

Salud

AREANDINA

Año 2013-2, julio-diciembre

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Pablo Oliveros Marmolejo †
Gustavo Eastman Vélez
Miembros Fundadores

Marta Sandino de Oliveros
Miembro de la Asamblea General

Marcela Oliveros Sandino
Presidente Asamblea General
Consejera Corporativa

Carlos Patricio Eastman Barona
Presidente Fundación Universitaria
del Área Andina
Miembro Asamblea General
Presidente Consejo Directivo
Seccional Pereira
Consejero Ejecutivo

Fernando Laverde Morales
Rector Nacional
Representante Legal

Sonia Sierra González
Vicerrectora Académica Nacional

Édgar Orlando Cote Rojas
Decano Facultad de Ciencias de la
Salud

Ángela Susana Hernández Posada
Directora del Programa de
Enfermería

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

revistasalud@areandina.edu.co
2013-2, julio-diciembre
ISSN: 2322-9659

Fundación Universitaria del Área Andina
Bogotá, D.C., Colombia

REVISTA SALUD AREANDINA

COMITÉ DE ÁRBITROS

Comparación de la efectividad del láser diodo helio-neón en los procesos de oseointegración de implantes dentales en conejos new zealand

Par evaluador: David Díaz Rojas

Especialista en semiología y cirugía oral. Fundación Universitaria San Martín. Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: dadiro04@hotmail.com

Dificultades percibidas por estudiantes de la licenciatura de Enfermería, en su inserción a la práctica clínica de paciente crítico. Uruguay

Par evaluador: Mery Solanye Velásquez Reyes

Enferma. Magíster en salud y seguridad en el trabajo. Universidad Nacional de Colombia.

Lavado de manos asociado a la incidencia de enfermedades respiratorias y diarrea aguda

Par evaluador: Elizabeth Aurora Pérez

Psicóloga con doctorado en Ciencias de la Salud Pública. Universidad de Guadalajara, México.

Correo electrónico: elizabeth_psicologa@hotmail.com

Violencia durante el embarazo: consecuencias maternas, fetales y neonatales. Una revisión sistemática de la literatura

Par evaluador: Gustavo Jaimes Monroy

Candidato a Doctor en ciencias farmacéuticas. Magíster en Bioquímica. Universidad Nacional de Colombia.

Correo electrónico: gustavo.jaimesm@gmail.com

Estudio comparativo de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá, entre el año 2011 y 2012

Par evaluador: Yazmin Aranzazú Munguía Cortés

Psicóloga con Doctorado en ciencias de la salud pública. Universidad de Guadalajara, México.

Correo electrónico: jazminmunguia@gmail.com

Conocimiento sobre el autoexamen de mama en mujeres mayores de 15 años. Cuba, 2010

Par evaluador: Marcia Zulema Cordero Rizo

Doctorado en ciencias de la salud pública. Universidad de Guadalajara, México.

Correo electrónico: corderorizo@hotmail.com

Riesgos para el consumo de drogas en adolescentes.

Par evaluador: Gloria Del Rio Mantilla

Psicóloga clínica. Magíster en neurociencias. Fundación CEDESNIID y Universidad del Bosque, Colombia.

Correo electrónico: glori484@hotmail.com

Naturaleza de la revista

Fundamentación

La revista *Salud Areandina* es la publicación científica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Fundación Universitaria del Área Andina. Nace del esfuerzo unificado de los programas que integran la Facultad, con base en las experiencias de la comunidad académica.

Misión

Salud Areandina es la revista científica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Fundación Universitaria del Área Andina, cuyo propósito es difundir conocimiento científico producto de procesos investigativos derivados de las profesiones de la salud. La publicación está enmarcada dentro de valores éticos y humanísticos y dirige su trabajo hacia la comunidad científica nacional e internacional.

Visión

La revista *Salud Areandina* será reconocida nacional e internacionalmente como un medio informativo de consulta y actualización por sus aportes científicos e innovadores en el desarrollo de conocimiento, el cual permita generar cambios sociales en el área de la salud.

Objetivo

La revista *Salud Areandina* tiene como objetivo dar a conocer los resultados de investigaciones científicas realizadas por diferentes disciplinas del área de la salud, promoviendo en la comunidad académica nacional e internacional el intercambio de opiniones que permitan la construcción de nuevo conocimiento.

Periodicidad

La revista tendrá periodicidad semestral.

Público objetivo

Esta publicación se dirige a la comunidad académica en general y de manera especial a docentes y estudiantes del área de la salud de pre y posgrado.

Contenido

Revista Salud Areandina

Bogotá, D.C. Colombia

Páginas 1 a 122, 2013-2, julio-diciembre

- 9 Editorial
"Creemos que las condiciones están dadas como nunca para el cambio social y que la educación será su órgano maestro".
Gabriel García Márquez y Rafael Molina Béjar
- 11 Comparación de la efectividad del láser Diodo helioneón en los procesos de oseointegración de implantes dentales en conejos new zealand
Mauricio Pacheco A., José Luis Cifuentes M., Jasser Murillo M. y María Tovar P.
- 29 Dificultades percibidas por estudiantes de la licenciatura de enfermería, en su inserción a la práctica clínica de paciente crítico, Uruguay
Rosana Tessa
- 39 Conocimiento sobre el autoexamen de mama en mujeres mayores de 15 años. Cuba, 2010
Nardys Oremis Meneses Fonseca, Gustavo Díaz Pacheco y Yosdani Meneses Escalona
- 53 Riesgos para el consumo de drogas en adolescentes
María Yanibet Duque Oviedo
- 71 Lavado de manos asociado a la incidencia de enfermedades respiratorias y diarrea aguda
Sonia Yanira Roncancio Poveda
- 85 Violencia durante el embarazo: consecuencias maternas, fetales y neonatales: una revisión sistemática de la literatura
Rosa María Dos Santos Moreira
- 97 Estudio comparativo de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá entre el año 2011 y 2012
María Elena Reyes Ortiz

Editorial

“Creemos que las condiciones están dadas como nunca para el cambio social y que la educación será su órgano maestro”.

El epígrafe de nuestro editorial tiene un doble sentido: en primer lugar, reconocer la vida y obra de nuestro único premio Nobel y, segundo, resaltar su faceta como académico. Son múltiples sus contribuciones en este aspecto, pero hoy damos relevancia a su papel como redactor del informe final de la Misión de Ciencia y Tecnología, que lo muestra a las claras como educador, como transmisor de conocimiento, como investigador.

Grata coincidencia que una vez escogido el epígrafe, nos encontremos ante alusión parecida, y recogida de un reciente artículo publicado en el Observatorio de la Universidad Colombiana y firmado por el Doctor Carlos Patricio Eastman, Presidente de la Fundación Universitaria del Área Andina, y en el que señalaba: “...la Misión de Sabios en donde 20 de las mentes más brillantes de este país, presentaron un informe al entonces presidente Gaviria con el fin de transformar la educación del país y por ende impulsar el desarrollo del mismo, varias de sus recomendaciones aún están o siguen vigentes; lo lamentable es que ningún gobierno las apropió” (1).

Dentro de estas recomendaciones, se incluía la necesidad de apoyar la investigación, de apoyar las publicaciones, de propugnar por poner al servicio de todos y cada uno de los estudiantes los resultados del trabajo investigativo y, sobre todo, que las instancias responsables de cada una de las áreas temáticas las apropiaran, las convirtieran en políticas públicas saludables.

Tratando de cumplir, al menos en parte, con las recomendaciones señaladas, presentamos el número 3 de la revista de la Facultad de Ciencias de la Salud y saludamos complacidos los primeros ejercicios de intercambio académico con diversas universidades y con diferentes investigadores del continente, consecuentes con nuestra idea de que el trabajo en red debe ser el norte de revistas como Salud Areandina, lo que permite compartir conocimientos desde diferentes ángulos y perspectivas formativas.

El trabajo en red permite comunicar hallazgos importantes a nivel epidemiológico, intercambiar experiencias en campañas masivas, compartir el resultado de los múlti-

ples trabajos de investigación que se realizan en la región, poner en el plano de la discusión aspectos de palpitante actualidad y que tienen que ver en primerísima instancia con los derechos sociales y en particular los relacionados con la salud y la forma de insertar todo ello en los diferentes planes nacionales de desarrollo y poder así trazar políticas y estrategias en torno a la resolución de las comunes problemáticas.

Adquirir conocimientos en los diferentes ámbitos de la salud, nacidos de la producción científica previamente desarrollada, debe ir de la mano en pro de un mayor fortalecimiento intelectual y desarrollo científico, basados en el análisis individual de cada situación.

Todo lo anterior requiere divulgación; la divulgación científica es uno de los elementos de mayor importancia en el proceso de formación investigativa de los profesionales de ciencias de la salud y, por tanto, debemos continuar buscando estrategias para el mejoramiento de la publicación científica profesional.

Refuerza lo anterior Robert Day, en su texto: “Cómo escribir y publicar trabajos científicos”, cuando dice: “un experimento científico, por espectaculares que sean sus resultados, no termina hasta que esos resultados se publican. De hecho, la piedra angular de la ciencia se basa en la premisa fundamental de que las investigaciones originales tienen que publicarse... el investigador científico quizás sea el único, entre todos los que desempeñan un oficio o profesión, que está obligado a presentar un informe escrito de lo que hizo, como lo hizo y lo que aprendió al hacerlo.”

Concluyendo: la mejor forma de conocer la propia situación en salud es a través de procesos de investigación, porque constituyen una oportunidad para el aumento de la producción y calidad científica profesional. Aparejado a esto, la lectura y la escritura como herramientas indispensables de docentes y estudiantes para una adecuada formulación de las políticas del sector salud.

Hoy compartimos con los lectores artículos de temas variados producto del esfuerzo de profesionales de diferentes países del continente y que a no dudarlo deben despertar el interés investigativo y confirmar que la ruta por la que transita la revista es ajustada a la realidad sanitaria y académica que se vive.

Sin más preámbulos: Tolle, Lege –Toma Lee

1. “El observatorio de la Universidad Colombiana”, Mayo 14/2014.

Gabriel García Márquez, Rafael Molina Béjar

Comparación de la efectividad del láser Diodo helioneón en los procesos de oseointegración de implantes dentales en conejos new zealand

Mauricio Pacheco A.¹
José Luis Cifuentes M.¹
Jasser Murillo M.¹
María Tovar P.²

Resumen

Objetivo: evaluar los cambios histológicos producidos por el uso del láser helioneón en la cicatrización de tejidos óseos, alrededor de implantes dentales oseointegrados en conejos new zealand, durante 30 días (4 primeras semanas) con aplicaciones, cada 72 horas a una exposición de 7 minutos por sesión. **Métodos y materiales:** el estudio fue experimental in vivo, se utilizaron 15 conejos de la raza new zealand; a los cuales se les practicó cirugía de implante en el área de la tibia, a nivel de fascia crural sobre el cuerpo medial del hueso. Para esta investigación se utilizaron implantes marca IMETI®, con un diámetro de 3 mm x 4 mm, de titanio clase V. Se siguió el protocolo de fresado establecido por la casa comercial. Finalizado el procedimiento, se formaron tres grupos, G1 con implante y láser, G2 implante sin láser, y un tercer grupo sin ninguna intervención. **Resultados:** en G1, el láser produjo mayor vascularización, aumento de osteoblastos y de osteocitos en la cuarta semana especialmente. Zonas de hemorragia y discontinuidad de la malla de osteoide se describen con más frecuencia en el grupo tratado con láser que en el control. **Conclusiones:** se demostró que el uso del láser helioneón en la cirugía de implantes acelera la cicatrización ósea obteniendo como resultado una disminución en los tiempos de oseointegración.

Palabras clave

célula, oseointegración, implante, hueso, láser.

¹ Residentes posgrado de semiología y cirugía oral FUSM.

² Doctora en pedagogía social. Magíster en educación. Colegio Mayor de Cundinamarca. Correo: latovar@gmail.com

Introducción

Abergel et al.(1), investigaron diversas modalidades de láser. Los estudios indican que los que tienen longitudes de onda específicas y densidades de energía modular alteran el metabolismo del tejido conectivo y los fibroblastos de la piel mientras que otros tipos de láser mejoran la cicatrización.

Lyons et al. (2) realizaron observaciones clínicas, sugiriendo que los rayos láser de baja energía pueden estimular la cicatrización de heridas. Examinaron los efectos de los rayos láser de baja energía en la producción de colágeno por los fibroblastos de la piel humana y reportó un aumento de la síntesis de colágeno in vitro. Estos resultados sugieren un efecto beneficioso del láser helioneón en la cicatrización de la herida in vitro.

Karu (3) investigó sobre la posibilidad de reducir el dolor y la ansiedad a través de aplicaciones de láser de baja intensidad. La evidencia muestra que el proceso se acelera hasta tres veces. Este estudio aclaró que 790 terapias con láser con una dosis de 1,5 J/cm², es tan eficaz con respecto al efecto analgésico y anti inflamatorio como medicación convencional, tanto para el control de dolor, edema y la cicatrización.

Pourreau et al. (4), estudiaron la diferenciación de las células normales de

fibroblastos gingivales humanos in vitro, los tejidos de control sin tratamiento fueron comparados con los tejidos expuestos a irradiación láser (HeNe). Una transformación directa se observó antes de 24 horas después del tratamiento con láser, mientras que los cultivos de control solo se observaron fibroblastos en reposo y fibroblastos activos de la extracción de terceros molares. Estos datos proporcionan evidencia de que el efecto biológico primario del láser helioneón tiene importancia clínica en la aceleración del proceso de cicatrización de la herida.

Rosane et al. (5) evaluaron el efecto de la irradiación con láser diodo de baja potencia en la cronología de la reparación alveolar en ratas. Los láseres de baja intensidad poseen un carácter eminentemente analgésico, antiinflamatorio y efecto bioestimulante, produciendo un aumento de la microcirculación local y en la velocidad de la cicatrización. La utilización del láser en odontología ha tenido una constante evolución y desarrollo y, aunque son cada vez más las especialidades que utilizan esta técnica, todavía hoy en día no se conoce perfectamente el mecanismo de acción del láser sobre el comportamiento de los tejidos biológicos, y mucho menos hay un consenso o un protocolo a nivel inter-

nacional, que estadifique los niveles de ondas electromagnéticas que se deban aplicar en cada tejido, ya que cada casa comercial realiza según las condiciones de su equipo una clasificación independiente. El hueso es un tejido conectivo especializado que brinda el sostén y la protección de los órganos al cuerpo, desde el punto de vista microscópico el hueso se organiza de dos formas, en tejido esponjoso o hueso trabecular y tejido óseo compacto o hueso cortical; este se encuentra recubierto por una delgada capa de tejido conectivo denso, el periostio y una capa interior rica en células, el endostio, que recubre el espacio medular y los espacios de la sustancia esponjosa (6).

A nivel microscópico existen 5 tipos de células óseas, las osteoprogenitoras, que se diferencian de las células mesenquimatosas, que dan origen a los osteoblastos, fibroblastos, condrocitos y células endoteliales. Los osteoblastos sintetizan y segregan matriz ósea orgánica; los osteocitos se consideran la verdadera célula ósea y emiten prolongaciones por los canalículos para conectarse entre sí. Los osteoclastos son los encargados de la degradación del hueso (7).

El uso de conejos como animal de experimentación es aceptado, ya que posee similitud estructural ósea con el hu-

mano y demanda una infraestructura que generalmente se encuentra disponible en los laboratorios de cirugía experimental, la cirugía en la tibia del conejo resulta una intervención sencilla. De fácil acceso y los protocolos están establecidos para dicha zona, esto conlleva una intervención menos traumática para el animal de experimentación. El propósito de este estudio fue el de comparar los cambios histológicos producidos por el uso del láser helioneón en la cicatrización de tejidos óseos, alrededor de implantes dentales colocados en conejos new zealand durante la primera, segunda, tercera y cuarta semana con aplicaciones cada 72 horas dos veces por semana.

Los pocos estudios que hay sobre la incidencia en la cicatrización ósea estimulada por la utilización del láser terapéutico en la osteointegración de implantes, es una de las razones por las cuales se realiza este estudio, ya que al mejorar los tiempos de cicatrización se podrá realizar la restauración en menos tiempo y esto se reflejará en la estética del paciente (8).

Con los resultados de la investigación, se espera promover una técnica con la que se pueda mejorar la cicatrización y formación ósea, especialmente en sitios de difícil osificación, y en defectos óseos grandes. Esta investigación es re-

levante para los cirujanos, periodoncistas e implantólogos que realicen procedimientos de implantología, ya que al conocer la disminución en los tiempos de cicatrización ósea alrededor de los implantes irradiados con el láser de helio neón, podrán rehabilitar sus pacientes en menor tiempo.

Materiales y métodos

El estudio es experimental in vitro y está enmarcado en las leyes de protección animal que se relacionan con el manejo a nivel experimental e investigativo, las limitaciones que se pueden generar están relacionadas con los animales por su estrés, infecciones y enfermedades, en el operador, puede que no se encuentre calibrado para los tiempos operatorios, en que existan malas condiciones higiénicas y por último el tiempo de duración de la investigación ya que afecta directamente la salud y estabilidad de los conejos. Para el cálculo de la muestra se aplicó la siguiente fórmula estadística:

$$N = \frac{(\infty.\beta). S \exp^2}{\Delta x^2} = 5.89$$

$$\infty = 0.05$$

$$\beta = 0.05$$

$$\infty.\beta = 10.824$$

$$s = 6.1 \Delta x = 11.33$$

El cálculo de la muestra da como resultado un $N = 5,89$, por lo tanto, es suficiente utilizar 6 conejos para obtener resultados estadísticamente significativos. Para el estudio, se utilizarán 15 conejos como muestra significativa.

Variables criterios

Conejos prueba piloto

Prueba a un mes:

- 1) Espécimen control: 1 conejo sin implante y sin terapia láser
- 2) Grupo experimental con implante y láser: 1 conejo
- 3) Grupo experimental con implante y sin láser: 1 conejo

Para la prueba definitiva se dividió así:

Semana 1

- 1) Espécimen control: 1 conejo sin implante y sin terapia láser
- 2) Grupo experimental con implante y láser: 1 conejo
- 3) Grupo experimental con implante y sin láser: 1 conejo

Semana 2

- 1) Espécimen control: 1 conejo sin implante y sin terapia láser
- 2) Grupo experimental con implante y láser: 1 conejo
- 3) Grupo experimental con implante y sin láser: 1 conejo

Semana 3

- 1) Espécimen control: 1 conejo sin implante y sin terapia láser

- 2) Grupo experimental con implante y láser: 1 conejo
- 3) Grupo experimental con implante y sin láser: 1 conejo

Semana 4

- 1) Espécimen control: 1 conejo sin implante y sin terapia láser
- 2) Grupo experimental con implante y láser: 1 conejo
- 3) Grupo experimental con implante y sin láser: 1 conejo

Los conejos del grupo control se marcaron con tinta indeleble en la ore-

ja derecha con la inicial R, seguida del número de la semana, 1, 2, 3, 4. Los del grupo experimental implante sin láser se marcaron con la letra M seguida del número 1, 2, 3, 4. Y, por último, el grupo experimental implante con láser se marcó con la letra J seguida del número de la semana 1, 2, 3, 4. Los conejos de la prueba piloto se marcarán así: el conejo control con las letras PC, el experimental implante sin láser Py el experimental implante con láser P+.

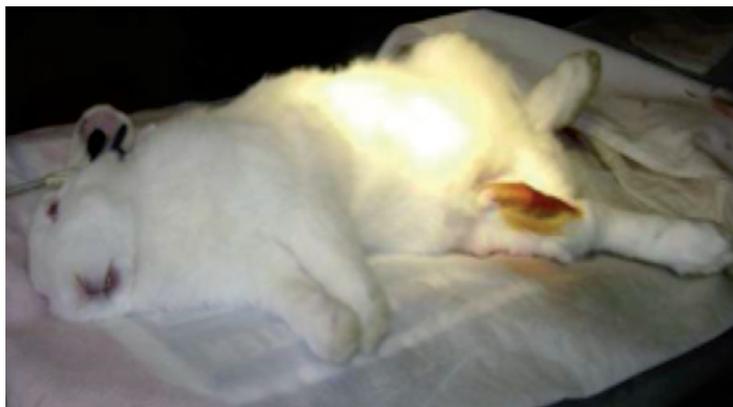


Figura 1. Asepsia y antisepsia

Fuente: elaboración propia.

Preparación preoperatoria

Previa asepsia y antisepsia de las zonas a incidir con solución yodada al 10 % en la zona del fémur, se procede a canalizar la vena cefálica con un catéter

#24, solución de acetato de ringer y con un equipo de microgoteo.

Anestesia: se dividió en dos tiempos sedación o preanestesia y la fase anestésica como tal.

Sedación: se realizó con clorhidrato de xilazina al 2 % en dosis de 0,25 mg/kg de peso IV, y Atropina 0,1% dosis de 0,022 mg/kg de peso IV.

Anestesia: se realizó con hidrocloreuro de ketamina 5mg/kg de peso IV y Diazepan 0,5 % dosis de 0.22mg/kg de peso IV.

Protocolo quirúrgico: se realizó en el área quirúrgica de la Clínica Veterinaria

Prado Vet (F U S M). Se practicó tricotomía a nivel del área de la tibia, posteriormente, se realizó antisepsia quirúrgica estricta y el espécimen se posicionó en decúbito dorsal con la extremidad posterior suspendida para la colocación de los paños quirúrgicos. La incisión se inició sobre el cóndilo medial de la tibia y se curvó cranealmente a la línea media de la tibia para descender a la mitad del cuerpo.



Figura 2. Decolación de colgajo estándar

Fuente: elaboración propia.

Después, se curvó caudalmente al extremo cerca del maléolo medial. Se incidió el tejido subcutáneo en la misma línea. Aunque no era esencial, se hizo un esfuerzo por preservar los vasos safenos y el nervio que atraviesa la tibia. El hueso estuvo expuesto por la incisión de la fascia crural sobre el cuerpo medial del hueso. La elevación de la fascia expone los músculos.

Los músculos tibial craneal y flexor digital craneal pueden retraerse por incisión de la fascia a lo largo de sus bordes para liberarlos del hueso (Piermattei, 1996). Finalmente, el tejido subcutáneo y la piel se suturaron de la forma habitual. El cierre de la piel y tejido subcutáneo se realizó de manera rutinaria con monofilamento 40 Dafilon®.



Figura 3. Fresado

Fuente: elaboración propia.

Manejo postoperatorio

Se realizó con clorhidrato de tramadol 2 mg/kg de peso administrado por vía intramuscular, cuya primera dosis se colocó al terminar la intervención quirúrgica y luego se administró cada 12 horas hasta completar tres días. Los controles se realizaron por el médico veterinario (7).

Eutanasia

La eutanasia se realizó con el animal de experimentación previamente

sedado con clorhidrato de xilazina 2 % a una dosis de 5 mg/kg intramuscular y posteriormente administrando Eutanex a una dosis de 1 ml por cada 4 kilos de peso corporal por vía intracardiaca, lo que provoca el paro cardiorrespiratorio. Luego de la intervención, cada espécimen fue depositado en bolsa roja, marcada y sellada, para que sea recolectada por la empresa de servicios eco capital, y estos dispongan de los desechos biológicos finales, todo enmarcado bajo la resolución 1164 de 2002.

Tabla 1. Medicamentos utilizados.

Fármaco	Dosis	Vía de administración
Anestesia		
Clorhidrato de Monoclorhidrato de Xilacina	35 mg/kg	IM
Anestesia		
Clorhidrato de Tramadol	2 mg/kg	IM [5]
Antibioterapia		
Amoxicilina	0,1mg/kg	IM [2]
Eutanasia		
Euthanex	1 mL/4kg pc	IC [6,7]

Consideraciones ético-legales

En Colombia la ley 84 de 1989 trata de la protección de los animales contra el sufrimiento y el dolor causados directa o indirectamente por el hombre (9-10).

