursos de planificación familiar.
- Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño. Evaluar la situación de negligencia coordinar con el equipo de salud, los objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia en situación de riesgo.
- Intervenir a los padres con problemas de salud mental, adicción al alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Además de recomendar el manejo de trastornos de ansiedad y depresión.
- Incentivar la visita domiciliar realizada por el profesional de enfermería a familias de alto riesgo, ideales desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida.
- El reconocimiento de situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer es una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil.

Las intervenciones anteriores se mencionaron, con la finalidad, de generar conciencia y empoderamiento por parte de profesionales de enfermería, frente a esta problemática, teniendo en cuenta que la formación de la enfermera debe destacarse en la acción preventiva y no únicamente en el cuidado postraumático; que aunque también es importante, no deja de generar secuelas, además carece de sentido la implementación de políticas, normas y leyes para la protección del menor, sino hay quién las ponga en escenario.

Bibliografía

- 1. Loredó Abdalá. Maltrato en niños y adolescentes. México D.F.: textos mexicanos, 2004.
- 2. Forero, Laura Carolina Alarcón, et al. Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. MedUNAB, 2010, vol. 13, no 2.
- 3. Jiménez Becerra Absalón. Infancia: Ruptura y discontinuidades de su historia en Colombia. Colombia: Ecoe Ediciones, 2012.
- 4. Bossard James. Historia universal de la infancia. Acta pediátrica, México, 2010, Vol. 31.
- 5. Vargas, Elvia; Ramírez, Clemencia. Maltrato infantil: cómo comprender y mejorar nuestra relación con los niños. Planeta, 1999.
- 6. Ferré, Isabel Cuadros; Vera, Martha Ordóñez. La infancia rota: testimonio y guías para descubrir y tratar el abuso sexual infantil. Editorial Norma, 2006.
- 7. Domínguez Lostaló, Juan Carlos, Et. Infanticidios: historias de vida. La plata Revista de psicología. n. 11, 2010.
- 8. Cruz González Patricia, Hernández Román Norma. Maltrato infantil intrafamiliar. México. 2009.
- 9. Del Bosque-Garza, Jesús. IV. Historia de la agresión a los niños. Gac-MedMex, 2003, vol. 139, n. 4.
- 10. Planella, Jordi. Los malos tratos a la niñez: análisis histórico, desde la antigüedad hasta nuestros días.
- 11. Mejía Molina, Danny Saúl; Yanchaguano Guilcamaigua, Carlos Aníbal. Estudio jurídico de la impunidad de los delitos de infanticidio. 2012.
- 12. Friedman Gabriela. Licenciatura en diseño gráfico ciencias de la comunicación.
- 13. Demause, Lloyd. Historia de la infancia. Alianza editorial, 1982.
- 14. Gutiérrez, Lucy. Aspectos socio-familiares y culturales que inciden en el maltrato del menor. 2001.
- 15. Salinas Meza René. La historia de la infancia, una historia por hacer. Revista de historia social y de las mentalidades, 2011, Vol. 1. No. 5.
- 16. Crianza Colonia, Las prácticas de crianza entre la colonia y la independencia de Colombia: Los discursos que las enuncian y las hacen visibles. 2006.
- 17. Santa-Tavira, Rosalinda; Sánchez-Ahedo, Roberto; Herrera-Basto, Emilio. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud pública de México, 1998, vol. 40, n. 1, p. 58-65.
- 18. Millán, et al. Victimología Infantil. Cuadernos de Medicina Forense, 2006, n. 43-44, p. 7-19.
- 19. Gracia Fuster Enrique. Los malos tratos en la infancia: tres décadas de investigación. Valencia: Albatros. Psicología de la familia, 1994.
- 20. Carreño Clara, Rey Alicia. Reflexiones en torno a la comprensión del maltrato infantil. Universitas Psychologica, 2010, Vol. 9, n. 3.
- 21. Villaveces Andrés, Deroo Lisa. Child delinquency and the prophylaxis of crime in early 20th-century Latin America. United States of America: Rev. Panam Salud Publica, 2008.
- 22. Murillo Suárez Diana María, Lorena Gómez Julieth, Quiroz Lina Patricia. La prevención contra la violencia y la protección a la primera infancia, un asunto de todos. Medellín. Universidad de Buenaventura, 2011.
- 23. Código del menor. Decreto número 2737/89. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. El Congreso de Colombia.
- 24. Alzate Correa Jorge Iván. Intervención en el manejo social del riesgo en infancia y adolescencia. Medellín. 2010.
- 25. Corredor Karen, Martínez Karen y Vásquez Juan José. Maltrato infantil: una perspectiva desde la conducta parental. Colombia. 2012.
- 26. Rivero José, Negrete Yadith. Efectos del maltrato infantil en la inteligencia emocional y el desarrollo del juicio moral en niños. Montería (Córdoba): Pensando Psicología/ Revista de la facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia, 2009, Vol.5, n. 8.
- 27. Lloret, Fernando Rodes; Olmos, Carlos Enrique Monera; Bravo, Mar Pastor. Vulnerabilidad infantil: un enfoque multidisciplinar. Editorial Díaz de Santos, 2011.
- 28. Apache Perdomo, Nataly, et al. Maltrato infantil según la escala de estrategias de resolución de conflictos (CTSPC), en población escolarizada de la ciudad de Manizales. (Colombia), 2011; vol. 12, n. 1, p. 31-45.