Análisis de resultados

La muestra de este estudio fue de 15 conejos machos de la raza new zealand que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, a los cuales se les colocó un implante de titanio y láser HeNe en el sitio incidido. Se realizaron cortes histológicos a la primera, segunda, tercera y cuarta semana, para determinar así las características de neoformación ósea, la interfase huesoimplante y tejidos circundantes; se obtuvo un corte histológico de 5 mm de espesor por animal, realizándose su tinción con eosinahematoxilina, donde se observa el ribete de osteoide de color rosado pálido y el hueso mineralizado de color rosado oscuro (11).

Al análisis histológico del grupo control, en la primera semana la cantidad de osteoblastos es moderada, a la segunda semana esta cantidad disminuye, pero a la tercera semana se observa un aumento y se mantiene hasta la cuarta semana. Con respecto a la sustancia

osteoide en el grupo control se observa una cantidad considerable durante la primera semana que disminuye a menos de la mitad en la segunda semana, pero durante la tercera y cuarta semanas se mantiene estable con un promedio de (2). Los osteocitos en el grupo control se puede establecer que aparecen en cantidad moderada en la primera semana, durante la segunda y tercera semanas baja la cantidad observada a la mitad y al verificar la cuarta semana se observa que la cantidad de estos se duplica nuevamente.

Tabla 2. Resultado de la descripción histológica

Variable	Control			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Osteoblastos	2	1	2	2
Osteoide	3	1	3	2
Osteocitos	2	1	1	2
Vascularización	3	1	1	1
Hemorragia	0	1	0	0
Uniformidad	1	0	0	1

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Resultado de la descripción histológica

Grupo control (láser)				
Variable	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Osteoblastos	1	2	2	3
Osteoide	1	2	2	2
Osteocitos	2	2	2	3
Vascularización	1	3	3	2
Hemorragia	1	0	0	0
Uniformidad	1	1	1	1

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la vascularización en el grupo control se observa que aumenta durante la primera semana, el proceso que disminuye a menos de la mitad y se mantiene durante la segunda, tercera y cuarta semana.

La uniformidad observada en el grupo control durante la primera semana desaparece durante la segunda y tercera semana, aumentando nuevamente durante la cuarta semana. Al analizar las

placas histológicas del grupo tratado con láser se pudo observar que la presencia de osteoblastos durante la primera semana es escasa, pero tiene un aumento gradual en la segunda y tercera semana hasta aumentar 2 veces su cantidad en la cuarta semana.

En cuanto a la sustancia osteoide en el grupo tratado con láser, se observa una cantidad escasa durante la primera semana que aumenta para la segunda semana y se mantiene estable durante la tercera y cuarta semana.

Con respecto a los osteocitos se observa una cantidad moderada de estos durante la primera semana, esta cantidad se mantiene hasta la tercera semana y aumenta sustancialmente en la cuarta semana. La vascularización observada en el grupo tratado con láser es escasa durante la primera semana, teniendo un incremento importante durante la segunda y tercera semana y disminuye en la cuarta semana. La hemorragia en el grupo tratado con láser se observa durante la primera semana, fenómeno que no se presenta en las siguientes semanas.



Figura 1. Primera semana sin terapia con láser

Fuente: elaboración propia.

Esta figura permite observar la formación de células osteocíticas en el grupo sin láser a la primera semana.

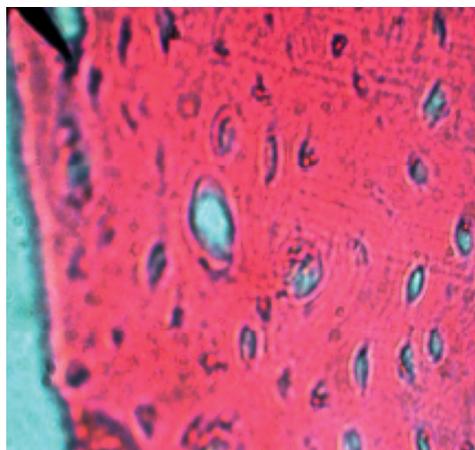


Figura 2. Primera semana con láser.

Fuente: elaboración propia.

Se observan escasas células osteocíticas en el grupo con láser a la primera semana. Se observa estabilización de las células osteocíticas en el grupo sin láser a la cuarta semana.

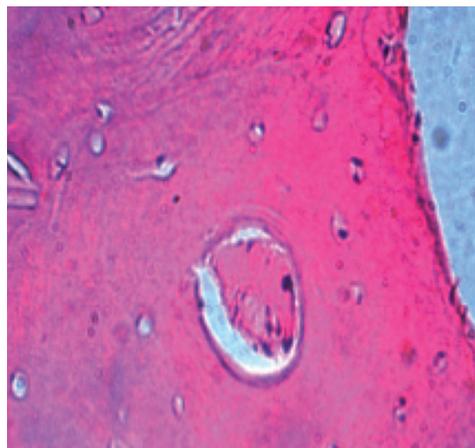


Figura 3. Cuarta semana sin láser.

Fuente: elaboración propia.

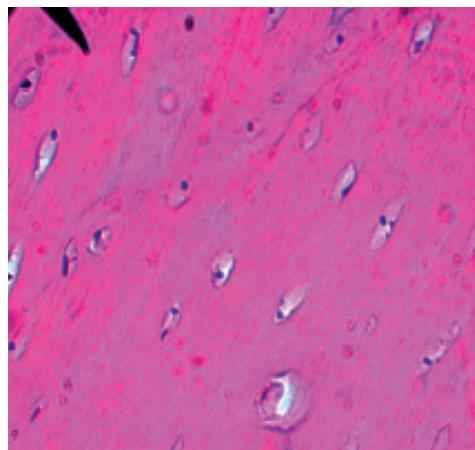


Figura 4. Cuarta semana con láser.

Fuente: elaboración propia.

Se observa un aumento significativo de las células osteocíticas en el grupo con láser a la cuarta semana.

En la Figura 1 se observa que, con excepción de la primera semana, en los demás periodos fueron más abundantes los osteoblastos en el grupo experimental tratado con láser o iguales. Se observa que, a excepción de la primera semana, en la cantidad y calidad de osteoide no hay diferencias entre el grupo control y el experimental. La gráfica muestra un aumento de osteocitos en las semanas 2 a 4 en el grupo con láser. Este produjo mayor vascularización, aumento de osteoblastos y de osteocitos en la cuarta semana especialmente. Zonas de hemorragia y discontinuidad de la malla de osteoide se describen con más frecuencia en el grupo tratado con láser que en el control.

Resultados

La presente investigación demostró la efectividad de la terapia con láser helio neón, en la oseointegración de implantes dentales en conejos new zealand durante 30 días con aplicación cada 72 horas dos veces por semana. El estudio histológico, evaluó la presencia de osteoblastos, sustancia osteoide, osteocitos, vascularización, hemorragia, uniformidad. El láser produjo mayor

vascularización, aumento de osteoblastos y de osteocitos en la cuarta semana especialmente. Zonas de hemorragia y discontinuidad de la malla de osteoide se describen con más frecuencia en el grupo tratado con láser que en el control. Se realizaron cortes histológicos a la primera, segunda, tercera y cuarta semana. La prueba de u de MannWhitney permitió aceptar la hipótesis alterna por cuanto el uso del láser de diodo helio neón genera cambios histológicos en la oseointegración a los 30 días de colocado el implante. Resultado que también se confirmó histológicamente demostrando que la cantidad de osteoblastos presentes en el grupo control es mayor durante la primera semana, disminuyendo en la segunda y estabilizándose en la tercera y cuarta semana a diferencia del grupo láser donde la cantidad de osteoblastos es menor durante la primera semana y va aumentando gradualmente en las segunda y tercera semana hasta llegar a triplicar su cantidad en la cuarta semana. Los diferentes estudios analizados como el de Tost, et al. Plantean que las unidades emisoras de energía láser permiten variar algunos parámetros relativos a la cantidad de energía liberada por unidad de tiempo. A nivel celular y molecular acelera el proceso metabólico, crecimiento y maduración. Con los

que se demuestra que el uso del láser helio neón en la cirugía de implantes acelera la cicatrización ósea obteniendo como resultado una disminución en los tiempos de oseointegración (1).

La presente investigación ratifica los resultados encontrados por Dörtbudak O., en el año 2002. Quien Investigó los efectos de la radiación del láser de baja energía en osteocitos y la reabsorción ósea en la localización de los implantes donde encontró que los osteocitos y osteoblastos viables alrededor de los implantes era significativo después de la irradiación con láser (12).

Guzzardella G.A., en el 2003, Realizó un estudio comparativo in vitro. En el cual colocaron implantes cilíndricos de titanio recubiertos de hidroxiapatita (HA). En los fémur de 12 conejos. Observaron un aumento en la micro dureza ósea de las muestras irradiadas con láser, confirmando lo obtenido en la presente investigación donde el número de osteoblastos fue mayor a la tercera y cuarta semana (7).

Khadra realizó un estudio por 8 semanas llamado efecto del láser de baja potencia de aluminio galio arsénico en la fase de oseointegración, de los implantes de titanio. Los porcentajes de peso de calcio y fósforo fueron significativamente mayores en el grupo irradiado en comparación con los controles, lo que

sugiere que la maduración ósea aumenta con mayor rapidez en el hueso irradiado. Confirmando que en la cuarta semana se presentó mayor número de células osteoformadora (11, 12, 14).

Jakse evaluó si el tratamiento con láser de bajo nivel mejora la regeneración ósea y la oseointegración de los implantes dentales en un modelo de injerto de seno maxilar. Las mediciones en la oseointegración y en el hueso peri implantar dieron como resultado un hueso significativamente mayor en la parte control. El estudio experimental no confirmó un efecto positivo en la regeneración ósea utilizando un láser de bajo nivel. Contrario a la presente investigación donde se demostró un aumento significativo en las células osteoformadoras así como zonas de calcificación a la tercera y cuarta semana de la aplicación del láser (13).

Campanha et al. evaluaron el efecto del láser de bajo nivel en la extracción de los implantes con poca estabilidad inicial insertados en la tibia del conejo. Midieron los valores con un torcómetro digital axial. Un aumento significativo ($p=0,050$) en los valores de torque de desinserción se encontró en el grupo de láser irradiado e implantes a 15 y 30 días en comparación con los grupos de control. En este estudio, la terapia con láser de bajo nivel promovió la oseointegración.

integración de los implantes con poca estabilidad especialmente en las etapas iniciales de la cicatrización ósea. El anterior estudio confirma la validez de los resultados obtenidos en la presente investigación (15).

Pereira et al. evaluaron histométricamente la influencia del tratamiento del láser de baja intensidad en la cicatrización ósea alrededor de los implantes de titanio colocados en la tibia de 12 conejos. Cada tibia recibió un implante de 3,3 mm por 6 mm. Los implantes colocados en la tibia derecha fueron irradiados con galio aluminiodiodo arsenio, láser de baja intensidad cada 48 horas durante 14 días después de la operación, la tibia izquierda no fue irradiada. La terapia con láser de baja intensidad no afectó a la zona de hueso formado dentro del área del implante (17).

El presente estudio no concuerda con los hallazgos histológicos encontrados, los resultados obtenidos por Pereira no ratifican los obtenidos en la presente investigación y en los estudios realizados por Dörtbudak O., Khadra M., Campanha (16) donde el número de osteoblastos fue mayor a la tercera y cuarta semana con la aplicación del láser de helioneón (12, 14).

Los hallazgos encontrados en esta investigación muestran que el láser he-

lio neón estimula la cicatrización inicial. Los resultados y los parámetros establecidos se manejaron de forma correcta, lo que conlleva que las variables se operacionalizarán de manera adecuada. Una de las limitantes que se tuvo al realizar esta investigación fue la fabricación de los implantes y todo lo que conlleva la elaboración de los mismos (moldes, troqueles, instrumental) que se adaptaran al diámetro y longitud de la tibia del conejo, ya que los implantes que se consiguen en el mercado sobrepasan las medidas permitidas para la cirugía, lo que genera un retraso en el proceso investigativo (11,12,13,16).

Conclusiones

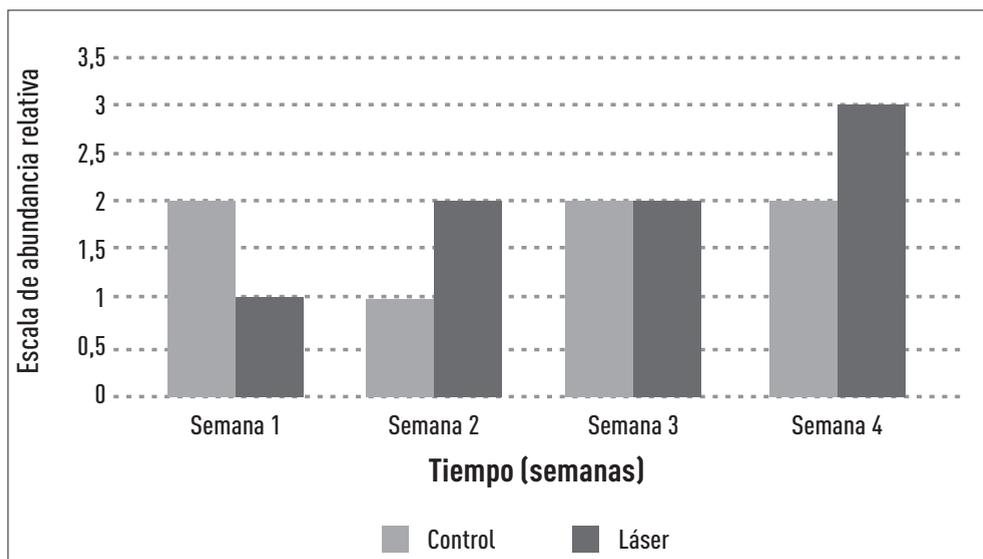
Se comprobó que el láser HeNe es un bioestimulador eficiente en la neoformación de tejido óseo. Histológicamente se observó que estos, presentaron una mejor cicatrización con el láser HeNe a excepción de la primera semana, en los demás periodos fueron más abundantes los osteoblastos en el grupo experimental tratado con láser. Se observó además que la sustancia osteoide se incrementó entre la primera y segunda semana y se mantuvo nivelada tanto en la tercera como en la cuarta semana, llegando a equilibrarse con el grupo control entre la tercera y cuarta semana. En cuanto

a los osteocitos, se observó una nivelación entre la primera y tercera semana con un aumento de estos hacia la cuarta semana. Como conclusión final, el láser produjo mayor vascularización, aumento de osteoblastos y de osteocitos en la cuarta semana especialmente. Zonas de hemorragia y discontinuidad de la malla de osteoide se describieron con más

frecuencia en el grupo tratado con láser que en el control. Se considera importante resaltar que a pesar de utilizar un láser de baja potencia como es HeNe, que generalmente está indicado para procesos superficiales en particular los dermatológicos, se obtuvieron cambios histológicamente significativos en la regeneración ósea.

Figura 5. Escala de Osteoblastos.

Osteoblastos Abundancia relativa en 4 semanas



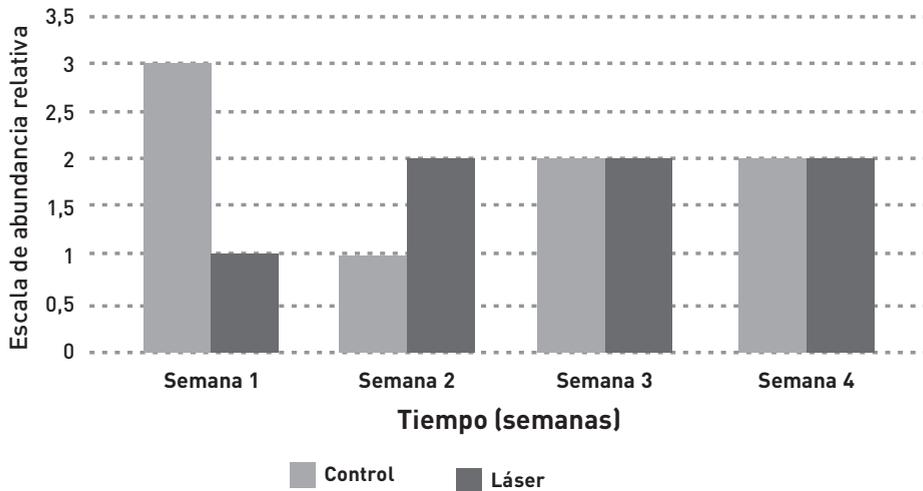


Figura 6. Presencia de sustancia osteoide.

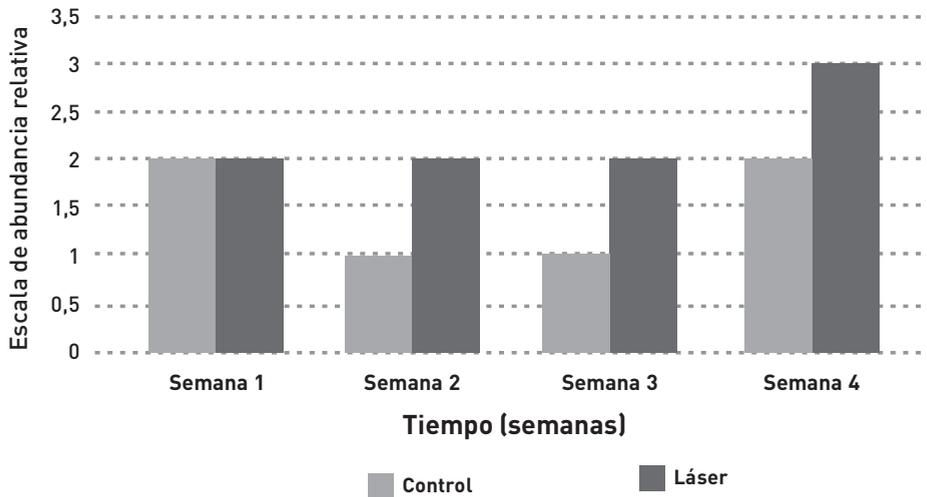


Figura 7. Presencia de Osteocitos.
Abundancia relativa en 4 semanas

Referencias

1. Gayoscoda C. Applications of low-level laser therapy in denstry. Universidad de Barcelona; 2004.
2. Aguirre A, Soudry M. Cirugía plástica. Journal of the American Academy of Dermatology. 1984;11:1142-1150.
3. Karu T. Photobiological fundamentals of lowpower laser therapy. J. of Quantum Electronics. 1987;23:10.
4. Pourreau S, Aguirre A, Soudry M et. al. J. Pathol. 1990; 171-178.
5. Rosane F, et al. Instituto de Física de São Pablo;1999: 2.
6. Gartner. Atlas de color de histología. 2003; p. 135.
7. Finn G. Histología tercera edición. España: Editorial médica panamericana; 2000.
8. República de Colombia, Ministerios de Agricultura y de Salud, Ley 84 de 1989. El ministerio.
9. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Gestión integral de residuos hospitalarios y similares en Colombia. Resolución 1164 del 2002, el Ministerio.
10. Protocolo de laboratorio de histopatología del Hospital San Ignacio de la Pontificia Universidad Javeriana.
11. Dörtbudak O. Effect of lowpower laser irradiation on bony implant sites. Department of Oral Surgery, Dental School, University of Vienna, 2002;13:288-299.
12. Guzzardella G. Osseo integration of endosseous ceramic implants after postoperative lowpower laser stimulation: an in vivo comparative study. Department of Experimental Surgery/CodivillaPutti Research Institute. Rizzoli Orthopaedic Institute. 2003:226-232.
13. Khadra. Lowlevel laser therapy stimulates boneimplant interaction: an experimental study in rabbits. University of Oslo. 2004;15:325-332.
14. Jakse N. Influence of lowlevel laser treatment on bone regeneration and Osseointegration of dental implants following sinus augmentation. An experimental study on sheep. 2008;18:517-524.
15. Campanha BP, Gallina C, Geremia T, Loro RC. Terapia del láser de baja potencia para los implantes sin estabilidad inicial. Foto médica de láser y cirugía. 2009;1964-1969.
16. Pereira C, Sallum EA, Nociti FH, Moreira RW. Baja intensidad de la terapia de láser en la cicatrización del hueso alrededor de los implantes de titanio: un estudio histométricas en conejos. 2009; pp. 47-51.
17. Tost A, Domínguez A, Berini L, Gay C. Aplicaciones del láser en odontología. RCOE, 2004;9(5); 497-511.

Dificultades percibidas por estudiantes de la licenciatura de enfermería, en su inserción a la práctica clínica de paciente crítico, Uruguay

Rosana Tessa³

Resumen

Este estudio de corte transversal fue realizado a 26 estudiantes de la licenciatura de Enfermería, modalidad 6 semestres, de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay. La investigación se realizó con el objetivo de Identificar las principales dificultades percibidas por los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería en la inserción a la práctica clínica de paciente crítico, durante el periodo comprendido entre septiembre y noviembre 2012. Los datos se recabaron mediante un cuestionario auto administrado, creado por el docente investigador, donde además de las variables socio demográficas que caracterizan a los estudiantes, se utilizaron variables que permitieron identificar las dificultades más importantes. Los resultados mostraron un predominio del género femenino y entre las principales dificultades para la inserción los estudiantes mencionan, la inseguridad, el temor, el ver a los pacientes en esa situación, la falta de competencia, de conocimientos teóricos y los diversos criterios Docentes utilizados en la práctica.

Palabras clave

dificultades, estudiantes de enfermería, prácticas clínicas, paciente crítico.

³ Especialista en Enfermería Maternoinfantil. Maestrando en Educación. Universidad de Jaén, España. Directora del Dpto. de Áreas Clínicas de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la salud. Universidad Católica del Uruguay Montevideo Uruguay. Profesor Permanente de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. Universidad Católica del Uruguay. Correo: rtessa@ucu.edu.uy

Introducción

“La práctica clínica es un componente esencial en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la enfermería (conocimiento en acción). Ese conocimiento que se adquiere en la acción es el que le permite luego a los estudiantes resolver situaciones dadas” (1). “El conocimiento práctico debe dar al estudiante competencias para luego poder desarrollar de la mejor forma su profesión” (2).

“Al inicio de las prácticas, al estudiante le falta experiencia y es en esta etapa donde deberá integrar todos los conocimientos construidos a lo largo de la formación, lo que le generará emociones y sufrimientos, más intensos en inicio, y a medida que adquiera confianza en sí mismo comenzará a asumir el rol profesional, lo que le otorgará emociones de satisfacción” (3). Los estudiantes deben ser protagonistas de su aprendizaje y esto debe ser comparado con el docente. La práctica clínica por lo tanto es una actividad planificada que permite al estudiante dar una atención individualizada a la persona, mediante conocimientos, habilidades y actitudes necesarias. En dicha práctica, se encuentran todos los días con problemas que deben resolver, y se preguntan: ¿cómo se abordan? ¿cómo se solucionan? ¿qué se puede hacer

para que no se sigan presentando estos inconvenientes? “En la formación de enfermería se dan herramientas básicas a los estudiantes en la aplicación del método científico, de las etapas del proceso de atención de enfermería y del enfoque de calidad, y se espera que se implementen en la asistencia. Esto no siempre se lleva a cabo. ¿Cuál será la dificultad para abrir completamente la puerta de la articulación docente asistencial?”

¿Por qué no hacer del proceso de atención de enfermería y la calidad del cuidado puentes que faciliten esa integración docencia servicio?” Es por este motivo que se plantea en este estudio con el fin de conocer las dificultades que perciben los estudiantes en las prácticas y así poder elaborar en conjunto, docentes-estudiantes estrategias de abordaje que faciliten este proceso.

Fundamentación y antecedentes

La práctica clínica le permite al estudiante entrar en contacto con un contexto social diferente, con grupos profesionales, interactuar con otros integrantes de la salud, reconocer y elaborar su rol (3). Existe una relación entre formación, rendimiento y control de las emociones, con la satisfacción en las prácticas clínicas (4).

Según Benner (5), es a través de la experiencia adquirida en la práctica como el enfermero aprende a focalizarse y ver lo relevante de cada situación individual y a realizar las acciones que correspondan. En la enseñanza de la enfermería, el equilibrio entre los conocimientos teóricos y la práctica clínica es la base del proceso enseñanza aprendizaje (6, 7).

Las prácticas clínicas son un elemento fundamental en la formación de los estudiantes de enfermería, ya que les permiten aplicar los conocimientos teóricos y desarrollar habilidades para la prestación de cuidados a los pacientes (1). Las prácticas hospitalarias tienen un gran impacto educativo ya que los conocimientos que se adquieren en ellas permiten el desarrollo de las habilidades y actitudes propias de cada estudiante que les son necesarias para la adquisición de competencias y les permiten incorporarse como profesionales en el ámbito sanitario (2). Todo esto condicionará la satisfacción o no de sus prácticas, así como el grado de aprendizaje que deben de adquirir en este periodo (8, 9).

En el caso de las prácticas que se realizan en las unidades de cuidados intensivos, las condiciones de gravedad de los pacientes demandan la realización de intervenciones complejas y la utilización

de tecnología que requiere un elevado nivel de competencias técnico-científicas, de actitud reflexiva y crítica, resolución de problemas y mantener auto control (10). Esto implica que los estudiantes que recién comienzan su aprendizaje presenten dificultades para sobre llevar esta práctica, así como limitar su inserción en este campo clínico (11-14).

Diversos estudios internacionales muestran la importancia de la práctica clínica y las dificultades que provocan. Kim (15) observó en un grupo de 61 estudiantes de enfermería, que el 36 % de ellos presentaban moderados niveles de ansiedad, relacionados con el inicio de las prácticas clínicas, con temor a cometer errores. Debido a lo anteriormente mencionado, se considera que el conocimiento de estas dificultades, es de gran importancia para poder generar evidencia y luego proponer metodologías de trabajo que disminuyan estas dificultades.

Objetivos

Objetivo general

Identificar las principales dificultades percibidas por los estudiantes de la licenciatura de Enfermería en la inserción a la práctica clínica de paciente crítico, durante el periodo comprendido entre septiembre y noviembre 2012.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población estudiantil que realiza sus prácticas de enfermería en el paciente crítico, en el periodo entre septiembre y noviembre del 2012.
- Determinar principales dificultades encontradas.
- Trabajar sobre las principales dificultades encontradas.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población la constituyeron todos los estudiantes de la modalidad de 6 semestres de la Licenciatura de Enfermería, que realizaron sus prácticas clínicas en una unidad de cuidados especializados tanto a nivel público como privado, en el periodo septiembre noviembre 2012, en la ciudad de Montevideo, Uruguay. Muestra: estuvo dada por 26 estudiantes de la licenciatura de Enfermería, modalidad 6 semestres que cursaron por primera vez esta materia. Los criterios de inclusión utilizados, ser estudiantes de la licenciatura de enfermería, modalidad sexto semestre, y estar cursando por primera vez el módulo de enfermería en paciente crítico. Los criterios de exclusión, no pertenecer a la modalidad 6 semestres

y haber cursado este módulo. En esta situación, se encontraron 2 estudiantes que repetían esta materia.

La obtención de los datos se realizó mediante un cuestionario auto administrado, que contenía variables socio demográficas que permitieron caracterizar a los estudiantes como son edad, sexo, estado civil, ocupación, horas de trabajo y variables que permitieron conocer entre otros las principales dificultades percibidas. Estas preguntas se agruparon en categorías: a) importancia de la teoría en la práctica, b) capacidad de relación interpersonal y de interactuar en un entorno hospitalario, c) capacidad para realizar los procedimientos enfermeros de esta práctica específica, y d) principales dificultades identificadas.

Para el análisis de los datos, se creó una base de datos en el programa Excel. Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta la participación voluntaria de los estudiantes y se solicitó la firma del consentimiento informado.

Resultados y análisis

Participaron en el estudio 26 estudiantes de la licenciatura de Enfermería en la modalidad 6 semestres, cursando la asignatura de Enfermería en Paciente Crítico que se desarrolla en el segundo semestre del primer año de la carrera

de estos estudiantes. En la Figura 1 se muestra la distribución de los estudiantes según el sexo. Se observa un predominio marcado del género femenino, lo que coincide con la realidad a nivel nacional y mundial, donde en enfermería el género femenino predomina en la población estudiantil. Estudios realizados en Carolina del Norte (USA) en el año 2006, evidencian que las estudiantes tienen mayores dificultades en la inserción en los campos clínicos, en comparación con sus compañeros del sexo masculino.

En cuanto a la edad, se tiene que 11 estudiantes, un 42 %, se encuentran entre 20 y 25 años, quedando un 58 % restante entre los 26 y 40 años de edad. La edad es otra de las variables muy estudiada en los diversos estudios realizados, según Magaz et al., en un estudio realizado en 1998, mostró que la variable edad, también a medida que aumentaba, dificultaba la inserción en las diferentes experiencias.

De los 26 estudiantes, el estado civil se distribuye de la siguiente manera: 20 solteros, 5 casados y 1 divorciado. De los 26 estudiantes encuestados, más de la mitad trabaja (16) y dentro de los que trabajan, 9 lo hacen más de 6 horas diarias.

Las variables como el estado civil y las horas de trabajo son definidas como variables generales, es decir no son privativas de una carrera o nivel determi-

nado, pero sí logran influir o aumentar muchas veces los niveles de ansiedad o disminuir el rendimiento académico, cuando los estudiantes se ven enfrentados además de su problemática familiar o de trabajo, a situaciones como la inserción a la práctica clínica. En el caso del trabajo, hace que muchas veces disminuyan por este motivo las horas de estudio, o la participación en los trabajos grupales, lo que se refleja luego en la experiencia práctica.

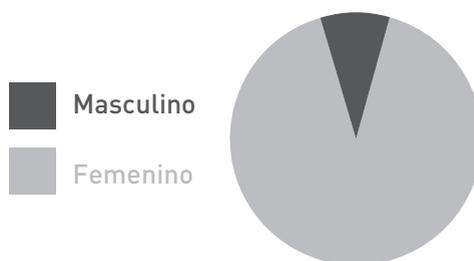


Figura 1. distribución de los estudiantes según el sexo.

Fuente: cuestionario autoadministrado. Tessa. 2012.

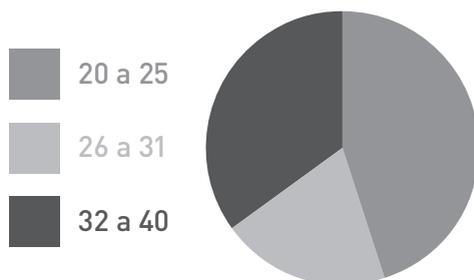


Figura 2. Distribución de estudiantes según edad.

Fuente: cuestionario auto administrado. Tessa. 2012.

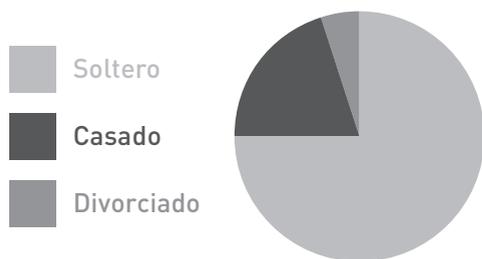


Figura 3. Distribuciones estudiantes según estado civil: soltero casado o divorciado

Fuente: cuestionario auto administrado. Tessa. 2012.

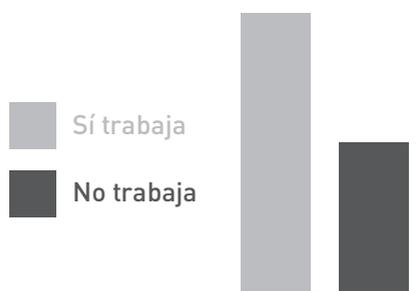


Figura 4. Distribución estudiantes según trabajo.

Fuente: cuestionario auto administrado. Tessa. 2012.

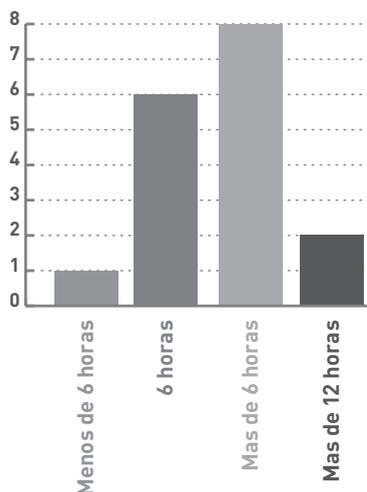


Figura 5. distribución según horas de trabajo.

Fuente: cuestionario auto administrado. Tessa. 2012.

En cuanto al análisis de los resultados de las variables que permitieron saber, entre otros, la importancia que tiene para los estudiantes la teoría, las relaciones interpersonales, la capacidad para realizar los procedimientos, y las dificultades percibidas, se tiene que ante las preguntas:

- ¿Ha podido relacionar la teoría en la práctica? De los 26 estudiantes 17 sí lo pudieron hacer, mientras 9 refiere no haber podido hacerlo.
- ¿Qué importancia le da a la teoría recibida como apoyo a la experiencia práctica? Ante esta consulta, los 26 estudiantes consideran que es muy importante tener conocimientos teóricos para poder realizar la práctica clínica, pues es la manera de poder fundamentar sus acciones y evitar errores.
- ¿Se siente apoyado por el docente de práctica? 25 de los estudiantes refieren haber sentido el apoyo brindado por el docente de la práctica y solo un estudiante no lo sintió así. La importancia del docente tutor que acompañe el proceso de enseñanza aprendizaje en la práctica clínica es de vital importancia, para que el estudiante pueda sentirse seguro.
- ¿La realización del proceso enfermero de estos pacientes fue? 22 del

total de los estudiantes refieren que fue difícil realizar el proceso enfermero en este tipo de pacientes, sobre todo, hacen referencia a la dificultad que se les presentó en la valoración del mismo y en la priorización de los problemas encontrados. 4 estudiantes manifestaron que no tuvieron dificultad para realizarlo. El hecho de no poder aplicar el proceso enfermero, dificulta e imposibilita la atención integral del paciente. El proceso enfermero es la base de la práctica clínica.

- ¿Cómo ha sentido el ingreso en la unidad del paciente crítico? 20 de los estudiantes se sintieron inseguros y temerosos, y solo 6 manifiestan no haber sentido nada. Cuando se les consulta sobre porqué se sienten así, 18 de los encuestados hicieron referencia a la falta de experiencia y el resto se distribuye en que no conocen la teoría, que no les gusta trabajar con este tipo de pacientes y a la situación en la que se encuentra el mismo.
- Ante la consulta de si ¿La relación con el personal del sector, dificultó su inserción?

La totalidad de los estudiantes respondió que no, cosa que en la literatura no se ve como habitual, ya que se evi-

dencia que los sectores de atención al paciente crítico, por la propia situación que vive el paciente crea un clima difícil que hace que el personal lo manifieste con el estudiante. Ante la solicitud de que: señala según el orden que considere (1, 2, 3) cuáles de estos factores dificultaron el primer acercamiento con el usuario:

16 de los 26 estudiantes señalan como lo más importante el estar lleno de aparatos y no saber manejarlos, y el miedo a realizar mal un procedimiento. El resto de los estudiantes se divide y prioriza la inseguridad, la falta de conocimiento sobre la patología del paciente y la presencia del docente. Esto coincide con la bibliografía revisada, donde el principal temor del estudiante en el abordaje de estos usuarios es todo lo que lo rodea en cuanto a la tecnología.

- Si se le pide que priorice poniendo 1, 2, 3, solo hasta tres, ¿Cuáles considera que son las principales dificultades de estas prácticas?

La mitad de los estudiantes encuestados refiere que la principal dificultad tiene que ver con la situación en la que se encontraba el paciente y la otra mitad se divide entre la falta de conocimientos teóricos y los diversos criterios docentes utilizados en la práctica. De las variables anteriores, se desprende que las más sig-

nificativas, son la capacidad para realizar procedimientos, la dificultad de aplicar la teoría a la práctica, la falta de estos conocimientos teóricos y la relación con el docente, pero referido a los criterios utilizados en la práctica clínica.

Discusión

Según se desprende de los resultados, está claro que las prácticas clínicas de los estudiantes, en paciente crítico, generan dificultades, relacionadas con el temor, la inseguridad, la falta de conocimientos y la destreza en los procedimientos a realizar.

Lo que más preocupa a los estudiantes es la falta de competencia para enfrentarse a esta práctica clínica. En el análisis se puede observar que esto en cierta manera tiene su lógica, pues están en el comienzo de su carrera, y estas prácticas representan para ellos un momento de grandes dudas y temores.

Si bien los docentes brindan los conocimientos teóricos antes de ir a la práctica, los estudiantes destacan como una de las principales dificultades la falta de dichos conocimientos y los diversos criterios utilizados por los docentes. Esto hace que se deba replantear no solo la teoría, sino quizás también el hecho de poder trabajar en contextos más reales, que permitan al estudiante poder ver

esa teoría en la práctica. Promoviendo trabajo en equipo docentes para unificar criterios de seguimiento y evaluación.

Tomando en cuenta las dificultades principales percibidas por los estudiantes, se debería estar pensando en realizar talleres o trabajos en laboratorio que logren una familiarización de las tecnologías con las que luego se encontrarán en el sector donde realizarán sus prácticas.

Según Sprengel y Job (17), proponen la participación de estudiantes más avanza dos de la carrera como monitores de los que están cursando estas prácticas, con el fin de disminuir, temores y contribuir con sus experiencias en la práctica.

Es necesario también el replanteo de esta experiencia en etapas más avanzadas de la carrera, para que el estudiante haya podido obtener una actitud más crítica, reflexiva y más conocimientos para desarrollarla con todo su potencial, (18).

Si bien se ha hecho una revisión de varios artículos que tratan el tema, con diversos enfoques, esta investigación que se realizó es un primer paso dado en esta área de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay.

Conclusiones

Los datos aportados por esta investigación son coherentes con otros estu-

dios realizados a nivel internacional, sobre temáticas similares, en donde se demuestra que las prácticas clínicas, además de ser esenciales en la formación del estudiante de enfermería, son al mismo tiempo generadoras de grandes dificultades. Este trabajo permitió obtener elementos para abordar el proceso enseñanza-aprendizaje de los estudiantes y replantearse las metodologías empleadas para el mismo. Se puede decir que existe una relación directa entre formación, rendimiento académico, y control de las emociones con la satisfacción en las prácticas clínicas. El des-

cuido en estas áreas puede llevar a una desmotivación y disminución del aprendizaje (19, 20). Las puntuaciones más altas que se dan en el análisis de los datos de esta investigación corresponden a situaciones relacionadas con la falta de competencia, temor e incertidumbre. Los sentimientos de miedo surgen ante lo desconocido, ante el contacto con la realidad, la inexperiencia, la falta de competencia teórica, práctica, técnica y según mencionan los estudiantes, los diversos criterios docentes utilizados en la práctica también son considerados parte de estas dificultades.

Referencias

1. López I, Sánchez V. Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Clínica*. 2005;15(6):307313.
2. Juanola MD, Blanco R, Cónsul M, Zapico F. Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (II). *Atención Primaria de Salud. Enfermería Clínica*. 1998;7(1):1624.
3. Miguel JJ. *La ansiedad*. Madrid: Santillana; 1996.
4. Selye H. *Tensión sin angustia*. Madrid: Santillana; 1995.
5. Benner P. *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo; 1987.
6. Gutiérrez MI et al. Las prácticas clínicas de enfermería: perspectivas de los estudiantes de 1er curso. *Metas* octubre 2000.
7. Pérez A, Cuesta CA, Albeniz A, Lizar C. La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los estudiantes y de los profesionales asistenciales. Estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2002.
8. López F, López MJ. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y Enfermería*. 2011;2:4754.
9. Minotas B, Vélez E, Delgado S. Enfermería en cuidados intensivos. En: Gómez M, González M, Restrepo G, Sanín A. *Fundamentos de Medicina. El paciente en estado crítico*. 2ª. Edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1997.
10. García G, Matus R. Aptitud clínica en estudiantes de enfermería ante situaciones clínicas complejas. *Rev. Enfermería* 2002;10(3):131-136.
11. Zambrano G. Estresores en las Unidades de cuidado intensivo. *Aquichán*. 2006;1(6):156-169.
12. Del Río R, González R, Méndez I. Aptitud clínica de las enfermeras en servicios de medicina interna y cirugía. *Rev. Enfermería IMSS*. 2005;13(2):91-95.
13. Ortiz M. El uso del pensamiento crítico por el personal de enfermería en las áreas clínicas. *Rev*. 1996, 21(4):5.
14. Kim K. H. Baccalaureate nursing students experiences of anxiety producing situations in the clinical setting. *Contemp. Nurse* 2003; 14(2):145-155.
15. Navarro J, Orgiler P, De Haro Marín. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico enfermería intensiva 2005; 16(1):15-22.
16. Sprengel A. D., Job L. Reducing student anxiety by using clinical peer mentoring with beginning nursing students. *Nurse Educ*. 2004; 29(6): 246-50.
17. Alfaro R. *El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico*. Barcelona 1997.
18. Vásquez E. La educación y el cuidado. En: Grupo de Cuidado. *Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá: Unibiblos; 1998.

Conocimiento sobre el autoexamen de mama en mujeres mayores de 15 años. Cuba, 2010

Nardys Oremis Meneses Fonseca⁴

Gustavo Díaz Pacheco⁵

Yosdani Meneses Escalona⁶

Resumen

El cáncer de mama en Cuba constituye hoy un problema de salud en ascenso, es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer socialmente activa. La realización del auto examen de mama contribuye al diagnóstico precoz del cáncer aumentando la supervivencia de las mujeres a nivel mundial. Con el objetivo de caracterizar el conocimiento en la realización del autoexamen de mama en mujeres mayores de 15 años atendidas en el consultorio médico de familia número 29, área de salud centro del municipio Sancti Spíritus en el último trimestre del 2010, se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal, se tomaron en cuenta las variables: nivel de escolaridad, conocimiento y núcleos cognitivos que incluye: frecuencia, momento de realización, forma de realizarla, zona de exploración y vía de adquisición de la información. Se constató un 46,9 % de escolaridad media. El conocimiento sobre autoexamen mamario está representado por un 51,2 %. Los núcleos cognoscitivos más afectados incluyeron: (a) frecuencia “a veces” con 48,8 %; (b) aumento de realización “cualquier día del mes” con 38,4 %; (c) forma de realizar-

⁴ Licenciada en Enfermería, especialista en primer grado en Enfermería de la comunidad, MSc. en Atención Integral a la Mujer, miembro titular de la SOCUENF, Profesor instructor. Enfermera asistencial de la atención primaria de salud, Policlínico Universitario Área Sur Sancti Spíritus, Cuba. Correo: nardys.meneses@ssp.sld.cu

la “tocándola” 53,7%; (d) zona de exploración “areola, pezón sin región axilar” con 49,9%; (e) los medios masivos constituyeron la vía de adquisición de la información más referida con 66,8 %. La investigación concluye que el nivel de escolaridad, aunque influye, no determina la adecuada realización del autoexamen de mama. La adecuada ejecución del autoexamen y la información adquirida por los medios de difusión mejoran y ayudan a evitar el desarrollo de cáncer de mama.

Palabras clave

cáncer, mama, diagnóstico, autoexamen.

Introducción

La mama es un órgano que realza la belleza femenina y una importante glándula exocrina que tiene como función fundamental la lactancia materna. La mama desempeña un papel importante en la sensualidad y el erotismo. Las patologías asociadas a las glándulas mamarias pueden tener naturaleza benigna o maligna, predominando las primeras (1). Según la Organización Mundial de la Salud, en el informe sobre carga mundial de morbilidad emitido en 2004, cada 30 segundos se diagnostica un cáncer de mama, lo que constituye la décima parte de la mortalidad en el mundo (2).

En Cuba, el cáncer de mama constituye hoy un problema de salud en ascenso, es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer socialmente activa y alcanza cerca de 30 % de todas las localizaciones femeninas. El éxito de la terapéutica de las afecciones mamarias está muy relacionado con el diagnóstico temprano de la enfermedad, el cual puede realizarse por diferentes procedimientos, entre los que se encuentra el autoexamen de mamas (AEM), el examen clínico y la mamografía. De ellos, el autoexamen constituye el método más eficaz, sencillo, inocuo, sin costo alguno, que puede ser realizado con una periodicidad mayor, al alcance de

todas las mujeres y se recomienda por diversos autores como el primer método a utilizar (3).

En Cuba existe un Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, en la provincia de Sancti Spíritus, debido a que esta enfermedad ocupa el segundo lugar en mortalidad por neoplasias malignas en la mujer. De un total de 10689 exámenes a realizar, se efectuaron 6397, que indica un 59,8 %. En el análisis estadístico con estudios comparativos del comportamiento en la tasa de incidencia se evidenció que en el período comprendido entre 2007 y 2009 se arrojaron los siguientes resultados por cada 100.000 habitantes: 2007, 37,9 %; 2008, 77,3 % y 2009, 36,6 %. Teniendo en cuenta esta problemática, se pretende realizar una investigación con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre el método en un grupo de mujeres mayores de quince años sobre el autoexamen de mama.

Situación problemática

En el área de salud centro el 20 % de las mujeres realizan el autoexamen de mama, y el resto no lo llevan a cabo por falta de orientación y desconocimiento de la afección. En el consultorio médico y la enfermera de la familia número 29 de dicha área de salud, se reportan 8 casos de féminas a las que se les reali-

zó mastectomía por diagnóstico tardío de cáncer de mama; es sabido que esta patología puede detectarse tempranamente si se realiza sistemáticamente el autoexamen y el examen médico, en ambos casos guarda estrecha relación con factores cognoscitivos.

El problema científico de la presente investigación es el nivel de conocimientos acerca del autoexamen de mama que poseen las mujeres mayores de 15 años pertenecientes al consultorio del médico y la enfermera de familia número 29 del área de salud centro del municipio Sancti Spíritus durante el año 2010.

Para dar solución al problema, se plantea como objetivo general: caracterizar el conocimiento para la realización del autoexamen de mama en mujeres atendidas en el consultorio médico y la enfermera de la familia # 29 del área de salud centro del municipio Sancti Spíritus en el año 2010 y los objetivos específicos: identificar vías de adquisición de conocimiento sobre autoexamen de mamas en la población estudiada.

Metodología

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal para caracterizar el conocimiento de la realización del autoexamen de mama en mujeres atendidas en el consultorio

del médico y la enfermera de la familia número 29, del área de salud centro del municipio de Sancti Spíritus durante el último trimestre del año 2010.

Muestra: 367 mujeres mayores de 15 años que aceptaron responder la encuesta de la investigación. El tipo de muestreo corresponde a aleatorio simple. En la investigación se incluyeron las variables de tipo:

- Conocimiento (ejecución, frecuencia, momento, modo, zonas examinadas durante el autoexamen de mamas)
- Vías de obtención de la información sobre el autoexamen de mamas.

En la Tabla 1 se ilustra la operacionalización de las variables.

Métodos de búsqueda, resumen y análisis de la información

La investigación se efectuó con enfoque de complementación metodológica que incluyó los teóricos y empíricos, así como los propios de las metodologías cuantitativa y cualitativa. El método empírico se basó en una encuesta auto administrada (anexo 1). El instrumento fue validado por criterios de expertos en los que participaron tres especialistas de Medicina General Integral, y un especialista de Ginecobstetricia para ca-

racterizar el conocimiento del autoexamen de mamas en mujeres atendidas en el consultorio médico de la familia # 29 del área de salud centro del municipio Sancti Spíritus en el último trimestre del año 2010. Llevándose a efectos en el domicilio o el consultorio con previa concertación de la participante.

Dicha información fue almacenada en una base de datos confeccionada mediante el programa SPSS versión 10.0 para el procesamiento estadístico de los datos obtenidos, empleando el módulo análisis de dicho programa. La información obtenida se resumió en tablas para facilitar su análisis e interpretación, como medidas resúmenes se utilizaron los valores absolutos (número) y relativas expresadas como porcentaje.

Aspectos éticos

Las mujeres participantes tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo de la investigación y se les explicó de forma independiente que su participación era voluntaria y una vez

incorporadas tendrían la posibilidad de abandonarla si así lo decidieran. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellas, en presencia de la investigadora y un testigo, quien también dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades y de la información brindada. La investigación se realizó previa autorización del comité de ética médica del policlínico universitario centro del municipio de Sancti Spíritus y municipal.