- 29. Martínez Gladys. El maltrato infantil: mecanismo subyacente. Colombia. Avances en psicología latinoamericana, 2008, vol. 26, n. 2, p. 171-79.
- 30. Rodríguez Muñoz, Diana Isabel. El maltrato infantil: un problema de salud pública. Facultad Ciencias de la Salud Unicauca, 2006, vol. 7, n. 4, p. 33-8.
- 31. Barcelata Eguiarte, Blanca Estela; Álvarez Antillón, Iliana. Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. Acta colombiana de psicología, 2005, vol. 8, n. 1, p. 35-46.
- 32. Hewitt Ramírez Nohelia. Factores cognoscitivos de los padres, asociados con la concurrencia de alcohol y el maltrato físico a los hijos. Colombia. 2006.
- 33. Vélez López Luisa. Relación entre el maltrato intrafamiliar en la infancia y las relaciones sociales en Colombia, 2005.
- 34. Araujo Reyes Ana Teresa, Lubrinus Badillo Federico Guillermo. Maltrato infantil: Diagnóstico Radiológico. Revista en internet. Bucaramanga. 2006.
- 35. Pedraza Avela, Aura Cecilia; Ribero Medina, Rocío. El trabajo infantil y juvenil en Colombia y algunas de sus consecuencias claves. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2006, vol. 4, n. 1, p. 177-216.
- 36. Ayala, Leonardo; Rondón, A. Efectos del trabajo infantil en la salud del menos trabajador. Revista Salud Publica, 2004, vol. 6, p. 270-88.
- 37. Gativa Días Carlos Andrés, Bello Arévalo Johanna, Vanegas Angarita Eliana, Et. Historia del maltrato físico en la infancia y esquemas mal adaptativos tempranos en estudiantes universitarios. Acta Colombiana de Psicología, 2009, vol. 12, n. 2, p. 127-134.
- 38. Arango-Dávila, César Augusto; Fernández, Juan Carlos Rojas; Moreno, Mauricio. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría Revista Colombiana Psiquiatría, 2008, vol. 37, n. 4.
- 39. De Santacruz, Cecilia; Chams, Wadeth; Fernández de Soto, P. Colombia: Violencia y salud mental. La opinión de la psiquiatría. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2006, vol. 35, n. 1, p. 30-49.
- 40. Olarte, Jaime Alberto; Zapata, Cristian David; Heredia, Diego Armando. Sobre maltrato y agresión infantil. 2012.
- 41. Sanabria, Ana María; Uribe Rodríguez, Ana Fernanda. Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. Perspectiva Psicológica, 2010, vol. 6, n. 2.