Resultados

El nivel de conocimiento general sobre los aspectos explorados en la encuesta fue bajo, con un 51,2 %, seguido del medio con 33 % y sólo alcanza la categoría alto el 15,8 % de las mujeres. Se observa además que la mayoría de las mujeres refiere realizar el autoexamen de mama en una proporción de 92,2 %, sólo 7,8 % dijo no ejecutar dicho proceder (Ver tabla 1).

Tabla 1. Nivel de conocimiento en mujeres mayores de 15 años. Consultorio médico de la familia número 29. Área de salud centro.

Municipio Sancti-Spíritus. Año 2010.		
Conocimiento	#	%
Alto	58	15,8
Medio	121	33
Bajo	188	51,2
Total	367	100

Fuente: elaboración propia.

Las mujeres en la investigación refirieron en su mayoría realizarse el autoexamen mamario “a veces” con 48,8 %, lo que denota irregularidad en su realización, le sigue en orden descendente “cuando presentó síntomas” con 17,7 % y 14,7 % refirieron que nunca se realizan el autoexamen, conductas igualmente inadecuadas. La realización frecuencia mensual sólo fue registrada en el 13,1 % de las mujeres, como se aprecia en la Tabla 2.

La información sobre el momento de realización del autoexamen de mama en la investigación se resume en la Tabla 3, las cifras muestran una distribución irregular con valores entre 38,4% para la categoría “cualquier día del mes”, seguido de “antes de la menstruación” con 20,7%. Para la frecuencia correcta, que es una semana posterior a la menstruación sólo el 9,1 % lo expresó.

Tabla 2. Frecuencia referida para la realización del autoexamen de mamas en mujeres mayores de 15 años. Consultorio médico de la familia número 29. Área de salud centro.

Municipio Sancti-Spíritus. Año 2010.		
Conocimiento		
Alto	#	%
58	15,8	
Medio	121	33
Bajo	188	51,2
Total	367	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Momento de realización referido para realización del autoexamen de mama en mujeres mayores de 15 años. Consultorio médico de la familia # 29. Área de salud centro. Municipio Sancti-Spíritus. Año 2010.

Conocimiento		
Alto	#	%
58	15,8	
Medio	121	33
Bajo	188	51,2
Total	367	100

Fuente: elaboración propia.

El modo en que realizan el autoexamen de mama las mujeres que accedieron a participar en la investigación aparece resumido en la tabla 4, la observación como forma de ejecución expresada en la categoría “mirándolas” muestra una proporción de 10,1 %,

“palpándolas” solamente, 53,7 %, y la combinación de ambas formas, es decir mirar y palpar, 36,2 %, muy alejada de lo deseado por requerir este procedimiento de uno y otro en un proceso de complementación para alcanzar resultados satisfactorios.

Tabla 4. Forma de realización referida para el autoexamen de mama en mujeres mayores de 15 años. Consultorio médico de la familia número 29. área de salud centro. municipio Sancti-Spíritus. Año 2010.

forma de realización	#	%
Mirándolas	37	10.1
Tocándolas	197	53.7
Mirándolas y tocándolas	133	36.2
Total	367	100

Fuente: elaboración propia.

Las localizaciones anatómicas incluidas en el autoexamen mamario se resumen en la Tabla 5. La areola y el pezón explorado de forma individual presentan proporciones de 4,9 % y 3 % respectivamente, las mamas excluyendo areola y pezón 4,1 %, cifras bajas que son favorables según lo requerido en la técnica. Es desfavorable el resultado para la categoría “mamas incluyendo areola

y pezón sin examinar axilas”, pues casi la mitad (49,9 %) deja de explorar la región axilar. Un análisis más detallado es el correspondiente a las dos categorías restantes, que incluyen mamas y axila; mamas, axila y región supraclavicular, cuyos resultados distan mucho de lo requerido para un autoexamen efectivo, con proporciones de 17,7 % y 20,4 %, respectivamente.

Tabla 5. Zona referida para la realización del autoexamen de mamas en mujeres mayores de 15 años. Consultorio médico de la familia número 29. Área de salud centro municipio Sancti-Spíritus. Año 2010.

de realización	#	%
Areola	18	4.9
Pezón	11	3
Mamas sin incluir areola y pezón sin examinar axilas	15	4.1
Mamas incluyendo areola y pezón sin examinar axilas	183	49.9
Mamas completas y axilas	65	17.7
Mamas completas, axilas y región supraclavicular	75	20.4
Total	367	100

Fuente: cuestionario.

Las mujeres refieren haber obtenido la información sobre el autoexamen mamario fundamentalmente por los medios de comunicación con 66,8 %, el médico le sigue con cifras de 45,8 %, el personal

de enfermería como parte integrante del equipo básico de salud muestra la proporción de 33,8 %, mientras que otros trabajadores de salud aportan solo el 10,6 % evidenciado en la Tabla 6.

Tabla 6. Medios de obtención de información sobre modo de realización del autoexamen de mamas. Consultorio médico de la familia número 29. Área de salud centro. Municipio Sancti-Spíritus. Año 2010.

de información n=367	#	%
Médico	168	45.8
Enfermera (o)	124	33.8
Otros trabajadores de la salud	39	10.6
Medios de difusión masiva	245	66.8

Fuente: cuestionario.

Análisis y discusión

Es significativo destacar que sólo el hecho de transmitir la información no es suficiente para que se produzcan cambios en el comportamiento, ya que la práctica del autoexamen depende de la decisión de la persona. Es un gran reto para los profesionales de la salud en término de prevención y el control del cáncer de mama (CM), lograr mediante una o múltiples intervenciones que la población femenina conozca la frecuencia e importancia en la prevención de este problema de salud. La labor de la educación para la salud es efectiva si cada persona conoce su responsabilidad ante el cambio de conducta, el cual contribuye a que el CM sea detectado tempranamente (4, 5).

Según la autora Meneses Nardys la mayoría de las mujeres refieren realizar el autoexamen, esta información no evidencia la manera correcta de práctica del autoexamen pues ellas deben aprender a conocer sus senos, de ahí la importancia de acudir al médico para que la examinen, una vez que aprendan a conocer su cuerpo y las características normales al tacto, también deben autoexaminarse periódicamente y buscar alguna diferencia de manera sistemática. Lo anterior es concordante con lo expresado en estudios realizados, donde se explica que

el escaso nivel de información sobre el momento de ejecución de este proceder retarda el diagnóstico temprano del cáncer de mama. Esta conducta es frecuente porque la mayoría de las mujeres no presentan dolor, o algún otro síntoma de alteración del estado de salud, lo que condiciona que ellas se despreocupen y sientan una falsa seguridad (6, 7).

Los resultados obtenidos en la investigación no se corresponden con los obtenidos por el doctor Monteiro y colaboradores que demostraron que las mujeres eran más propensas a realizar el autoexamen de mama mensualmente (8, 9).

El doctor Carelli et al., sugieren en sus estudios que se realice el autoexamen una semana o días después de la menstruación; este es el momento correcto de realización pues en esta fase existe menos nodularidad y además de las mamas, es muy importante inducir esta práctica una semana después de cada menstruación, o un día fijo cada mes para las mujeres post menopáusicas y embarazadas, de esta manera llegará a convertirse en un hábito y así conocerán mejor su cuerpo y estarán más capacitadas para descubrir algunas manifestaciones que pudieran aparecer (10).

La palpación es una técnica de gran importancia, la cual incluye la mama

completa, región axilar, supraclavicular y el ángulo interno de esta región, siendo este el sitio más frecuente de metástasis en el cáncer de la mama. Mediante la palpación y la observación de las mamas se pueden detectar las diferentes posibles alteraciones del contorno de los senos: bulto, durezas, retracciones del pezón y de la piel. Se comprueba también si existe ulceración, eczema y secreción de sangre o pus (11,12).

Es importante señalar que conocer el método de palpación es garantía de éxito, y el médico y la enfermera deben perfeccionar su enseñanza para contribuir a la prevención del cáncer de mama. Este estudio coincide con otras investigaciones donde se demostró que los medios de comunicación fueron las principales

vías de adquisición de información sobre problemas de salud, su prevención y control, en general. El proceso de aprendizaje es conducido y en él intervienen con roles determinantes el médico y la enfermera de la familia aplicando métodos, técnicas y procedimientos de probada utilidad, propios de la disciplina de la Educación Sanitaria. (13)

El doctor Caydar et al. en sus estudios hallaron que la calidad del autoexamen era mejor cuando se aprendía en el ambiente de las instituciones de salud, es decir, cuando el aprendizaje corría a cargo de los integrantes del equipo básico de salud, cuando la demostración y otras técnicas educativas y afectivo participativas son utilizadas para estos fines (14,15).

Referencias

1. OMS. Carga mundial de morbilidad, 2004. Disponible en: www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html
2. Soler B, Boffil B. Recuento de la anatomía y fisiología de la glándula mamaria. (CDROM).
3. Martino L. ¿Cómo prevenir el cáncer de mama? Simplemente mujer. Noviembre de 2004. [consultado 16 de diciembre de 2004]. Disponible en: www.lauramartino.com.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Registro Nacional del Cáncer. La Habana: ed. Ciencias Médicas; 2003.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe Anual. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2003.
6. Solenzal J, Norat T. Algunas consideraciones en torno al cáncer. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: editorial Centro Félix Varela; 2000.
7. Monteiro P, Arraes P, Pontes B, Campos S, Ribeiro T, Gonçalves E. Autoexamen das mamas: frecuencia do conhecimento, prática e fatores associados. *Revista Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(3):201-5.
8. Vidal C. Los problemas éticos en la experimentación oncológica. *Atención farmacia.* 2004;1(6):10-20.
9. Vittorio V, Bonadonna G, Robustelli S. Manual de oncología médica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1985.
10. Carelli I, Pompei M, Mattos S, Ferreira G. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in a female population of metropolitan São Paulo. *Breast;* 2008.
11. Rasidi A, Rajaram S. Middle Asian Islamic women and breast self-examination. Needs assessment. *Cáncer Nurs.* 2000;23(1):64-74.
12. Silva M, Álvarez R. Autoexamen de mamas: diez minutos cada mes pueden salvar la vida. *Infomed. Salud para la vida.* 2004.
13. Edinburg Regional Medical Center. Datos sobre el cáncer de mamas, 2002. [Consultado 16 de diciembre 2004]. Disponible en: www.espanol.edinburgregional.com
14. Caydar Y et. al. Determining female physicians' and nurses' practices and attitudes toward breast selfexamination in Istanbul, Turkey. *Oncol Nurs Forum.* 2008;35(1):25.
15. Miltenburg D, Speights V. Benign breast disease. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35: 285-300.

Anexo 1

Cuestionario

1. ¿Se realiza usted el autoexamen de mamas?
a) Sí ___ b) No ___
2. Si marcó a) responda:
¿Con qué frecuencia se realiza el autoexamen de mamas?
a) ___ semanal
b) ___ mensual
c) ___ a veces
d) ___ cuando siente síntomas
e) ___ nunca
3. ¿Cuándo se examina usted las mamas?
a) ___ antes de la menstruación
b) ___ durante la menstruación
c) ___ al finalizar la menstruación
d) ___ una semana o diez días después de la menstruación
e) ___ cualquier día en el mes
f) ___ primer día de cada mes
g) ___ nunca
Explique su respuesta: _____

4. ¿Cómo se examina usted las mamas?
a) ___ mirándolas
b) ___ tocándolas
c) ___ mirándolas y tocándolas
5. ¿Qué zonas usted se reconoce durante el autoexamen de mamas?
a) ___ areola
b) ___ pezón
c) ___ las mamas sin incluir areola, pezón ni examinar axilas.
d) ___ las mamas incluyendo areola y pezón sin examinar axilas.
e) ___ mamas completas y axilas.
f) ___ mamas completas, axilas y regiones supraclaviculares.
6. ¿Cuáles son las vías por las que se ha informado sobre el tema?
a) ___ médico
b) ___ enfermera
c) ___ otros trabajadores de la salud
d) ___ medios de difusión masiva

Riesgos para el consumo de drogas en adolescentes

María Yanibet Duque Oviedo⁷

Resumen

El propósito de este estudio fue determinar los factores de riesgo en adolescentes frente al consumo de drogas en el Instituto de Educación Distrital (IED) de la localidad de Suba en Bogotá durante el segundo semestre de 2012. Se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo por medio de una entrevista estructurada, el cual incluyó una muestra compuesta por 69 estudiantes, entre los 10 y 15 años, de ambos sexos, del grado sexto de secundaria. Entre los resultados más relevantes se destaca: falta de autonomía (40,5 %), baja autoestima (30,4 %), conviven con familiares que consumen drogas legales (43,4 %), son víctimas de matoneo (30,4 %) y fácil acceso a drogas (31,8 %). Se determinó como elemento contribuyente al aumento de los factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas, por una parte la falta de autonomía, incidiendo directamente en los adolescentes que se sienten acosados o vulnerables al matoneo, por otra parte a los compañeros y amigos y el riesgo último corresponde a las conductas de escape de los adolescentes en cuanto a lo que piensan, sienten, necesitan, ven, lo que les ofrecen y lo que las situaciones los llevan a vivir.

Palabras clave

riesgo, adolescentes, drogas.

⁷ Maestrante en Educación. Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional, enfermera, docente. Fundación Universitaria del Área Andina. 2013. Facultad de Ciencias de La Salud, Programa de Enfermería, sede Bogotá. Correo: maduque@areandina.edu.co

Introducción

El presente artículo parte de la pregunta orientadora ¿cuáles son los factores de riesgo del consumo de drogas (SPA) en adolescentes de grado sexto en el Instituto de Educación Distrital (IED) de la localidad de Suba en Bogotá durante el segundo semestre de 2012?

Según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la Ley en Colombia, realizado por el Ministerio de Protección Social, 2009 (1) el 64,7 % de los estudiantes del país declaró haber usado alguna vez en la vida por lo menos una sustancia psicoactiva; la sustancia de mayor uso entre los adolescentes es el alcohol, seguida del tabaco, siendo esta cifra superior en los hombres, con casi 28 %, en relación con las mujeres, con 21 %. El 12,1 % de los estudiantes de Colombia declaran haber consumido al menos una sustancia ilícita o de uso indebido alguna vez en la vida (incluye: marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, alucinógenos, popper, dick y solventes) con un 14 % en hombres y 10,3 % en mujeres (2).

Según el Observatorio de Drogas de Colombia (1) la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en casi todos los países y Colombia no es la excepción. En efecto, un 7 % de los adoles-

centes de Colombia declararon haber fumado marihuana alguna vez en su vida, es decir uno de cada 14 escolares, con diferencias significativas entre hombres (8,6 %) y mujeres (5,5 %). La prevalencia de uso en el último año de pegantes y/o solventes es de 1,8 % (Bogotá con la tasa más alta, 3 %). El éxtasis alcanza al 0,8 % de prevalencia año a nivel nacional, la más alta en Quindío con el 1,7 % (1).

Según el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (1) del Ministerio de Salud y Protección Social, en su análisis de la situación de salud Colombia durante 2010, las enfermedades crónicas no transmisibles y la prevalencia de factores de riesgo para enfermar y morir que mayor peso tienen entre la población colombiana corresponden al tabaquismo. El hábito tabáquico, si bien ha disminuido en la población general, persiste e incluso aumenta en las mujeres jóvenes y adolescentes, con el agravante de la edad de inicio del hábito de fumar la cual se ha disminuido entre escolares y que en un 30 % se constituye en la primera droga antes del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas.

Por otra parte, en el mismo análisis se afirma que el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en niños, niñas y adolescentes empieza a los 12

años. La prevalencia total de último año de consumo de cualquier droga es de 2,7; sin embargo, es 3,7 veces más frecuente en los hombres (4,5 %) que en mujeres (1,2 %). El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es 3 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, y los grupos de edad en los que más se consume alcohol son de 18 a 24 y 25 a 34 años (3).

Alfonso, Huedo y Espada (4), en investigaciones relacionadas con el tema, confirman las hipótesis de partida del presente artículo: “la droga lícita que presenta una mayor tasa de consumo en adolescentes es el alcohol (38,8 %) seguida por el tabaco (21,8 %) y el cannabis (11,6 %). La edad media de inicio al consumo más temprano corresponde al tabaco, a los 12,8 años, le sigue el alcohol (13,4 años) y, por último, el cannabis (13,8 años)”. Las diferencias observadas en los estudios revisados en la edad de corte que establece el inicio precoz son muy variadas, y van desde los 11 a los 18 años.

Así mismo, el reconocimiento del consumo de drogas en el ser humano como una enfermedad data de la antigüedad, las investigaciones científicas sobre el tema se iniciaron sólo a partir de los años 30; los conceptos actuales de clasificación de la adicción se basan

en dos aportes fundamentales: Jellinek consideraba el alcoholismo como una enfermedad médica, de carácter progresivo, que inevitablemente lleva a una pérdida total del control de la sustancia, llegando a un desenlace fatal. Edwards y Gross incorporan el concepto de síndrome de dependencia (los tres citados por Seguel) (5).

Además, en la tercera edición del manual de diagnóstico de los trastornos mentales reúnen todas las formas de adicción bajo un sólo concepto: “abuso y dependencia de sustancias psicoactivas” y en forma independiente señala las complicaciones derivadas de su uso. Estas clasificaciones proponen criterios diagnósticos que se han perfeccionado hasta la versión del DSM IV (citado por Seguel) (5).

Por esta inferencia, se hace necesario para el manejo de estas enfermedades el comprender el proceso adictivo (uso, consumo, abuso y dependencia) de drogas, el cual debería incluir la etiología clínica de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y la neurobiología de la adicción. Pero, también se encuentran algunos obstáculos para el diagnóstico precoz de las mismas como son: las deficiencias en la formación sobre el tema por parte de los profesionales de la salud, el pesimismo en relación

con la eficacia del tratamiento, el desconocimiento sobre la clasificación de la adicción como enfermedad y las consecuencias en la salud pública.

Uno de los profesionales de la salud que podría evitar o empezar a tratar estos enfermos, es el médico general, pero no lo hace, pensando que no es su responsabilidad ya que se piensa que el enfermo debería ser tratado por un especialista en adicción. Sin embargo, según los informes, el sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (6), ilustra que uno de cada tres pacientes atendidos en la atención primaria tiene problemas de abuso de sustancias, siendo las sustancias más frecuentes: alcohol, tabaco y benzodiazepinas. Atendiendo esta demanda, el gobierno nacional implementó la Ley 1616 del 2013 o Ley de salud mental, que establece la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del sistema general de seguridad social en salud en Colombia.

También, según los resultados de la investigación realizada por Fantin y García (7), se observa que “los adolescentes varones, en comparación con las mujeres, presentan un mayor consumo de alcohol de tipo perjudicial”, en opinión de esta autora, 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, sin distinción entre hombres y mujeres.

“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” (5).

Al mismo tiempo, Ruiz y Ruiz (8) aclaran que “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 y que generalmente se presentan con un inicio precoz en entornos educativos”. Al respecto conviene decir que, considerar la adolescencia como una etapa de riesgo no pretende estigmatizar a los jóvenes, pero si reconocer la importancia de prevenir el consumo de drogas legales, que para muchos autores constituyen la puerta de ingreso a drogas ilegales, todas éstas conllevan a consecuencias a nivel de salud, del es-

tado emocional, comportamental y de relaciones intrafamiliares y sociales.

De otro lado, Luengo (9) expresa “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”; en cuanto a los factores individuales, el autor hace referencia a las características internas del individuo, forma de ser, comportamiento, sentimiento, edad, personalidad, recursos sociales de que dispone, actitudes, valores, autonomía, y la autoestima, entre otras, hacen que cada individuo sea único.

Si se mira desde el componente de la triada o como la historia natural y social de la enfermedad, se podría hablar de un “agente, huésped y ambiente” (10). De esta manera, el agente son las drogas, legales e ilegales, duras, blandas, adictivas, no adictivas, estimulantes, depresoras, naturales, químicas, de diseño y todas las clasificaciones que se han diversificado cada vez que se habla del tema. No siendo este el énfasis del presente estudio.

Es oportuno ahora mencionar que el huésped como sujeto en su ciclo vital adolescente y sus componentes psicosociales es uno de los principales objetivos del estudio, el huésped tiene elementos muy subjetivos como son: las emocio-

nes, el carácter, la personalidad, los impulsos, las alteraciones, la adaptación, que su presencia o ausencia en el sujeto, puede servir como estímulo para iniciar, desencadenar, retrasar o descartar las posibilidades de iniciación del consumo de drogas.

De manera que el huésped, en este segmento de la triada, es el individuo, ser que tiene características especiales como son la genética, la edad, el género, la personalidad, la autoestima, el pensamiento, la razón, las emociones, la resiliencia, y la integralidad del sujeto con muchas posibilidades de tomar sus propias decisiones, de tener autonomía y de tener amigos.

Conviene distinguir el esfuerzo de adaptación que deben realizar los adolescentes para integrarse en una nueva etapa del desarrollo, en la cual experimentan cambios psicológicos, emocionales y sociales, con algunas particularidades como son: ansiedad, estrés, desconcierto, soledad y pueden llegar hasta la depresión.

Así mismo, cuando una persona no tiene claros los criterios necesarios como son: autonomía, toma de decisiones y resolución de conflictos, entre otros, puede verse una alteración en la triada y se verifica una afección negativa sobre su salud, emergiendo sentimientos

de Impulsividad, deseo de gratificación inmediata y necesidad de sensaciones nuevas, todos estos se presentan como factores de riesgo predictores del consumo de drogas.

De aquí que otros estudios (11), concluyen que “el factor psicosocial más asociado al problema de consumo de drogas es el de estrés psicológico severo. Asimismo, se encontró asociación entre el pensamiento problemático severo y el abuso físico con dicho problema”. Los autores se refieren a consecuencias negativas para el sujeto sometido a estrés, si las respuestas no favorecen la adaptación al evento y se presentan resultados negativos como la frustración, el cansancio, pérdida del entusiasmo y en este caso el o la adolescente, es más vulnerable al consumo de las drogas. Más adelante se darán los resultados obtenidos, analizados y sintetizados con mayor especificidad en la presente investigación.

En el estudio que realizaron Calvete y Estévez (12) los resultados mostraron que el número de estresores experimentados es un factor asociado al consumo de drogas en la adolescencia; esta asociación puede ser diferente dependiendo de la magnitud y naturaleza de los acontecimientos estresantes. Es significativo que los riesgos psicosociales han existido y existirán en toda población, en toda

época y en todos los contextos, por eso, los adolescentes no son ajenos a esta situación, más aún cuando se están produciendo en ellos cambios físicos, psicológicos, familiares y sociales.

El huésped, como objetivo de estudio, será clasificado desde el punto de vista de los factores de riesgo individuales, que juegan un papel muy importante en el consumo de sustancias psicoactivas, debido a que son todos aquellos elementos propios de cada individuo que lo hacen susceptible a cambios en la conducta o el comportamiento frente a diversas situaciones que van a determinar de alguna forma el proceder y la resolución de problemas en la adolescencia.

De ahí que, cuando se logra identificar los factores de riesgos que toman parte en la influencia del consumo de drogas en adolescentes, se orientan mejor las acciones de prevención; entendiendo, que las acciones, actividades y programas implementados para lograr este objetivo deben centrarse en la persona, fomentando su participación, creando conciencia de corresponsabilidad social, reforzando los elementos de protección frente al consumo y disminuyendo los factores de riesgo. Por esta razón, la prevención del consumo de drogas es uno de los ejes de acción fundamental en el ciclo vital adolescente.

Para cumplir con el ambiente que corresponde al tercer componente de la triada, se tomaron los entornos: familiares, sociales, escolares, culturales, étnicos y comunitarios que pueden influir en los comportamientos, conductas y toma de decisiones en los adolescentes. Por ejemplo, en los colegios los adolescentes pueden presentar un bajo rendimiento académico, por la falta de buena comunicación, manejo inadecuado de la disciplina, falta de pautas de crianza y ejemplo de malas conductas desde sus familias, el círculo social y el mismo colegio.

Según Patten, Cárdenas y Bernal (13) en relación con los factores familiares “los comportamientos de justificación, encubrimiento de conductas y disfunción familiar están muy relacionados con el consumo de drogas de los adolescentes, así como también percepción familiar de pérdida de control y comportamientos de negación de responsabilidad familiar”.

Fantin y García (14) mencionan: “los adolescentes que manifiestan poseer valores diferentes a los transmitidos por los padres presentan puntuaciones superiores en consumo de alcohol”, según los autores, los adolescentes no consumidores tienen mejor calidad de relación con sus padres y mejor percepción

de los riesgos a los cuales se enfrentan en los diferentes roles que asumen a través del paso de la adolescencia a la adultez.

Como concluyen Ramírez y Andrade (15): “familia, escuela y medio social son tres elementos del sistema que están en constante comunicación, cualquier incidencia en alguno de ellos tendrá repercusión en los otros, el primero y mejor agente de socialización lo constituye la familia”. Según los autores a partir de la familia los adolescentes desarrollan normas de conducta en su relación con los demás, costumbres, valores dominantes de la sociedad, modelos en general y la interpretación de los patrones en función de la clase social, cultura y subcultura a la cual pertenecen.

Lo anterior tiene relación con lo que se muestra en el estudio entre el huésped y el ambiente como factor de riesgo para el consumo de drogas en los adolescentes. Como medida preventiva, es pertinente que los adolescentes aprendan y asuman roles, hábitos, normas, costumbres, actitudes en general y tradiciones de la sociedad y de la comunidad. Es muy importante la adaptación grupal a través de una evolución del aprendizaje creciente llamado proceso de socialización.

Con base en lo anterior, los entornos familiares son los lugares en los cuales

se fundamentan las normas de la sociedad, por esta razón la familia debe estar constituida con amor, tolerancia, atención, respeto, y debe ser el apoyo de los adolescentes; pero, ¿Qué pasa cuando las cosas no funcionan bien dentro de una familia?, ¿Qué pasa cuando el adolescente convive con personas consumidoras?, ¿Qué pasa cuando se produce o se es víctima de violencia intrafamiliar, abuso, autoridad dividida de los padres, falta de normas claras en el hogar?, ¿Se estará afectando la triada en la historia pre patológica, del riesgo a consumir una sustancia psicoactiva?

Quizá se deba señalar una característica que, para Rojas (16), es muy importante como es: “el consumo de sustancias suele emerger de un contexto familiar y social caracterizado por modos de interacción disfuncionales”. Por ello, la disfunción familiar incide notablemente en la formación de conflictos y la falta de ajuste a las reglas, pautas, medidas, cánones, criterios que promueve y exige la sociedad pues es en el hogar donde se ven los cambios psicológicos de los adolescentes que en alguna medida conllevan al consumo de drogas.

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. Los problemas familiares, sociales, psicológicos y la escolaridad de los padres parecen influir en la forma de orientación a los hijos pues, si los padres no han terminado la educación primaria tienen dificultad para inculcar valores, autonomía, toma de decisiones y autoestima en los adolescentes.

Por otra parte, en los espacios donde los adolescentes se proyectan socialmente, 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, 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” lo afirma, Villareal González (17). Los jóvenes en etapa de adolescencia suelen ser más vulnerables, frente a la presión de terceros, solo por sentirse identificados o aceptados por los mismos.

Además de los factores antes mencionados, los adolescentes se ven enfrentados a problemas de convivencia entre escolares, en el barrio, en la vecindad o en cualquier entorno. Esta alteración comportamental mundialmente es llamada bullying o matoneo. “El bullying se define como una forma de maltrato,

normalmente intencionado, perjudicial y persistente de un estudiante o grupo de estudiantes, hacia otro compañero al que convierten en su víctima habitual, expresado tanto con agresiones físicas como verbales y como con exclusión” Méndez y Cerezo (18).

Según Juárez (19), “en el proceso salud enfermedad, el equilibrio de la tríada: huésped, agente y ambiente, es determinante, para que un padecimiento aumente o disminuya en su morbilidad y mortalidad, por lo tanto, en el fenómeno de las adicciones los factores de riesgo juegan un papel importante”.

Araya Cortez (21) dice: “los factores anteriormente mencionados no son determinantes en el proceso adictivo, ya que las tres esferas de la tríada ecológica, agente, ambiente y huésped están en un movimiento constante para tratar de equilibrarse”. Es decir, un solo factor de riesgo por sí solo no es definitivo en aumentar el riesgo, pero asociado a otros factores se potencializaría.

Con base en lo argumentado anteriormente, se establece que estos factores juegan un papel muy importante en el proceso salud enfermedad de las adicciones. De acuerdo con el predominio del factor de riesgo y su detección a tiempo, se puede retrasar el inicio del proceso adictivo o llegar a consolidar-

se de una vida libre de drogas adictivas legales o ilegales. Por lo tanto, es importante vigorizar en los adolescentes los factores protectores, en la familia, el colegio y en la sociedad, para que el adolescente sea capaz de tomar decisiones que no afecten su proyecto de vida y si generen cambios positivos, necesarios para optimizar sus habilidades para la vida.

Con relación a la afirmación de Acosta, Fernández y Pillon (22): donde ultiman que “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 los llevaron a consumir drogas contribuye para 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 presentan características que conllevan a un mayor riesgo.

Los profesionales de la salud deben comenzar un proceso de promoción y prevención orientado hacia los padres. Este proceso debe incentivar: la comunicación, el respeto, los valores, el ejemplo, la autoestima, la autonomía, la me-

jora del proyecto de vida y el afecto entre los miembros de la familia. El proyecto debe apoyarse en los problemas y necesidades del adolescente, por un lado, respetando emociones como tristeza, rabia y amor, y por otro lado, compartiendo tiempos y espacios, puesto que de esta manera el trabajo y los resultados serían más impactantes en la sociedad y en la población adolescente; así se podría tener una sociedad mejor.

Pareciera por todo lo explicado anteriormente, que todas estas influencias que se presentan en el siglo XXI pueden hacer también que el joven se vea iniciado en el consumo de drogas. Algunas de estas influencias son:

- Las normas de una humanidad de consumo.
- Las normas de aprobación y desaprobación para que el adolescente sea aceptado dentro de unos comportamientos que limitan la libertad de expresar, pensar, crear e innovar, bajo muchas tensiones en su rol como adolescente.
- La tensión de pertenecer a un grupo, de sentirse parte de un círculo social determinado.
- La tensión por parte de los “amigos”.

En razón a lo anterior, se puede concluir que existe la necesidad de concebir

proyectos de intervención para fomentar conductas protectoras, fortaleciendo “acciones de promoción de la salud que deben ser: planeadas, ejecutadas y evaluadas, privilegiando los ambientes familiares y las interacciones entre sus miembros” (23).

Sin embargo, es importante aclarar que no es necesario tener todos y cada uno de los factores de riesgo para que el adolescente pueda presentar cambios que conduzcan al consumo de drogas.

Metodología

La investigación se realizó como un estudio descriptivo. A cada uno de los individuos que hace parte de la muestra, se le aplicó una entrevista estructurada individual que trataba los factores de riesgo facilitadores del consumo de drogas en los adolescentes de una Institución Educativa Distrital (I.E.D.) de la localidad de Suba (Bogotá D.C.)⁸. A partir del marco de referencia, se efectuó la determinación de las variables en la entrevista.

El estudio que se realizó en la institución educativa distrital es de tipo cuantitativo, elegida de la localidad de Suba (Bogotá D.C.). De una población de 133 estudiantes, se eligieron estudiantes adolescentes con edad y niveles de enseñanza similares, sin trastornos en

el aprendizaje y/o la conducta demostrados en la evaluación de aula e institucionales. El alcance de este estudio es de un fenómeno social a partir de procesos deductivos. La población son estudiantes de un I.E.D. ubicado en la localidad de Suba, de grado sexto, en la jornada tarde del año lectivo 2012.

La muestra fue de 69 estudiantes. El cálculo de la muestra mínima se obtuvo para un nivel de confiabilidad de 95 %, lo que supone que se debió aplicar un mínimo de 20 entrevistas. Para ello, se procuró mantener la muestra censal de 69 estudiantes de los grados sexto de básica secundaria, con la expectativa estadística de respuesta efectiva del 30 % (40 estudiantes mínimo).

Para el muestreo, se tuvo en cuenta, como criterio de inclusión, estudiantes del grupo de edades de 10 a 15 años, jornada tarde, de ambos géneros y se les proporcionó un consentimiento informado dirigido a los padres de familia y/o tutores responsables de los menores y el diligenciamiento total de la entrevista.

La entrevista estructurada permitió evaluar las variables y los componentes directos del estudio en relación con factores particulares, familiares y sociales, compuesta de 20 preguntas estructuradas: cinco iniciales correspondientes a la percepción sobre los riesgos particulares

como son autonomía, genética, autoestima, toma de decisiones y manejo de emociones; cinco preguntas siguientes se relacionaban con riesgo familiar, convivencia con personas que consumían algún tipo de droga legal e ilegal, funcionalidad familiar, violencia, abuso y maltrato intrafamiliar.

Las subsiguientes cinco preguntas discurrían sobre actividades realizadas por parte del sujeto de estudio y se relacionan con su convivencia escolar, víctima de presión de grupo o matoneo (bullying), vinculación a pandillas, fácil acceso a drogas y manejo del tiempo libre. Las cinco preguntas restantes se refirieron a conductas comportamentales de riesgo de consumo de drogas, como haber consumido alguna vez alcohol, tabaco u otras drogas, conocer quién le facilitó el consumo y las de la entrevista, se tuvo una escala de valoración (tipo Likert), con relación al nivel de importancia y frecuencia, en el cual los estudiantes de la I. E. D. responden la influencia de cada factor (individual, familiar y social), desde su percepción, sobre el inicio del consumo de drogas.

Se estableció una comunicación asertiva con los estudiantes adolescentes, sujetos de estudio, lo que les permitió, expresar sus ideas y percepción respecto a patrones individuales, familiares

y sociales, además se evidenciaron conductas comportamentales de riesgo de consumo de drogas.

Resultados

Se realizó una entrevista estructurada personalizada, que permitió hacer una síntesis de la información de forma directa, a partir de las bases de datos en Excel para el cruce de variables. Para efectos del análisis se hizo uso de la estadística descriptiva y específicamente de medidas de frecuencia con expresión en porcentajes obtenidos a partir de la escala de valoración (Likert).

Para efectos del estudio se incluyeron los análisis de las 69 entrevistas estructuradas personalizadas, que representan el 52 %, con un margen de error del 3 %. Se reportaron datos de sexo,

edad y grado de escolaridad, ya que esto brindó una información global del tipo de población a la que se le realizó la encuesta y la calidad de la información brindada, en calidad de facilitadores.

El resultado arrojó que la mayor cantidad de participantes es de género femenino (62,3 %), en comparación con el género masculino (37,7 %), la edad promedio 12 años (62,3 %) y 13 años (11,5 %), respectivamente, y el resto eran menores de doce años y mayores de 13 años.

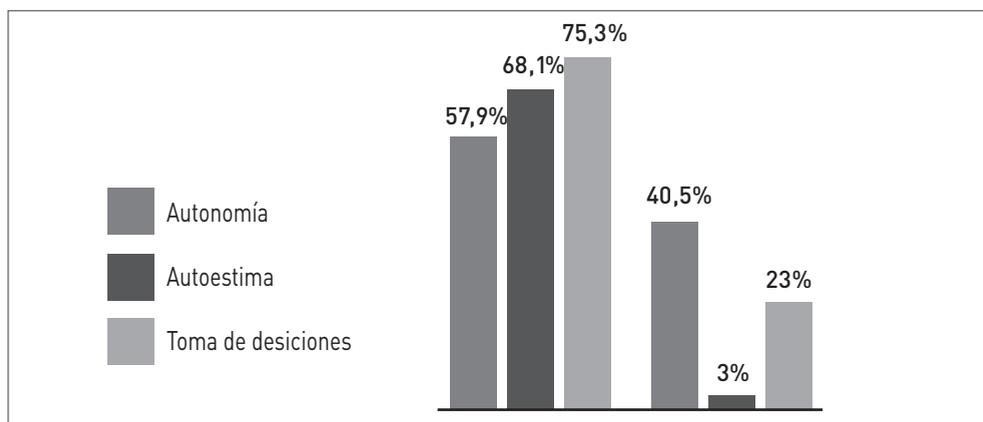


Figura 1. Factores de riesgo individual

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a los factores facilitadores del inicio del consumo, la mayoría de estudiantes contestó que tenía autonomía para tomar la decisión (57,9 %) en contraste con un 40,5 % que son dependientes para su decisión. De estos estudiantes, el 60 % eran hombres y el 40 % mujeres. El mayor porcentaje de los encuestados goza de una autoestima alta (68,1 %) mientras el 30,4 % tiene baja autoestima, de estos estudiantes el 70 % eran mujeres y el 40 % hombres. En cuanto a la toma de decisiones, el 75,3 % contestó afirmativamente, en relación con 23,1 %, que no toman decisiones (Figura 1). Frente a la percepción de factores de riesgo familiar para el consumo de drogas, en cuanto a la convivencia con personas que consumen alguna droga legal o ilegal, la mayoría no convive con familiares que consumen (56,5 %), mientras el 43,4 % si lo hacen. De ese porcentaje de consumo,

en el 90 %, el padre es consumidor en un 10 %. En cuanto a la violencia familiar, 92,7 % no son víctimas de violencia intrafamiliar y 7,2 % sí son víctimas de algún tipo de violencia intrafamiliar, esa violencia en un 60 % la ejerce el padre y un 40 % la madre. En cuanto a si ha sido víctima de maltrato intrafamiliar, el 11,5 % ha sido víctima, en comparación con el 84,4 %, que no ha sido víctima de maltrato familiar (Figura 2). En cuanto al acceso a drogas, el 66,6 % de los encuestados no tiene fácil el acceso a las drogas y el 31,8 % sí ve fácil el acceso a conseguirlas. En cuanto a si ha sido víctima de matoneo, el 30,4 % sí y el 69,5 % no. El 33,3 % de los entrevistados ha consumido alcohol y el 65,2 % no ha tenido la experiencia. En relación con el consumo de tabaco, un 11,5 % contestó afirmativamente y un 86,9 % dijo no haber consumido tabaco nunca (figura 3).

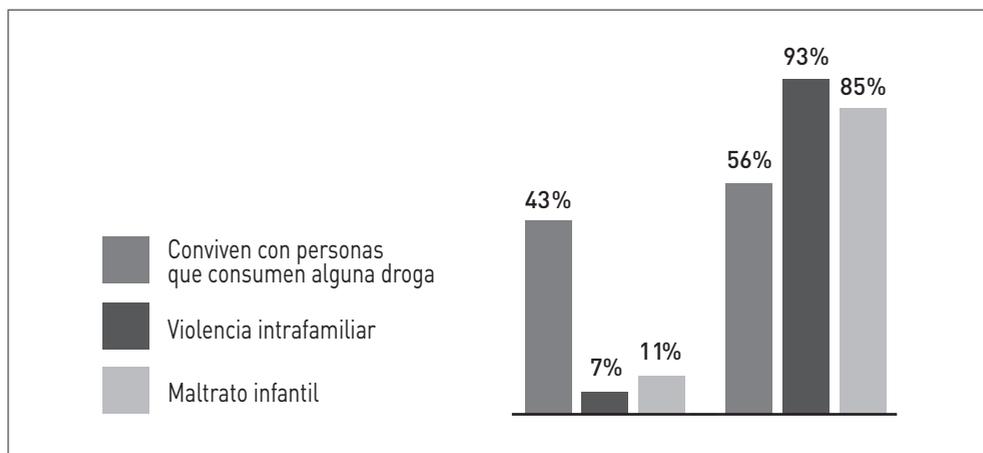


Figura 2. Factores de riesgo familiar

Fuente: elaboración propia.

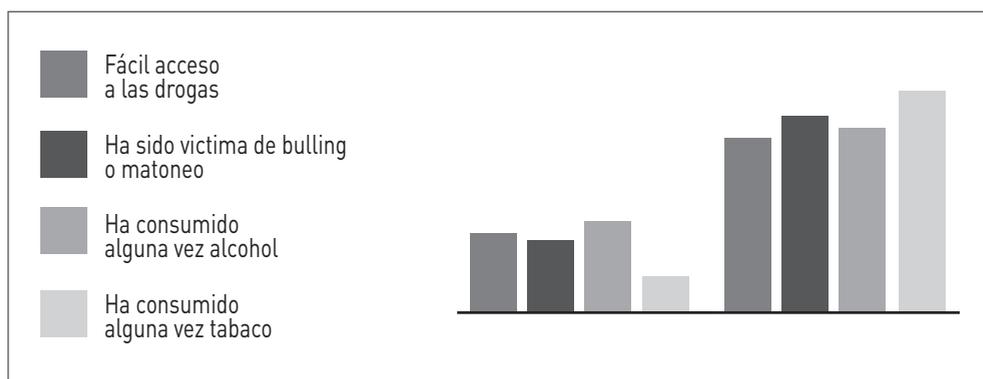


Figura 3. Factores de riesgo social

Fuente: elaboración propia.

Discusión

El estudio arrojó el promedio de edad de consumo en 11,5 años, la mediana de 12,5 años y la moda en 12 años, estos resultados se asemejan con un es-

tudio realizado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo y la Fundación CESPA de España titulado: consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del Municipio de

Oviedo (24) en el que se afirma: “el contacto de los escolares con las diferentes drogas se producía a edades tempranas, situándose la edad mediana de inicio al consumo en los 12,8 años. Igualmente, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008 (25), la edad promedio de inicio de consumo de alcohol y marihuana está de 12 a 17 años” (citado por Duque) (27).

Los escolares que se encuentran en la tipología de consumo estimaban que sus padres (no las madres) consumían alcohol con mayor frecuencia que los sujetos no consumidores; en cuanto a la participación de la familia en el consumo de alcohol en los niños y niñas, los encuestados señalaron que la familia aconseja evitar el consumo de alcohol en el 94 % de los casos; sin embargo, el 78,5 % declararon que los padres toman con los adolescentes; e invitan a la bebida alcohólica el 77,2 %. La presión de los hermanos y la invitación al consumo por parte de familiares cercanos, se encuentra en un porcentaje de 77,9 % y 78,5 % respectivamente; de igual forma, los hábitos familiares de consumo de drogas parecen estar acordes con el consumo en los escolares.

La facilidad de conseguir drogas se encuentra en el 31,8 % de la población

entrevistada; según el Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Colombia (2008), en relación con la facilidad de acceso o disponibilidad de la sustancia, cerca de la mitad de las personas encuestadas (48 %) consideró “fácil conseguir”, siendo mayor esta percepción entre los hombres que entre las mujeres (54 % y 42 %, respectivamente). Entre los más jóvenes (12 a 17 años), 44 % consideran que es fácil conseguirlas y 13 % reportan que se las han ofrecido durante el último año, ya sea para comprar o probar.

Con respecto al grado de comunicación familiar, se colige que cerca del 50 % de los adolescentes de la investigación consideran que dicho factor se encuentra relevante para el inicio del consumo, lo cual es coherente con las teorías de psicología social, en donde se establecen según la dinámica familiar con hijos adolescentes; los adolescentes no son sujetos pasivos que se limiten a responder; por el contrario, son los actores principales de las conductas de utilización de drogas, ellos le dan sentido a los riesgos que las sustancias psicoactivas arrastran y tienen la opción de aceptar o rechazar las presiones, inclusive de disminuir los riesgos de uso, y por ende del cambio de su entorno.

Conclusiones

Desde el punto de vista individual y social (psicosocial) se puede determinar que se perciben como factores facilitadores para el consumo de drogas en adolescentes, los siguientes aspectos que se mencionan según su orden de importancia: falta de autonomía, autoestima baja, falta de toma de decisiones, consumo dentro de la familia, maltrato, el fácil acceso a cualquier droga, el consumo precoz de alcohol y el Bullying o matoneo. Los resultados obtenidos en cuanto a la presión social muestran que este aspecto tiene gran relevancia como facilitador del consumo.

Los objetivos del estudio se fueron alcanzando en la medida en que se identificaron los factores psicosociales que influyen en los adolescentes como facilitadores del consumo de drogas. Frente a la convivencia con personas que consumen, el estudio arroja significancia en la percepción de los estudiantes sobre dicho factor como facilitador, en concordancia con el estudio sobre relación entre la función familiar y hábitos de consumo de alcohol en la familia y consumo inicial en el adolescente.

En la muestra del grupo de estudiantes en la I. E. D. hay un alto índice de violencia intrafamiliar, igualmente de convivencia con personas que consumen

algún tipo de drogas y además perciben presión de pares, es decir dentro de la triada hay componentes muy fuertes intrínsecamente de los ambientes de los estudiantes que pueden llevar a concluir que si hay riesgo de posible consumo de drogas en un futuro.

La droga legal que más sobresale es el alcohol, por dos motivos: en primer lugar, se trata de la sustancia más consumida por los jóvenes, por lo que ya supone un problema real en la actualidad y, en segundo lugar, tal y como se ha demostrado en estudios anteriores, porque es la sustancia llave, que puede facilitar o propiciar el consumo de otras sustancias ilegales y la aparición de problemas graves asociados a este.

La familia puede jugar un papel relevante en la prevención del consumo de drogas de los jóvenes y adolescentes. En este sentido, el diseño y la aplicación de programas de prevención en el ámbito familiar deberían ser objetivos tomados en cuenta por los organismos e instituciones relacionados con el problema del abuso de drogas, tanto legales como ilegales, en la población adolescente y juvenil.

Es aconsejable realizar campañas de prevención familiar enfocadas en mostrar estos resultados a las familias de los estudiantes y donde se comprometan a disminuir el consumo de sustancias legales en los espacios compartidos.

Referencias

1. República de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia – 2011. Informe Final.
2. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021.
3. República de Colombia, Ministerio de Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia. 2009.
4. Alfonso P, Huedo T, Espada J. Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología*. 2009;25(2):15-25.
5. Segel M. Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. *Boletín Esc. de Medicina*. 2013;5:6.
6. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa). 2011.
7. Fantin MB, García, DG. Factores Familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu: Órgano de difusión científica del Departamento de Psicología*. 2013;9(2):193-214.
8. Ruiz F, Ruiz J. Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de Psicología*. 2011;27(2); 350-359.
9. Luengo MR. La prevención en consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. *Análisis y evaluación de un programa*. [Tesis de Grado]. Universidad de Santiago de Compostela;1999.
10. Dobereiner J. Ley de Triadas. Herramientas educativas, Madrid. España. Disponible en: www.herramientas.educa.madrid.org/tabla/evolucion/historiasp2.html
11. Salazar E, Ugarte M, Vásquez L, Loaiza J. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2004;65(3):18-29.
12. Calvete E, Estévez A. Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Revista Departamento de Psicología*. 2008. Disponible en: www.adicciones.es/files/49-56%20Calvete.pdf
13. Patten S, et al. Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública*. 2011;37(2).
14. Fantin M, Garcia H. Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. 2011;9(2): 193-214.
15. Ruiz MR, Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2003;13(spe):813-818.
16. Rojas M. Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. *Revisión y análisis del estado actual*. 2011.
17. Villarreal ME. Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizados. [Tesis de grado]. 2009
18. Méndez I, Cerezo F. Bullying y factores de riesgo para la salud en estudiantes de secundaria. *European Journal of Education and Psychology*. 2010;3(2):209-218.

19. Juárez V. Sistema de vigilancia epidemiológica. Programa de Prevención y Control de Adicciones. Publicado en el “Boletín Epidemiológico los Servicios de Salud”. 2005;22(30).
20. Araya E. Asistentes de la Educación en la Reforma Educativa. Síntesis del material Las emociones. 2007.
21. Acosta L, Fernández A, Pillon S. Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19:15.
22. Riofrío R, Castanheira L. Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev. Latinoamericana Enfermería*. 2010;18.
23. Secades R, Fernández J. Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo. 2001.
24. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008 – Informe Final. Bogotá D. C; 2009.
26. Forero E, Hernández T. Función familiar y hábitos de consumo de alcohol en familia y consumo inicial en adolescentes entre 12 y 17 años. 2009. Fundación Universitaria del Área Andina. Biblioteca.
27. Duque M., Factores de riesgo que facilitan el consumo de algunas sustancias psicoactivas (SPA) en una IED, localidad 11, 67 Suba. *Revista Teoría y Praxis investigativa*. 2012;7-2:78-98.