Pautas para la publicación de artículos

Política editorial

Se publicarán artículos producto de la investigación, revisión y reflexión en las áreas manejadas por el Programa de Enfermería de la Facultad de Salud de la Fundación Universitaria del Área Andina. Dichos trabajos serán sometidos a evaluación interna y posteriormente recibirán evaluación editorial por parte del comité de la revista. Los trabajos presentados no deben haber sido presentados o publicados por otras revistas.

Criterios para la publicación de artículos

- El(los) autor(es) debe(n) presentar el manuscrito con la declaración de originalidad firmada y escaneada al correo: mhernandez@areandina.edu.co

- El manuscrito debe ser enviado en formato Microsoft Word, acompañado de formato autorización de uso del trabajo, texto, figuras o cualquier otro material que tenga reserva de derechos y de un oficio que contenga la siguiente información:

1. Consentimiento de los autores sobre el contenido y la forma de presentación del documento.
2. Aclaración de que el documento no se ha publicado antes y que no se someterá a evaluación o selección en otra publicación mientras se encuentre en proceso en la Revista Línea de Vida.
3. Indicar que los autores no tienen conflictos de interés.

Sobre la presentación de los artículos

Todo el manuscrito debe estar elaborado en papel tamaño carta, fuente color negro, letra Arial tamaño 12, interlineado doble, con las siguientes márgenes: superior 3 cm, inferior 2.5 cm, izquierdo 3 cm y derecho 3 cm.

En la primera página del documento debe aparecer el nombre completo del autor o autores, con un breve resumen de su hoja de vida.

Estructura del artículo

- **Título:** debe estar en español y en inglés.
- **Autor(es):** nombre completo, grado académico más alto alcanzado, título profesional (no debe ir el nombre de la institución que otorgó el título).

lo), afiliación institucional, teléfono y correo electrónico. El orden de mención debe reflejar la importancia de la contribución de cada autor. Se debe indicar a cuál de los autores contactar en caso de interés de mayor información.

- **Resumen:** en español e inglés. Debe tener una extensión de entre 100 y 250 palabras; debe incluir además objetivos, métodos, resultados y conclusiones.
- **Palabras clave:** deben incluirse de tres a siete palabras clave, utilizando los descriptores aceptados por bases de datos internacionales.
- **Introducción:** debe mencionar el problema u objetivos, indicando su origen, antecedentes e importancia; los conocimientos existentes sobre el tema, indicando el respaldo bibliográfico.
- **Materiales y métodos:** evidenciar los métodos, aparatos y los procedimientos utilizados. Indicar el tipo de diseño

y muestreo utilizados, las principales variables y términos, los instrumentos de recolección de la información, las técnicas y el análisis estadístico, explicando cómo se obtuvieron los resultados.

- **Resultados:** se debe presentar el aporte relevante del trabajo.
- **Discusión:** mostrar las interpretaciones, generalizaciones, conclusiones y recomendaciones que los resultados indican y las discrepancias con otras investigaciones.
- **Agradecimientos:** puede mencionarse un reconocimiento a la cooperación de personas o instituciones que ayudaron materialmente al autor en su trabajo.
- **Bibliografía:** se deben citar las referencias bibliográficas, según APA.
- **Tablas y figuras:** Preferiblemente deben ser originales de los autores. Si son modificaciones o reproducciones es necesario acompañar el permiso correspondiente.

Aspectos éticos

Cuando sea necesario se incluirá explicación de los procedimientos desarrollados en el trabajo con el fin de garantizar el cumplimiento de los principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus posteriores revisiones, y de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Si es una investigación sobre pacientes y/o instituciones, no se debe quebrantar su privacidad sin el uso del consentimiento informado.

Selección para publicación

La recepción de un manuscrito no obliga a la publicación de este. Los manuscritos recibidos serán revisados por el Comité Editorial y serán sometidos a revisión por pares externos, usualmente expertos en el tema respectivo. El Comité Editorial se reserva el derecho de aceptar, rechazar, solicitar modificaciones y hacer las correcciones que se estimen necesarias para ajustar el manuscrito al estilo de la revista.