Lavado de manos asociado a la incidencia de enfermedades respiratorias y diarrea aguda⁹

Rosalba Rodríguez Moreno¹⁰
Sonia Yanira Roncancio Poveda¹¹

Resumen

Objetivo: establecer el lavado de manos como factor determinante asociado a la incidencia de enfermedades respiratorias y diarrea aguda en los escolares de una institución educativa básica primaria de la ciudad de Bogotá en los meses de marzo abril de 2013. **Materiales y métodos:** este estudio correspondió a un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo. El universo corresponde a n=69 escolares. Niños (32), niñas (37) y 5 docentes. Los niños y niñas en estudio se encuentran en edades entre los 7 y 11 años y se encuentran cursando los grados de primero a quinto de primaria. El instrumento que se aplicó para la recolección de la información fue la encuesta cerrada. Las variables a tener en cuenta fueron: variable independiente, lavado de manos. Variable dependiente: incidencia de enfermedades respiratorias y diarrea aguda. **Resultados:** con relación a los niños y niñas en cuanto a la enseñanza del lavado de manos en la institución la gran mayoría dicen no haber recibido instrucción por parte de sus docentes (64,4 %). En cuanto a la utilización de insumos para el lavado de manos, una alta proporción de escolares manifestaron utilizar agua y jabón (97,6 %). Con respecto a la realización de este hábito en los momentos clave de la jornada escolar, el 88,3 % refiere si lavarse las manos después de ir al baño; sin embargo, frente a otro momento clave para el autocuidado de la salud (después del recreo) un

⁹ Trabajo realizado con colaboración de la docente Adriana Rodríguez y un grupo de estudiantes de la cátedra de Promoción y Prevención del Programa de Terapia Respiratoria.

60 % dicen no lavarse las manos. Frente a los resultados arrojados por los docentes, la mayoría afirma en un 64 %, que no existe un programa de lavado de manos establecido como tal en la institución educativa. de igual forma, de los 69 niños y niñas de la muestra en estudio, 12 niños reportaron inasistencia a la institución escolar por enfermedades respiratorias en un 60 % , , diarreicas el 40 %.

Palabras clave

lavado de manos, enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales.

Introducción

En la actualidad, entidades como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) promocionan campañas que estimulan el lavado de manos como principal medida preventiva en cuanto a enfermedades infectocontagiosas (1). Sin embargo, el panorama mundial muestra claramente como las infecciones respiratorias y la diarrea ocasionan las dos terceras partes de la mortalidad en niños (2).

El correcto lavado de manos resulta ser la manera más económica y efectiva de prevenir el contagio de enfermedades infecciosas (3-7). La Unicef, en el informe sobre los progresos de 2013 (8), reporta como la neumonía y la diarrea son las principales causas de mortalidad entre los niños menores de 5 años, ya que cuestan la vida de casi 5.000 niños cada día. Dentro de este contexto el Informe Objetivos Desarrollo del Milenio 2013 en referencia al objetivo (reducir la mortalidad en niños menores de 5 años) precisa que a nivel mundial la tasa de mortalidad de menores de 5 años disminuyó en un 41 %: de 87 muertes por cada 1000 niños nacidos vivos en 1990, a 51 en 2011 (9). Sin embargo, es prudente al advertir que a pesar del im-

portante logro, se necesita de un mayor progreso para lograr alcanzar la meta de reducir la mortalidad infantil en dos tercios para el año 2015. Señala el informe cómo en 2011, 6,9 millones de niños (19.000 por día) murieron por causas de enfermedades casi todas prevenibles, las cuales ocurrieron en las regiones de los países más pobres.

En Colombia, el Informe Salud en las Américas 2012 (10), señala que la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años disminuye en los últimos 10 años, pero la incidencia se mantiene entre 110 y 113 casos por 100.000 niños de ese grupo de edad. La prevalencia fue de 12,6 % a nivel nacional, pero se muestra más alta en la Orinoquía y la Amazonía. Con relación a las infecciones respiratorias agudas, se establece que son causa importante de muerte y de morbilidad en todos los grupos de edad, particularmente, en los niños menores de 5 años y las personas mayores de 65 años. La prevalencia de infecciones respiratorias agudas con dificultad respiratoria en los niños menores de 5 años fue de 9 % en 2005 y en 2010, y la mitad de ellos acudió a un servicio de salud (11).

En Bogotá, en términos generales, la mortalidad en la primera infancia ha descendido durante los últimos años.

La mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años (por cada 100.000 nacidos vivos), pasó de una tasa de 7,6 en 2002 a una de 1,0 en 2010. La tasa de mortalidad por neumonía tuvo una disminución de 24,7 a 14 casos por cada 100.000 nacidos vivos menores de 5 años. Estas cifras explican que, si bien se ha mejorado la salud de la primera infancia, los esfuerzos de la administración distrital deben orientarse a continuar con la tendencia a la baja. De forma sintética, la tasa de mortalidad en menores de 5 años (que incluye las muertes perinatales, infantiles y registradas en niños y niñas menores de 5 años de edad cumplidos) pasa de 33,5 en 2002 a 24,5 en 2010 por cada 10.000 nacidos vivos (11).

El análisis de salud según regiones de Colombia señala que para el rango de edad de niños y niñas entre los 5 a 9 años en la ciudad de Bogotá en el año 2011, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la rinofaringitis aguda (resfriado común) no especificado, la bronquiolitis aguda no especificada, la bronquitis aguda no especificada, la amigdalitis estreptocócica y la amigdalitis aguda no especificada ocuparon las primeras causas de morbilidad atendida en los servicios de consulta ambulatoria, urgencias y hospitalización (12).

En el año 2001, se conformó la Iniciativa Global de Alianza entre los Sec-

tores Público y Privado con el fin de promover el lavado de manos con jabón en los países en desarrollo, orientándose específicamente hacia los segmentos más pobres de la población (13), el cual señala que “Una vacuna auto administrada” y cuyos objetivos específicos están encaminados a reducir la incidencia de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años, e implementar el lavado de manos como una costumbre habitual en momentos críticos del día. En ese mismo sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social desde el Plan Decenal de Salud Público 2012-2021 (14), y de acuerdo con lo establecido en el marco de las dimensiones prioritarias, promueve la política de entornos educativos saludables, que se definen “como el espacio geográfico en donde habita la comunidad educativa, es allí donde se construye y reproduce la cultura, desarrolla el pensamiento, afectividad y comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos, se buscan alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con su entorno”. Es evidente entonces que los entornos educativos saludables (jardín, escuela, universidades) contribuyen al desarrollo humano, propiciando acciones integrales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Lavar las manos impide la transmisión de agentes patógenos y, por consiguiente, puede disminuir las enfermedades respiratorias, diarreas e infecciones en la piel (2). Para los doctores Aliño, Navarro et al (15) es fundamental en la etapa preescolar la promoción de hábitos sanos de higiene, alimentación y sueño. En tal sentido, en Colombia, la Secretaría de Integración Social ha diseñado la Guía Técnica Promoción e Instalación del Lavado de Manos en los jardines infantiles como estilos de vida saludable, cuyos objetivos están dirigidos a promover hábitos higiénicos y evitar la aparición de enfermedades que son transmitidas a través de las manos (16); es importante crear conciencia en la realización de estos hábitos, ya que si no se realizan adecuadamente, puede dar a aparición de enfermedades y por consiguiente generar incapacidades que conllevan ausencias en el ámbito escolar. Un estudio realizado por López, Quintero et al señala que el ausentismo escolar en la primaria debido a la diarrea o a la infección respiratoria aguda, se logra reducir de un 20 % a un 50 % como resultado de una mejor práctica de lavado de manos (17).

Teniendo en cuenta lo anterior, la pregunta de interés para esta investigación es ¿cómo el lavado de manos es un

factor determinante en la incidencia de enfermedades respiratorias y la diarrea aguda en los escolares de una institución escolar de educación básica primaria de la ciudad de Bogotá en los meses de marzo y abril del 2013?

Materiales y métodos

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, donde la finalidad fue establecer cómo el lavado de manos se asocia a enfermedad respiratoria y diarrea aguda en escolares de una institución educativa de básica primaria de la ciudad de Bogotá en los meses de abril y mayo de 2013.

Se estudian los datos obtenidos en visita realizada a la institución escolar durante los meses de marzo y abril de 2013. Consistió en la aplicación de una encuesta cerrada a escolares en donde se describen datos de identificación como: nombre y apellido, edad y sexo. También se registra el grado de escolaridad, la fecha en que se realiza la encuesta, nombre del encuestador y nombre de la institución escolar. Esta encuesta consta de 8 preguntas con opción de respuesta sí o no. Las preguntas están dirigidas hacia el conocimiento, hábito y acompañamiento del lavado de manos.

De la misma forma, se aplica una segunda encuesta a docentes con el propó-

sito de verificar el lavado de manos, especialmente en los niños de menor grado de escolaridad. Este instrumento describe datos personales de los docentes como nombres y apellidos, institución a la cual pertenece, fecha de aplicación de la encuesta, y nombre del encuestador (17). Esta herramienta consta de 7 preguntas con opción de respuesta sí o no, las cuales están dirigidas al seguimiento, conocimiento y ausentismo escolar.

El universo corresponde a $n=69$ escolares. Niños (32), niñas (37) y 5 docentes. Los niños y niñas en estudio se encuentran en edades de 7 a 11, años cursando los grados de primero a quinto de primaria. De esta muestra para que exista una representatividad es tomado el 100 % de la población, por tanto, no se aplicó ningún tipo de muestreo ni crite-

rios de exclusión. La recolección de datos se realizó de manera individual y en espacio real durante la jornada escolar.

El protocolo de trabajo fue establecido de la siguiente forma: autorización por parte de la institución de educación superior, autorización y asentimiento firmado por la directora de la institución escolar para la aplicación de encuestas a alumnos por tratarse de menores de edad; aplicación de encuestas a docentes quienes también dieron su consentimiento firmado, y análisis de la información.

Las variables que se tuvieron en cuenta en el estudio son: variable independiente, lavado de manos. Variable dependiente, incidencia de enfermedades respiratorias y diarrea aguda.

Tabla 1. Variable independiente, lavado de manos en niños

Fuente: elaboración propia.

Variable	Definición	Indicador	Índice	Escala
Lavado de manos	Tratamiento de las manos con un antiséptico para las manos con el fin de reducir la flora no saprofita sin afectar necesariamente a la flora saprofita de la piel. Es de amplio espectro pero generalmente es menos eficaz y actúa en forma más lenta que el desinfectante higiénico para las manos ¹⁸ .	Conocimiento	Enseñanza en la institución del lavado de manos	Respuesta dicotómica
			Uso de agua y jabón	
			Enseñanza por los padres	
		Hábito	Después de ir al baño	
			Antes de comer	
			Después del recreo	
		Acompañamiento	Docentes	
Padres				

Tabla 2. Variable independiente, lavado de manos en docentes

Fuente: elaboración propia.

Variable	Definición	Indicador	Índice	Escala
Lavado de manos en el colegio	Tratamiento de las manos con un antiséptico para las manos con el fin de reducir la flora no saprofita sin afectar necesariamente a la flora saprofita de la piel. Es de amplio espectro pero generalmente es menos eficaz y actúa en forma más lenta que el desinfectante higiénico para las manos ¹⁸ .	Apoyo institucional	Capacitación docente	Respuesta dicotómica
			Capacitación escolares	
		Seguimiento	Niños	
			Programa	

Tabla 3. Variable dependiente: incidencia de enfermedad respiratoria y diarrea aguda

Fuente: elaboración de las autoras

Variable	Definición	Indicador	Índice	Escala
Incidencia de casos de enfermedad respiratoria y diarrea aguda	Número de casos nuevos de enfermedades o de personas enfermas, durante determinado período en una población específica. También usado para el índice en que nuevos eventos ocurren en una población específica ¹⁹ .	Enfermedad respiratoria	Ausentismo escolar	Bitácora escolar
		diarrea aguda		

Resultados

El análisis de información se presenta en tablas estadísticas donde se muestran las tendencias de los valores de las variables más relevantes medidos en el estudio. Se han incluido en el estudio a 69 niños y niñas con edades promedio de 7 a 11 años.

A. En relación con los niños:

Tabla 4. Conocimiento acerca del lavado de manos

	Sí	No
Enseñanza de lavado de manos en la institución educativa	35.65%	64.4%

Fuente: elaboración propia.

Desde el punto de vista de la enseñanza del lavado de manos en la institución, la gran mayoría dicen no haber recibido instrucción por parte de sus docentes (64,4 %).

Tabla 5. Utilización de insumos recomendados para el lavado de manos

	Sí	No
Agua	2.4%	97.6%
Agua y jabón	97.6%	2.4%

Fuente: elaboración propia.

Una alta proporción (97,6 %) manifiestan utilizar agua y jabón para el la-

vado de manos y sólo el (2,4 %) refiere utilizar sólo agua.

Tabla 6. Momentos claves para el lavado de manos durante la jornada escolar

	sí	no
Después de ir al baño	88,3%	11,7%
Antes y después de comer	41,8%	58,2%
Después del recreo	40%	60%

Durante los tres momentos claves para el lavado de manos, el 88,3% (después de ir al baño) de la población sí reporta lavarse las manos, sin embargo, frente a otro momento clave para el autocuidado de la salud (después del recreo) un 60 % dicen no lavarse las manos.

B. Con relación a los docentes

Tabla 7. Programa de lavado de manos en la institución

	sí	no
Existencia de un programa de lavado de manos en la institución	36%	64%

La mayoría de los docentes (64 %), afirman que no existe un programa de lavado de manos establecido en la institución educativa, en comparación con la

respuesta dada por otros docentes, quienes respondieron de manera afirmativa (36 %) ante la existencia del programa.

Tabla 8. Ausentismo escolar

	número de niños	%
Ausentismo por enfermedad respiratoria	7	60%
Ausentismo por diarrea aguda	5	40%
Total de niños y niñas	12	

De los 69 niños y niñas de la muestra en estudio, 12 niños reportaron inasistencia a la institución por enfermedades respiratorias (60 %) y diarreicas (40 %) como se registra en la bitácora escolar de cada niño.

Discusión y análisis

El objeto de este estudio fue establecer la incidencia de enfermedades respiratorias y diarrea aguda asociadas al lavado de manos en niños y niñas que asisten a una institución educativa básica primaria durante los meses de marzo y abril de 2013 en la ciudad de Bogotá. Teniendo en cuenta que las

enfermedades respiratorias y diarreicas son causa prioritaria en la atención pediátrica, está comprobado que sin atención oportuna pueden llevar a los pacientes a complicaciones severas de estos cuadros clínicos incluyendo la muerte. Según la OMS (1), la incidencia de estas afecciones en los países en vía de desarrollo, a pesar de las múltiples campañas gubernamentales y no gubernamentales que promueven el hábito de la higiene de manos como medida de prevención de este tipo de enfermedades, estas continúan ocurriendo de manera importante en la población infantil.

Para efecto de este estudio, se puede decir que los niños entrevistados recuerdan más la necesidad de lavarse las manos después de ir al baño (88,3 %) pero no es costumbre hacerlo después del recreo (60 %) probablemente, porque dan mayor importancia al contagio con heces y menor valor a la contaminación que pueda quedar en sus manos después del recreo, esto concuerda con el señalamiento que se realiza en el estudio presentado.

El alto porcentaje de escolares encuestados que afirman lavarse las manos corresponde en igual medida a resultados presentados en otros estudios que refieren utilizar agua y jabón después de entrar al baño y antes de comer 15,4, esta similitud puede deberse a que es un hábito adquirido desde el hogar por instrucción directa de sus padres. Se puede constatar también que, a pesar de que los niños y niñas manifiestan sí lavarse las manos, un porcentaje menor (41,8 %) no lo realizan del todo, lo cual puede asociarse a que algunas veces olvidan de forma involuntaria cumplir esta rutina o quizá a la premura por volver a clase.

De acuerdo con el estudio realizado en la ciudad de Bogotá por López Quintero et al (17), los escolares reportaron sí realizar el lavado de manos. El 57 % reportaron lavarse las manos con agua y jabón después de usar el baño, mientras

que el 36 % refirieron hacerlo antes de comer. Adicionalmente, solo un 63 % de los estudiantes manifestaron la intención de practicar el lavado de manos durante eventos de contaminación de riesgo. Al indagar las razones por las cuales los estudiantes encuestados no se lavan las manos un 66 % reportaron olvidarlo, por pereza, un 44 %, falta de agua limpia, un 14 % y un 21 % por falta de jabón. Lo anterior es aplicable al presente estudio ya que igualmente las puntuaciones más altas se concentran en la utilización de agua y jabón para el lavado de manos en los momentos más críticos de la jornada escolar.

Con referencia a la existencia de un programa de lavado de manos en la institución, los docentes manifiestan no conocerlo (64 %), mientras que un 36 % de los docentes encuestados afirman si conocerlo. Esta discrepancia puede estar asociada al desconocimiento de un programa institucionalizado como tal, o deberse a la falta de interés por parte de las directrices del centro educativo en aplicación de la estrategia de obligatorio cumplimiento, a las políticas gubernamentales (acuerdo 260 de 2010) (16) encaminadas a la “Promoción e instauración del lavado de manos en los jardines infantiles como estilos de vida saludable”. Esta situación también se

evidencia al no encontrar en la literatura suficientes estudios que soporten el seguimiento al cumplimiento de esta política en la ciudad de Bogotá.

Otro factor relevante a tener en cuenta dentro de este estudio es el ausentismo escolar, encontrándose una relación directa con enfermedades respiratorias (60 %) y diarrea aguda (40 %) verificado desde la revisión de la bitácora escolar de cada uno de los 12 niños que presentaron inasistencia durante los meses de marzo-abril de 2013. Con referencia a lo anterior, este resultado coincide con el estudio realizado por López Quintero et al. (17) donde reportan que los niños que lavan sus manos por lo menos 4 veces al día reducen el ausentismo escolar en un 51 % por enfermedades gastrointestinales y en un 24 % el ausentismo por enfermedades respiratorias en comparación con niños que lavan menos veces sus manos.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados de este estudio, y su comparación con los escasos estudios encontrados a nivel internacional, nacional y distrital, es importante destacar que los niños y niñas de esta institución educativa realizan el lavado de manos con agua y jabón de manera rutinaria por hábito adquirido desde sus hogares, pero que no cuentan

con el respectivo seguimiento en cuanto a técnica y frecuencia dentro del centro educativo. En tal sentido, es precisamente en estos primeros años de vida escolar donde el ejemplo y el refuerzo que realiza el docente a estos hábitos son primordiales, bien sea por el respeto que infunden o por el poder de que estos ejercen sobre ellos.

En lo que respecta a los programas de lavado de manos implementados como políticas gubernamentales desde el plan de desarrollo 2012-2021 (14) para instituciones escolares, es pertinente efectuar planes de mejora necesarios para lograr el impacto esperado en la disminución de la incidencia de enfermedades respiratorias y diarrea aguda, dentro del ámbito escolar desde la aplicación de este hábito. Así mismo, es conveniente que haya un mayor compromiso por parte de padres y docentes en la realización de esquemas permanentes de promoción, en el que el lavado de manos se realice como rutina de higiene a largo plazo, lo cual impacte en la disminución de enfermedades infecciosas consideradas desde todo punto de vista prevenibles o adecuada del lavado de manos.

Finalmente, se requiere del apoyo de las instituciones de educación superior como estrategia de acompañamiento a los establecimientos escolares dentro

del marco de la responsabilidad social que hace parte del compromiso con poblaciones que presenten algún grado de vulnerabilidad, acatando el actual plan decenal de salud pública (14), el cual hace referencia dentro de las prioridades específicas a los Intolerables: “mortalidad por EDA en menores de cinco años,

y mortalidad por IRA en menores de cinco años”, que permita generar verdadero impacto en la disminución de la morbi-mortalidad a causa de estas afecciones y además, facultar la realización de estudios sobre el lavado de manos con el fin de medir el impacto de la ejecución de este hábito sobre estas enfermedades.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. Ginebra, Suiza; 2005.
2. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Viceministerio de agua y saneamiento. Programa lavado de manos con jabón en Colombia.
3. Mond M, Wenzel R. Handwashing compliance by healthcare workers. the impact of introducing an accessible, alcohol-based hand antiseptic. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160:1017-1021.
4. Hussein R, Khakoo R, Hobbs G. Hand hygiene practices in adult versus pediatric intensive care units at university hospital before and after intervention. *Scand J Infect Dis*. 2007;39(6-7):566-70
5. Valencia-Ramos J et al. Características de lavado de manos en el personal de salud hospitalario. *Bolivia Clínica*. 2002. Disponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art4.pdf
6. Curtis C. Effect of washing hands with soap on diarrhea risk in the community. *Systematic*. 2003;3(5):275-81.
7. Mathai A, Kilpatrick B, Pittet D. Prevention and control of health care-associated infections through improved hand hygiene. *Indian Journal of Medical Microbiology*. 2010;28:100-106.
8. Unicef. Fondo de las naciones unidas para la infancia. El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada. Informe sobre los progresos de 2013. Resumen ejecutivo.
9. Naciones Unidas. Informe objetivos desarrollo del milenio 2013.
10. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas.
11. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas 2012-2016. p 47.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo ASIS. Análisis de situación en salud regiones Colombia. 2013.
13. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Viceministerio de Agua y Saneamiento. Programa de lavado de manos con jabón en Colombia.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2012-2021.
15. Aliño M, Navarro R, López J, Pérez I. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Rev Cubana Pediatr*. 2007;(4):4.
16. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Secretaría General. Proyecto de Acuerdo 260 de 2010. Concejo de Bogotá D.C.
17. López C, Quintero PF, Neumark Y. Importancia del lavado de manos en la población escolar. Braun School of Public Health, Hebrew University-Hadassah, Jerusalem Israel. *American Journal of Public Health*. 2009.
18. Álvarez C, Cortés J, Gómez et al. Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. 2010.
19. Biblioteca virtual en salud. Descriptores de ciencias de la salud. Incidencia. Disponible en: www.decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decs-server/.

Violencia durante el embarazo: consecuencias maternas, fetales y neonatales: una revisión sistemática de la literatura

Rosa María Dos Santos Moreira¹²

Resumen

Introducción: la violencia contra las mujeres a nivel mundial es un problema de salud pública con un impacto en las conductas de riesgo, el bienestar mental y físico. Durante el embarazo, la prevalencia, genera una mayor preocupación asociada con consecuencias adversas en la salud materna y fetal. **Objetivo:** identificar las principales complicaciones maternas, fetales y neonatales que resultan de la violencia infligida por la pareja durante el embarazo. **Métodos:** revisión sistemática de la literatura entre 2000 y 2010, utilizando el método PI [C] OS – (P) Participantes, (I) Intervenciones, (C) Comparación, (O) Resultados, (S) Diseño del estudio. En total, se encontraron 437 artículos, entre los cuales se seleccionaron 37 estudios primarios. Después de analizados según los criterios de selección, se seleccionaron ocho estudios para incluir en esta revisión. **Resultados:** las consecuencias de la violencia infligida por la pareja durante el embarazo, conducen a una serie de problemas psicológicos (estrés, depresión posparto) y sociales (tabaco, alcohol, drogas ilícitas). En la salud reproductiva, los problemas fueron: embarazos no deseados, vigilancia prenatal ausente o tardía, tendencia a la paridad elevada, menor aumento de peso durante el embarazo, sangrado genital, ruptura temprana de membranas, trabajo de parto falso, disminución de los movimientos fetales, parto prematuro, hipertensión,

¹² Máster en Enfermería del Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar. Doctora de la Universidad de Porto Portugal. Estudiante de Doctorado en Enfermería en el Instituto de Ciencias de la Salud de Lisboa de la Universidad Católica Portuguesa. Profesora adjunta en la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra. Especialista en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia. Correo electrónico: rosa@desenfc.pt

preeclampsia, diabetes gestacional, obesidad posparto, anemia, infecciones del tracto urinario, dolores y vómitos, entre otros. Entre las complicaciones neonatales, se encuentran: bajo peso al nacer, recién nacido pequeño para la edad gestacional, prematuridad y muerte neonatal. Conclusiones: los resultados mostraron preocupantes dimensiones de la prevalencia de la violencia infligida por la pareja durante el embarazo. Las consecuencias maternas, fetales y neonatales refuerzan la necesidad de prestar atención a este fenómeno en el período prenatal, ya que la violencia durante el embarazo puede constituir un factor de riesgo en la salud de la mujer, del feto y del neonato.

Palabras clave

Violencia doméstica, complicaciones del embarazo, desarrollo fetal, recién nacido.

Introducción

La violencia contra las mujeres es reconocida en todo el mundo como un problema de salud pública. En el informe mundial sobre la violencia y la salud (1), en 48 estudios realizados en todo el mundo, se encontró que cerca del 69 % de las mujeres fueron abusadas por su pareja en algún momento de sus vidas. El impacto en la salud es profundo, con consecuencias sobre el bienestar físico, psicológico y adopción de comportamientos de riesgo como el tabaquismo, la inactividad física, consumo excesivo de alcohol y sustancias ilícitas. La alta prevalencia de la violencia durante el embarazo (física, psicológica y sexual) trae una mayor preocupación, ya que se ha asociado con efectos adversos sobre la salud física, mental y reproductiva de

las mujeres, así como en la salud del feto, lo que contribuye al aumento de mortalidad materna, perinatal y neonatal (1).

En Portugal existe una creciente preocupación acerca de la violencia doméstica, pero rastreos sistemáticos no son todavía una realidad, se desconocen los datos nacionales sobre la prevalencia de este fenómeno durante el embarazo. Se reconoce la importancia de la participación de los servicios de salud en la identificación de casos de violencia doméstica, así como la necesidad de formación de profesionales de la salud y la reorganización de las prácticas de atención (2). Es considerado como fundamental el aumentar la sensibilización de los profesionales de la salud para este fenómeno, poniendo de relieve las consecuencias para la salud reproductiva.

Tabla 1. Los criterios de selección de los estudios incluidos en esta revisión

Criterios de selección*	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Participantes	Embarazadas	No embarazadas
Intervenciones	Afectadas por violencia infligida por la pareja	Afectadas por otros tipos de violencia
Resultados	Complicaciones maternas y fetales, perinatales y neonatales	Complicaciones maternas después del parto
Diseño del estudio	Estudios cuantitativos en texto completo	Estudios cualitativos, resúmenes de cualquier tipo de estudio, tesis disertaciones, estudios de revisión de la literatura (metasíntesis/meta-análise).

* Se muestran los criterios de exclusión y de inclusión de los estudios incluidos en esta revisión, de conformidad con el método PI[C]OS.

Así, la pregunta de investigación es: ¿cuáles son las complicaciones maternas, fetales y neonatales provocadas por la violencia infligida por la pareja durante el embarazo?

Métodos

Revisión sistemática de la literatura entre 2000 y 2010, utilizando el método PI[C] OS – (P) Participantes, (I) Intervenciones, (C) Comparaciones; (O) Resultados; (S) Diseño del estudio (3). Para

una selección de artículos, se definieron previamente los criterios de inclusión y exclusión que guiaron la selección de los estudios incluidos en esta revisión que se encuentran en la tabla 1.

La encuesta se realizó en las bases de datos de Google Académico y plataforma B-On para acceso a los recursos: annual Reviews, Elsevier – Science Direct (Freedom collection), Springer Link (Springer/Kluwer), Wiley Interscience

(Wiley), Academic Search Complete (EBSCO), Pubmed, Web of Science (ISI), Current Contents (ISI), ISI Proceedings (ISI) e Repositorio Científico de Acceso Abierto de Portugal (RCAAP).

La investigación se llevó a cabo en los idiomas portugués e inglés. Para buscar en Google Académico, se usaron los siguientes descriptores: complicaciones maternas, resultados perinatales, embarazo, violencia durante el embarazo. Para buscar en plataforma B-on se usaron: maternal complications, birth outcomes, pregnancy, domestic violence, violence during pregnancy.

En total se obtuvieron 437 artículos. De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 37 estudios primarios y, después de analizar a fondo los resultados, fueron seleccionados 8 estudios para incluir en esta revisión. Un resumen de los trabajos científicos seleccionados se presenta en la tabla 2.

Resultados

Después de examinar los estudios, se encontró que todos los seleccionados son estudios epidemiológicos transversales. Con respecto al país, la mayoría de los 83 estudios se han realizado en los Estados Unidos (cuatro), seguido de Brasil (dos), Inglaterra (uno) y Portugal (uno).

Respecto a los participantes en el estudio que fueron seleccionados, el número varió desde 85 hasta 2.660 participantes. La prevalencia de la violencia infligida por la pareja durante el embarazo apareció en todos los estudios con mayor o menor expresividad.

Para identificar a las mujeres víctimas de violencia, se reunió relevancia en el uso de dos instrumentos específicos, siendo la Abuse Assessment Screen (AAS) predominante (4-7). Este instrumento fue desarrollado en Estados Unidos en 1989, se dirige específicamente a rastrear la violencia contra las mujeres durante el embarazo (6).

La Conflict Tactics Scale (CTS) también se utilizó en un estudio (8) para identificar la violencia en la pareja. En otro estudio (10), se utilizó la versión completa revisada de la Conflict Tactics Scale (CTS2). Las consecuencias maternas de la violencia infligida por la pareja durante el embarazo llevan a una serie de factores de riesgo que se sabe que tienen un impacto significativo en el bienestar físico, psicológico y social de la mujer. Se encuentran efectos psicológicos como el estrés (8, 10), los trastornos de estrés postraumático (11) y el riesgo de depresión posparto (5, 6). Las consecuencias sociales se centran en la adopción de conductas de riesgo antes y durante el

embarazo, incluyendo el uso de sustancias nocivas, como el tabaco y las drogas ilícitas (5, 7, 9) y el consumo de alcohol (7, 9). Estas mujeres tienden a embarazos no planificados y a la vigilancia prenatal ausente o inicio tardío, así como existe una tendencia para alta paridad (7), y peor historia de salud obstétrica (5).

En cuanto se refiere a las consecuencias relacionadas con el embarazo actual, los resultados mostraron cambios en el aumento de peso. En su mayor parte, en las mujeres víctimas se observa una disminución de la ganancia de peso durante el embarazo (7) y la tendencia a desarrollar obesidad después del parto (9).

Aunque no existe una asociación significativa entre las complicaciones obstétricas y la violencia, la mayoría de las mujeres reportaron experiencias de violencia doméstica. Se identificó sangrado genital, ruptura prematura de membranas (RPM), falso trabajo de parto, disminución de los movimientos del feto, parto prematuro, hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional, anemia, infección urinaria, dolores (dolor abdominal, dolor de espalda, dolor de cabeza) y vómitos (5). También se han encontrado otras enfermedades no específicas (5, 7).

En relación con las consecuencias fetales, perinatales y neonatales, se evidencia disminución de peso al nacer (8), recién nacido pequeño para la edad gestacional, parto prematuro (7) y muerte neonatal (4).

En la Tabla 2, son presentados los datos relevantes de los estudios seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión referidos en la metodología.

Discusión

Las dimensiones de la prevalencia de violencia durante el embarazo perpetuada por la pareja, apareció prominentemente en varios estudios y ha sido objeto de atención por parte de la OMS (1). Este fenómeno exige atención sobre las consecuencias en la salud de las víctimas. Con respecto al período prenatal, los resultados encontrados en esta revisión muestran la mayor tendencia entre las víctimas para una inadecuada vigilancia de la salud en este período, donde la adopción de estilos de vida poco saludables, como el consumo de sustancias nocivas, no contribuyen en nada para la salud materna y fetal.

Tabla 2. Resumen de los datos relevantes de los estudios seleccionados

Autor/año/país participantes	intervenciones	resultados	Diseño
(7) (2008) Portugal 2660 mujeres (257 víctimas de la violencia por su pareja durante el embarazo).	Estudiar la relación entre el abuso físico durante el embarazo y el parto prematuro.	Parto prematuro más común en las mujeres víctimas de maltrato físico. Predisposición a la paridad elevada, el embarazo no planificado y vigilancia prenatal ausente o tardía, baja ganancia de peso, tabaquismo, consumo de alcohol y uso de drogas ilícitas durante el embarazo. Mayor frecuencia de sangrado genital. Recién nacido pequeño para la edad gestacional.	Transversal
(9) (2007) USA 104 mujeres (84 víctimas de la violencia por su pareja durante el embarazo)	Examinar la prevalencia de los diferentes tipos de violencia durante el embarazo y su asociación con comportamientos negativos para la salud.	Las mujeres víctimas de violencia eran menos propensas a dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco durante el embarazo, el aumento de consumo de otras sustancias y drogas ilícitas y menos propensas a iniciar la supervisión de la atención prenatal en el 1er trimestre. El desarrollo de la obesidad, fue el doble en las mujeres víctimas.	Transversal

<p>(8) (2002) USA 808 mujeres (111 víctimas de la violencia durante el embarazo)</p>	<p>determinar la asociación entre el abuso físico, el estrés y el peso al nacer.</p>	<p>El estrés debido al abuso durante el embarazo se asocia con bajo peso al nacer y el peso medio más bajo al nacer, después de ajustar las variables de comportamiento, psicosociales, demográficas y médicas.</p>	<p>Transversal</p>
<p>(11) (2004) USA 85 mujeres (59 con experiencia traumática violenta, entre los cuales 8 sufrieron maltrato por su pareja durante el embarazo)</p>	<p>Examinar la experiencia de las mujeres embarazadas con el trauma y los trastornos de estrés postraumático.</p>	<p>Las mujeres traumatizadas mostraron altos niveles de síntomas de trastornos de estrés, trastorno de estrés postraumático durante el embarazo con un 58 % de las mujeres con criterios diagnósticos del estrés post traumático.</p>	<p>Transversal</p>

<p>(5) (2004) Inglaterra 200 mujeres (94 Embarazadas y 106 después del parto, 47 de las cuales fueron víctimas de violencia por su pareja)</p>	<p>Examinar la prevalencia de la violencia doméstica y su asociación con complicaciones obstétricas y la salud psicológica.</p>	<p>Las víctimas con mayor predisposición a fumar antes y/o durante el embarazo actual, y el uso de drogas ilícitas. Asociados con antecedentes de violencia doméstica muestran niveles elevados de depresión posparto, la presencia de complicaciones obstétricas (pobre historia obstétrica, dolor abdominal, sangrado antes de 37 semanas, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto falso, parto pretérmino (no inducido e inducido), disminución de los movimientos fetales, hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional) y otros (dolores de espalda, vómitos, dolor de cabeza, anemia, infección de las vías urinarias).</p>	<p>Transversal</p>
<p>(6) (2007) Brasil 133 mujeres (54 sufrieron violencia doméstica y durante el embarazo actual 5 fueron agredidos por su pareja)</p>	<p>determinar la frecuencia de riesgo para la depresión posparto y factores asociados.</p>	<p>Observado asociación entre la aparición de la violencia doméstica y el riesgo de depresión postparto.</p>	<p>Transversal</p>

<p>(10) (2010) USA 1522 mujeres embarazadas víctimas de violencia doméstica en el embarazo actual</p>	<p>Identificar los factores asociados con el estrés prenatal alto.</p>	<p>La violencia doméstica se asoció significativamente con un alto estrés psicosocial.</p>	<p>Transversal</p>
<p>(4) (2003) Brasil 420 mujeres (13,1 % fueron víctimas de la violencia por su pareja el año pasado antes del embarazo y 7,4 % durante el embarazo)</p>	<p>determinar la prevalencia de la violencia física, el estudio de los factores de riesgo y los resultados perinatales asociados.</p>	<p>Entre los resultados perinatales, es alta la frecuencia de muerte neonatal entre las víctimas de la violencia.</p>	<p>Transversal</p>

La violencia física infligida por la pareja durante el embarazo puede ser un factor de riesgo, ya que puede conducir a la poca adherencia a los servicios de salud para la vigilancia del embarazo y por lo tanto aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo (12). Estos datos, junto con la falta de una planificación adecuada de embarazos, dejaron abierta la posibilidad de que en el período preconcepcional, se combinan condiciones adversas para el desarrollo embrionario sano.

Alta paridad encontrada entre las mujeres víctimas (7), es lo que se ha encontrado en otros estudios (13,14) en los que la falta de planificación del embarazo surge relacionado con dificultades en la adopción de medidas anticonceptivas, lo que resulta en menos autonomía por parte de las mujeres en la negociación dentro de la relación conyugal.

Las complicaciones maternas, perinatales y neonatales que se encuentran en los estudios analizados están de acuerdo con lo que ya ha sido identificado por la

OMS (1), manteniendo la evidencia de la necesidad de la identificación temprana de los factores de riesgo, en el que la violencia familiar se constituye como un factor de riesgo asociado.

Para obtener las respuestas apropiadas de los profesionales de la salud, será fundamental la detección precoz de factores de riesgo para el embarazo donde la violencia infligida por la pareja se asume como relevante. Por otro lado, los profesionales deben estar preparados para intervenir con calidad, tanto en la identificación de la violencia doméstica ya sea en la provisión de recursos y soluciones destinadas a mejorar las condiciones de salud de las víctimas. Ha habido una creciente preocupación por la denuncia de la violencia (15), se destacando la importancia de la capacitación en el cuestionamiento de la existencia de la violencia

(5), lo que pone de relieve el trabajo ya realizado por matronas y enfermeras de salud pública (16) con resultados efectivos en la implementación de programas a los tres niveles de intervención.

El desafío de la OMS (17) para vigilar este fenómeno y para comparar los indicadores a nivel nacional e internacional, a fin de calificar las intervenciones con el fin de reducir su impacto, es de importancia extrema, ya que en Portugal no se conocen rastreos sistemáticos de este fenómeno por parte de los servicios de salud. Se subraya la necesidad de mantener la investigación sobre el fenómeno de la violencia en el embarazo, con énfasis en la producción de indicadores a través de un seguimiento sistemático, lo que permite una comparación con los indicadores nacionales e internacionales.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
2. Andrade C, Fonseca R. Considerações sobre violência doméstica, género e o trabalho das equipes de saúde da família. Ver *Escuela de Enfermería USP*. 2008;42(3):591-595.
3. Ramalho, A. Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem meta-análise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau; 2005.
4. Menezes T, Amorim M, Santos L, Faúndes A. Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. *RBGO*. 2003;25(5):309-316.
5. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2004, 113.
6. Mattar R, Silva E, Camano L, Abrahão A, Colás O, Neto J. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. Ver *Bras de Ginecol Obstet*. 2007;29(9):470-477.
7. Rodrigues T, Rocha L, Barros H. Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:171.
8. Altarac M, Strobino D. Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birth weight. 2002;57(4):208-214.
9. Bailey B, Daugherty R. Intimate partner violence during pregnancy: Incidence and associated health behaviors in a rural population. *Matern Child Health Journal*. 2007;11:495-503.
10. Woods S, Melville J, Guo Y, Fan M, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202:61-62.
11. Harris-Britt A, Martin S, Li Y, Casanueva C, Kupper L. Posttraumatic stress disorder and associated functional impairments during pregnancy: some consequences of violence against women. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2004;11(4):253-264.
12. Moraes C, Arana F, Reichenheim M. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44 (4): pp. 667-676.
13. Durand J, Schraiber L. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(3):310-322.
14. Persily C, Abdulla S. Domestic violence and pregnancy in rural West Virginia. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 2000;1(3):11-20.
15. Bullock L, Bloom T, Davis J, Kilburn E, Curry M. Abuse disclosure in privately and Medicaid-Funded Pregnant Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2006;51(5):361-369.
16. Jack S, DiCenso A, Lohfeld, L. A theory of maternal engagement with public health nurses and family visitors. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;49(2):182-190.
17. World Health Organization. Violence Prevention: The evidence: Overview. Geneva. World Health Organization; 2003.

Estudio comparativo de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá entre el año 2011 y 2012

María Elena Reyes Ortiz¹³

Resumen

Objetivo: comparar la violencia intrafamiliar, infantil y sexual en las veinte localidades de la ciudad de Bogotá en los años 2011 y 2012. **Materiales y métodos:** estudio observacional comparativo descriptivo. La población objeto de estudio fueron las personas víctimas notificadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM) en el distrito capital en los años 2011 y 2012. Para cada tipo de violencia, las variables del estudio fueron: sexo, estado civil, escolaridad, tipo de usuario, localidad, tipo de violencia, lugar de ocurrencia, secuelas, gestante, persona en condición de discapacidad, género del agresor, y relación con el agresor. **Instrumento:** programa de Microsoft Excel versión 2010. **Resultados:** para el análisis de la información, se aplicaron medidas de estadística descriptiva como tendencia central (media) y medidas de frecuencia (proporción). Las diferencias encontradas entre la violencia física, emocional y sexual entre los años 2011 y 2012 fueron las siguientes: en la violencia física, en el 2011 los mayores casos se presentaron en el régimen subsidiado (45,7 %), mientras que en el 2012 los mayores casos se presentaron en el régimen contributivo (50,7 %). En el 2011 se presentaron más casos de violencia en la gestante en la localidad de Suba (13,7 %), mientras que en el 2012 fue la localidad de Ciudad Bolívar la de mayor número casos (12,6 %). En el 2011 las localidades que presentaron mayor número

¹³ Enfermera de la Universidad de Cundinamarca. Especialista en Epidemiología de la Fundación Universitaria del Área Andina. Coordinadora PYP CEMDI IPS mero326@hotmail.com

de casos de violencia física en población en condición de discapacidad fueron Engativá (13,9 %) y Usaquén (13,9 %), mientras que en el 2012 fue la localidad de San Cristóbal (18,3 %). En la violencia emocional, en el 2011 la localidad de Ciudad Bolívar (17,1 %) presentaba el mayor número de casos de violencia en personas en condición de discapacidad, mientras que en el 2012 este lugar lo ocupa la localidad de Engativá (20,6 %). En la violencia sexual, aumentaron los casos en personas pertenecientes al régimen contributivo, pues en el 2011 el porcentaje de casos era del 36,6 % mientras que en el 2012 fue del 51 %. En el 2011, la localidad que presentó más casos de violencia emocional en las gestantes fue Bosa (24,7 %), mientras que en el 2012 fue Ciudad Bolívar con 15 % de los casos. La localidad con más casos de violencia emocional en personas en condición de discapacidad en el 2011 fue Ciudad Bolívar (20 %), y en el 2012 fue la localidad de Bosa (21,3 %).

Conclusiones: se evidencia que la mujer es la principal víctima de los diferentes tipos de violencia presentada en la ciudad de Bogotá en los años 2011 y 2012, teniendo relación con estudios internacionales, donde la violencia contra la mujer es especialmente ejercida por su pareja y constituyéndose un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. En cuanto los grupos étnicos, la población infantil es la más afectada, teniendo en cuenta que son un grupo dependiente de sus cuidadores, siendo estos los principales victimarios. Para todos los tipos de violencia estudiados, el lugar en el cual más se ejerce la violencia es el hogar, con porcentajes superiores al 90 %. Se observan diferencias en variables como el tipo de aseguramiento, la gestante, persona en condición de discapacidad y relación con el agresor en cada tipo de violencia.

Palabras clave

violencia sexual, violencia física, maltrato a los niños, violencia contra la mujer, mujeres embarazadas, régimen de seguridad social, discapacidad.

Introducción

Según Dalhberg (1) (11), la violencia siempre ha estado presente desde en la humanidad y sus efectos se pueden ver día tras día, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. La violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años. Los costos de la violencia pueden llegar a sobrepasar los miles de millones de dólares cada año; expresados en asistencia sanitaria, días laborables perdidos, medidas para hacer cumplir las leyes e inversiones malogradas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) (23), a pesar de que la violencia siempre ha estado presente, el mundo no tiene que aceptarla como una parte inevitable de la condición humana, por ello, a través del tiempo han surgido sistemas tanto religiosos, filosóficos, jurídicos como comunales que buscan prevenirla o limitar su aparición; pero infortunadamente ninguno ha sido completamente exitoso. Desde principios de los años ochenta, el campo de la salud pública ha pasado a ser un recurso valioso en la respuesta a la violencia.

La violencia en la ciudad de Bogotá y, específicamente, la violencia intrafamiliar, infantil y sexual se ha configurado como eje central del abordaje de políticas y acciones encaminadas a su prevención y atención. Sin embargo, es preciso que una temática como la violencia intrafamiliar, infantil y sexual en la ciudad de Bogotá no sólo sea descrita a partir de sus múltiples características, sino que debido a la diversidad de espacios de la ciudad ubicados en sus variadas localidades, se pueda desarrollar un estudio que permita comparar las expresiones de la violencia dentro de estos espacios cotidianos, relacionados y que adquieren significados para las víctimas.

El presente estudio toma como base una investigación realizada por Flórez y González titulado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011”, donde se describe la violencia desde los aspectos más relevantes en relación con el ser humano y la ciudad de Bogotá. Con esto, se busca realizar un acercamiento al fenómeno de la violencia, desde los eventos registrados por entes de operación y control de salud pública en diferentes localidades de la ciudad. Además, en este estudio se busca comparar y ver los cambios y comportamientos que potencial-

mente tiene la violencia en dos periodos de tiempo. Se espera que, con esto, se logre realizar una reflexión cuantitativa de los efectos potenciales que han tenido las acciones de control para la prevención de la violencia en Bogotá.

Bajo la convicción social de que no se deben escatimar esfuerzos en la búsqueda de planes y políticas de salud pública encaminadas a la detección de factores de riesgos y acciones de prevención de la violencia, este estudio busca fomentar de la evaluación de programas de promoción de la salud y prevención de la violencia de acuerdo con los hallazgos obtenidos.

Conceptos

Violentar: violentar es abusar de una fuerza, utilizarla de un modo dañoso, que perjudique a alguien o algo (3) (36).

Violencia intrafamiliar: es algún tipo de violencia presente entre las personas que tienen algún vínculo o parentesco e incluye por tanto, a diversas personas (4) (17).

Maltrato infantil: la OMS (5) (24) define el maltrato infantil como el abuso y desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que cau-

sen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño. (6) (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Abuso sexual: en la iniciativa de investigación sobre la violencia sexual de la Organización Panamericana de la Salud (7) (35) considera que la violencia sexual es todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Violencia emocional-psicológica: cualquier acción u omisión que provoque daño psíquico o emocional que afecte la autoestima de la persona, o que la limite para contar con el apoyo de los demás. Incluye una extensa gama de conductas como insultos, gritos, amenazas, acusaciones, intimidaciones, desvalorización, burla, críticas destructivas, indiferencia (8) (34).

Marco legal

- Ley 51 de 1981: convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (9) (28).

- Ley 12 de 1991: convención sobre los derechos del niño (9) (28).
- Ley 248 de 1995: convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (9) (28).
- Ley 1257 de 2008: normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres (10).
- Ley 1146 de 2007: prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual (11) (9).
- Decreto 3518 de 2006: sistema de vigilancia en salud pública (9) (28).

Materiales y métodos

Tipo de estudio: estudio observacional comparativo descriptivo.

Población y muestra: población notificada al sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM) en la ciudad de Bogotá en los años 2011 y 2012. Las medidas de tendencia central (media) y medidas de frecuencia (proporción) a los datos obtenidos de cada variable medible de la base SIVIM del 2012. Posteriormente, se realizó comparación de los datos obtenidos entre las variables del 2011

y 2012. Se realizó el análisis de los resultados cuantitativos de acuerdo con los marcos expuestos en el presente estudio.

Resultados y discusión

Violencia física

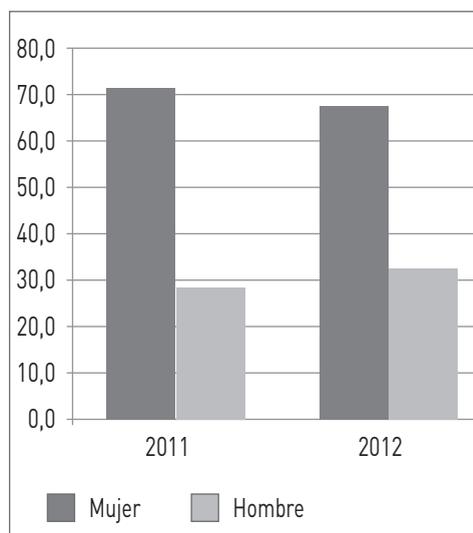


Figura 1. Distribución porcentual de casos de violencia física según sexo en Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

Las mujeres reciben en un 71,3 % violencia física, mientras que los hombres un 28,7 % en el año 2011. El 2012 las mujeres presentan en un 67,2 % vio-

lencia física y los hombres un 32,8 %; observándose que el comportamiento continúa casi igual.

De acuerdo con el estudio realizado en Colombia por medicina legal en el 2011 (12) (14), las mujeres representan el 88,4 %, siendo la víctima principal de la violencia intrafamiliar.

En el 2011, la localidad de Engativá era la localidad con mayor número de casos de violencia física, pero en el 2012 este lugar lo ocupa la localidad de Bosa. En el 2012, se observa una disminución significativa de los casos en la localidad de Engativá, pues en el 2011, los casos por violencia física entre los hombres eran del 18,45 % y para las mujeres 13,2 % y en el 2012 en los hombres es

10,6 % y en las mujeres es el 10,8 % de los casos.

Igual sucede con la localidad de Ciudad Bolívar, ya que en el 2011 los casos de violencia en hombres representaban el 11,6 % y en las mujeres el 10,8 %, mientras que en el 2012 los casos en los hombres representan el 8,6 % y en las mujeres el 10,3 %. En la localidad de Bosa no se observan cambios significativos. En la localidad de Antonio Nariño se observa un ligero aumento de los casos, pues en el 2011 los hombres representaban el 0,75 % y las mujeres el 0,52 %; y en el 2012, los hombres el 1,2 % y las mujeres el 1,1 % de los casos. En la localidad de Candelaria no se observan cambios significativos.

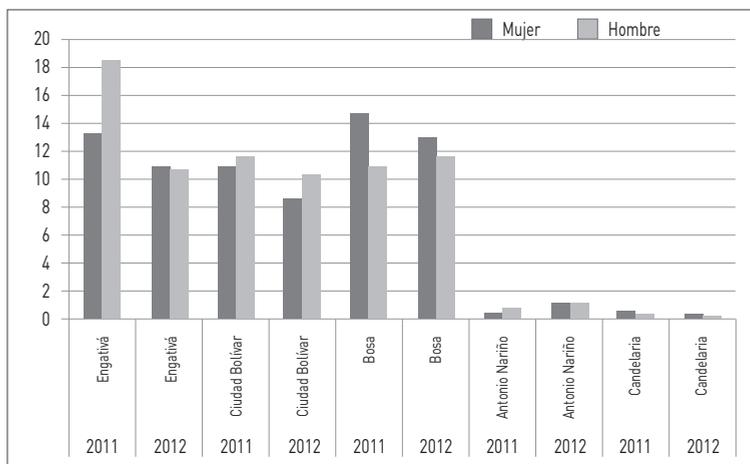


Figura 2. Distribución porcentual de casos de violencia física por localidad según sexo en Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

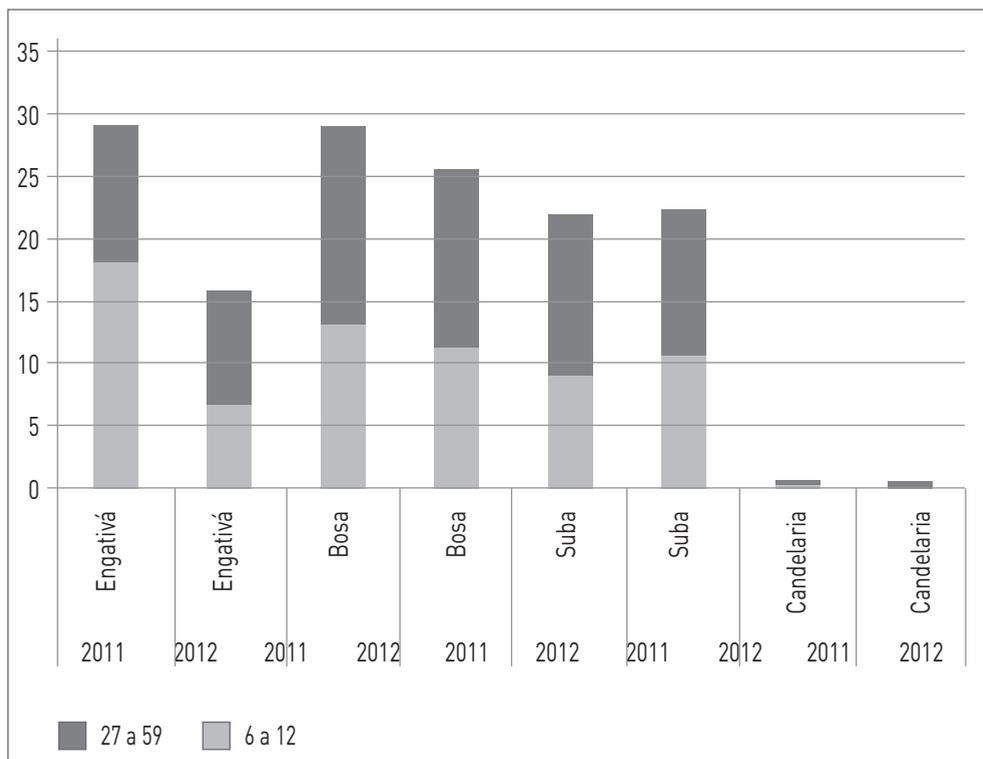


Figura 3. Distribución porcentual de casos de violencia física por localidad según grupo etáreo en Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

El grupo etáreo donde se presentó más violencia física fue en el de 27 a 59 años con 29,2 % y le siguió el de 6 a 12 años con 22,2 %. En el 2012 no hubo cambios, pues estos fueron los grupos con mayor número de casos, 30,5 % y 21,6 % respectivamente.

En el estudio realizado por medicina legal en Colombia, el rango de edad con mayor riesgo estuvo entre los 10 a

14 años, con 34,5 %, seguido del rango de 15 a 17 años con 25 %, viendo con el presente estudio el aumento de casos en el grupo de 27 a 59 años.

Los resultados encontrados concuerdan con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2) (23) que señala que a mayor edad de las mujeres, es mayor el riesgo de violencia física y para los hombres a menor edad mayor riesgo.

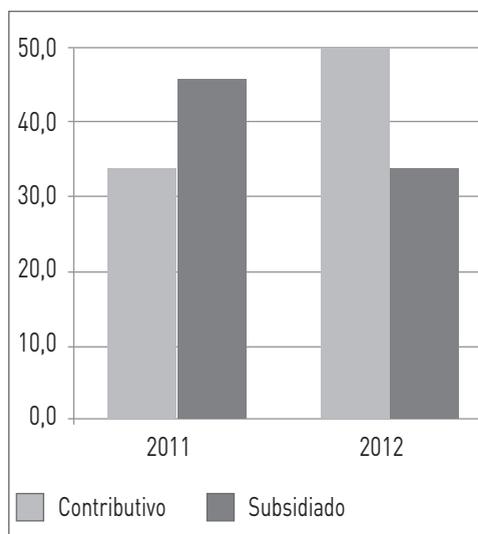


Figura 4. Distribución porcentual de casos de violencia física por localidad según aseguramiento en Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

En el año 2011, el régimen subsidiado presentó un 45,7 % de casos, mientras que el régimen contributivo un 33,6 %. En el 2012, el régimen subsidiado presentó un 33,7 % de casos mientras que el régimen contributivo un 50,7 %, evidenciándose un aumento de los casos en el régimen contributivo en 17,1 % y disminución en el régimen subsidiado en un 12 %.

En relación con el aseguramiento, el régimen contributivo es el de mayor

frecuencia de notificación, lo que contradice lo encontrado en los estudios del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE) de la Universidad de los Andes (13) (12), donde indican que ya sea a nivel individual o familiar; a menores ingresos o a menor capacidad económica mayor es el riesgo de violencia. (Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE–Universidad de los Andes, 2004). Aunque también es importante aclarar que con un salario mínimo se puede pertenecer al régimen contributivo.

En el 2011, el estado civil con mayor porcentaje es soltero(a) con un 62,6 %, seguido de la unión libre con un 21,1 %. En el 2012, esta tendencia prevalece, pues continúan siendo estos dos estados civiles los de mayor prevalencia en la violencia física. Lo que sugiere que las víctimas que refieren ser solteras no necesariamente están sin sostener algún tipo de relación o vínculo, lo que implicaría más bien que este tipo de relaciones no tienen permanencia en el tiempo, que no se encuentran formalizadas o que fueron formales en algún momento. Los otros estados no fueron tenidos en cuenta en la comparación debido a que los resultados no fueron significativos.

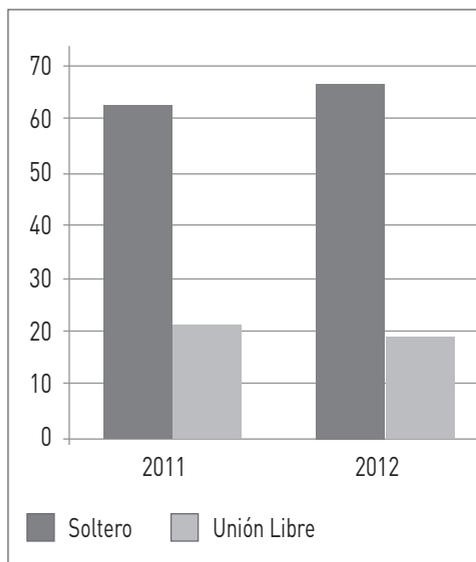


Figura 5. distribución porcentual de casos de violencia física según estado civil. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012

En el 2011, el grado de escolaridad secundaria incompleta es la de mayor porcentaje con un 35,8 % y continua primaria incompleta con un 22,5 %. En el 2012, fue del 29,7 % y 20,9 % respectivamente. Esta tendencia continúa, siendo estos dos grados de escolaridad los principales en la violencia física, viéndose la incidencia del bajo nivel educati-

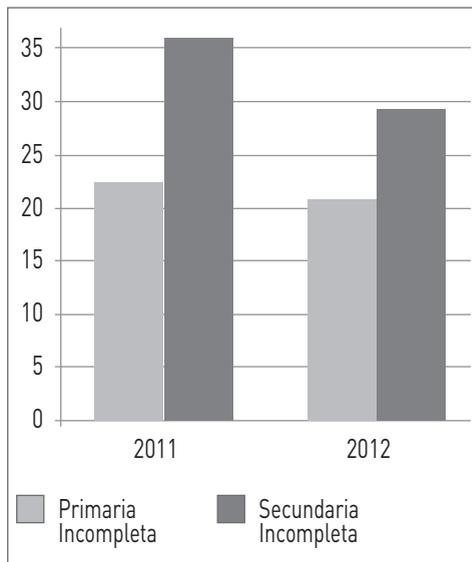


Figura 6. Distribución porcentual de casos de violencia física según escolaridad. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

vo en las víctimas, convirtiéndose en un factor de riesgo marcado.

En cuanto al estudio Forensis del 2011 (12) (14) sobre el nivel de estudio, se encuentra en primer lugar con un 35,7 % la categoría secundaria completa y en segundo lugar con un 16,9 % la categoría de secundaria incompleta.

Tabla 1. distribución porcentual de casos de violencia física según lugar de ocurrencia. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Lugar	2011	2012
Hogar	90,5%	90,1%
Vía pública	4%	5,1%

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el lugar de ocurrencia donde se presentan más casos de violencia física es el hogar con un 90,5 %, seguido de la vía pública con 4 %. En el 2012, continúan siendo estos dos los principales lugares de ocurrencia de la violencia física; lo que se relaciona con los resultados del Forensis: datos para la vida (12) (14), que ubica en primer lugar a la vivienda aunque el porcentaje varía, pues para el presente trabajo el porcentaje es mucho mayor. No se tuvo en cuenta los demás lugares debido a que los resultados arrojados no fueron significativos.

En el 2011, las secuelas con mayor porcentaje son del tipo otros con un 30,91 % pero al no estar especificadas

es relevante mencionar que las secuelas de tipo emocional como la tristeza y la angustia también son frecuentes con 22,8 % y 20,7 % cada una. En el 2012 continúan siendo estas secuelas las de mayor distribución porcentual en la violencia física. Esto significaría que las secuelas emocionales son las de mayor peso de acuerdo con el estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (23) que relaciona la violencia de pareja con la angustia emocional, siendo el llanto y la tristeza algunas de sus manifestaciones y concuerdan con quienes relacionan estos síntomas con el distrés y a su vez con los efectos de la violencia (4).

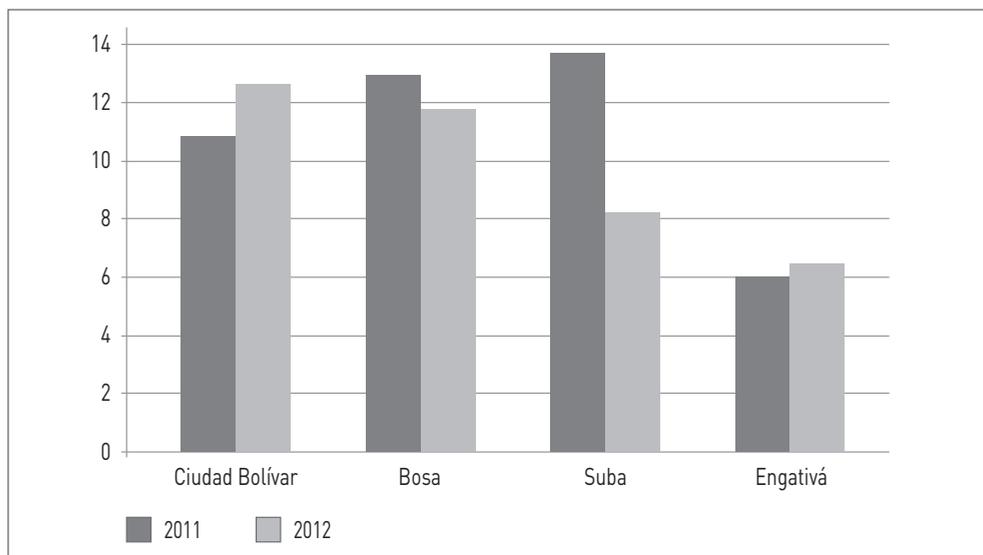


Figura 7. distribución porcentual de casos de violencia física por localidad en gestantes. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

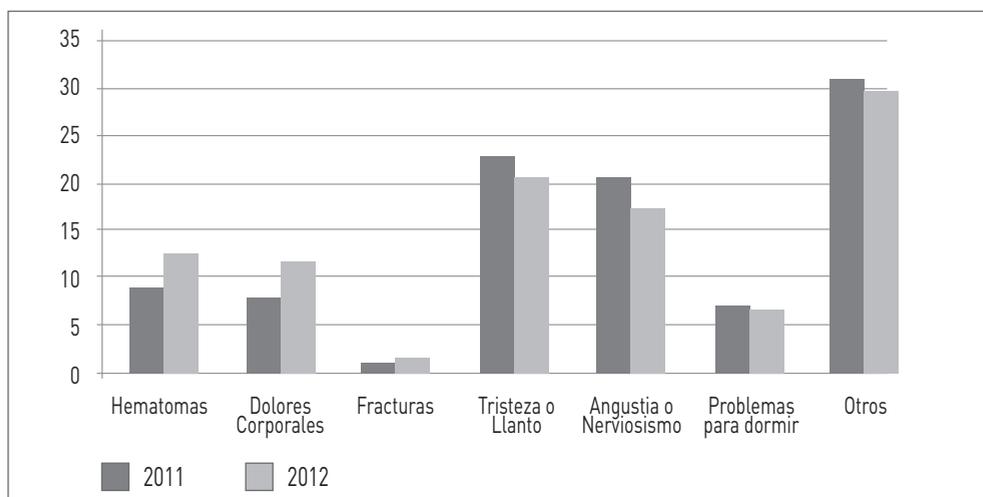


Figura 8. distribución porcentual de casos de violencia física según el tipo de secuelas. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el 4,8 % de casos de violencia física se presentan en mujeres gestantes, y en el 2012 fue del 4,5 %, observándose una no muy significativa disminución de los casos. En cuanto las localidades, en el 2012 las localidades de Ciudad Bolívar (12,6 %) y Kennedy (12,6 %) presentaron el mayor número de casos, mientras que en el 2011, fueron las localidades de Suba (13,7 %) y Ciudad Bolívar (10,9 %). De acuerdo con los análisis situacionales en salud elabo-

rados en el año 2012 por las localidades, se evidenció que las localidades con mayor número de embarazo en adolescentes son Ciudad Bolívar en primer lugar, seguido por la localidad de Kennedy. En relación con Cavanaugh, Messing, Del-Colle, O’Sullivan, & Campbell (14) (6) que acentúa la relación entre la violencia infligida por la pareja, este tipo de población requiere de una atención priorizada.

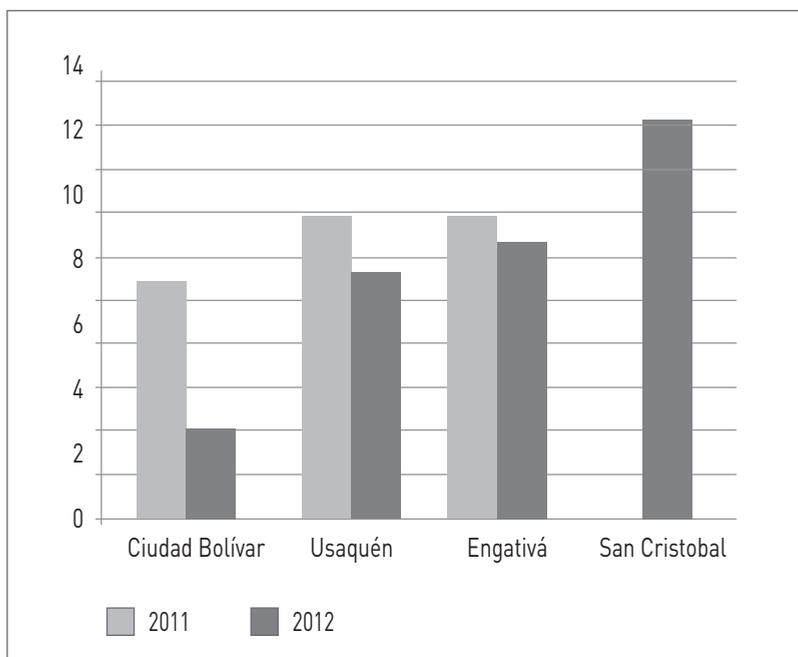


Figura 9. distribución porcentual de casos de violencia física por localidad en personas en condición de discapacidad. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el 1,75 % de los casos de violencia física se presentan en personas en condición de discapacidad, mientras que en el 2012 es del 1,3 %, observándose una leve disminución de los casos. En el 2011, las localidades de Ciudad Bolívar con un 10,9 %, Engativá con un 13,9 % y Usaquén con un 13,9 % son las que presentaron más casos de personas en condición de discapacidad con violencia física. En el 2012 fue la localidad

de San Cristóbal la que ocupó el primer lugar con el 18,3 % de los casos, seguida de Engativá con el 12,7 %.

En el diagnóstico local realizado en San Cristóbal en el 2011, se observó un aumento de la población discapacitada desde el 2008 gracias a la información proporcionada por el Registro de Localización y Caracterización de Población con Discapacidad implementado en la localidad desde el 2005.

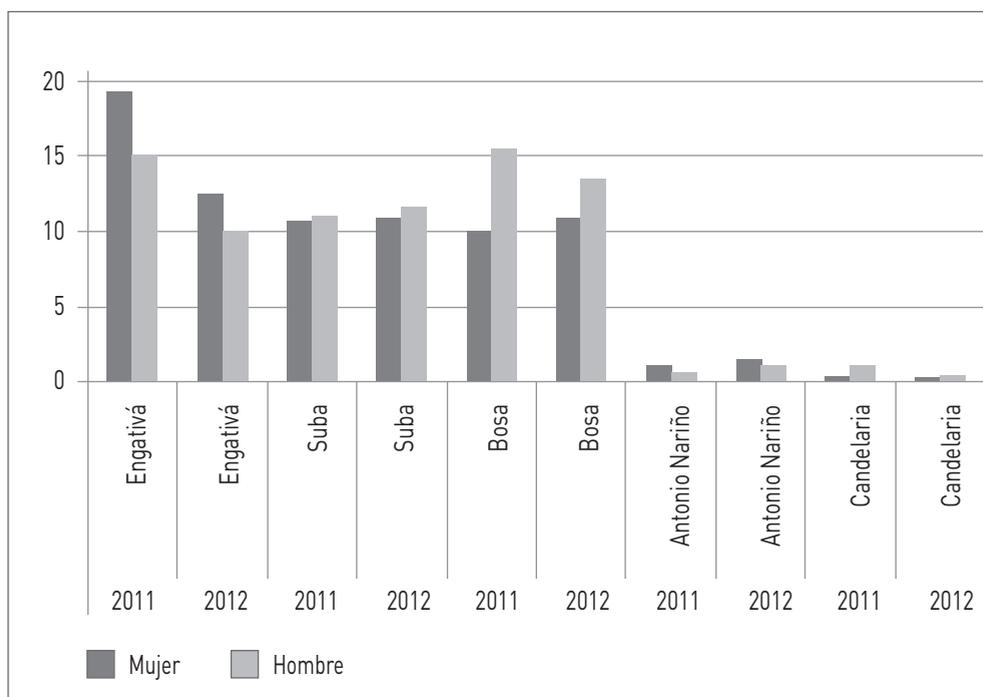


Figura 10. distribución porcentual de casos de violencia física por localidad según el género del agresor. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

La condición de discapacidad es un factor de riesgo para las tendencias o conductas suicidas, por ello la importancia de intervenciones oportunas en este grupo (14) (6).

En el 2011, los hombres con un 65,6 % son quienes más agreden físicamente. En el 2012, los hombres continúan siendo el mayor agresor con un 69,4 %, notándose un leve aumento de estos casos. La localidad cuyo agresor es más frecuentemente masculino es Bosa con un 15,5 % y la de menor es Antonio Nariño, con un 0,6 % en el 2011. En el 2012, continua Bosa siendo la localidad con mayor frecuencia de agresión masculina con el 13,5 % de los casos y la localidad de menor casos es Candelaria, con un 0,4 %.

Cuando el agresor es de género femenino, en el 2011 las localidades con más casos fueron Engativá con un 19,3 % y Suba con un 10,7 % y la de menor frecuencia es Candelaria con un 0,2 %. En el 2012, fueron Bosa con un 10,8 % y Suba con un 10,8% y la de menor frecuencia es Candelaria con un 0,1 %.

De acuerdo con el estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica (2) (23), se demuestra que el mayor agresor es de sexo masculino, así mismo se encuentra que para las mujeres adultas son sus parejas quienes más las agreden.

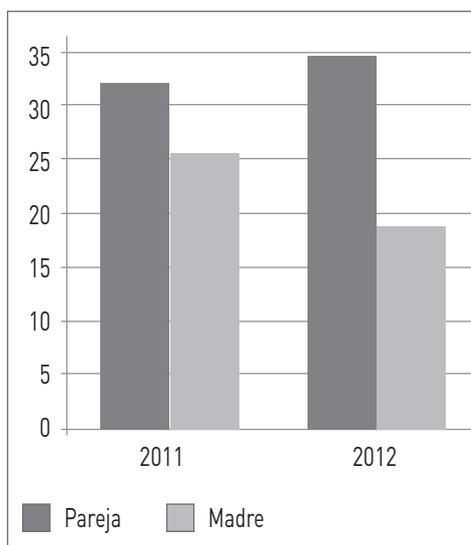


Figura 11. distribución porcentual de casos

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Florez y Base SIVIM 2012

En el 2011, la pareja y la madre son quienes más agreden físicamente con 32,2 % y 25,6 %, respectivamente. En el 2012, continúan estos dos siendo los que más agreden, observándose a su vez un aumento en el porcentaje de agresión por parte de la pareja (35,7 %) y una ligera disminución de la agresión por parte de la madre (18,8 %).

En el 2011, a los hombres los agreden más las madres con un 40,1 % y luego los padres con un 28,8 % y a las mujeres quienes más las agreden son sus parejas con un 42,8 % y después las

madres con un 19,7 %. En el 2012, esta tendencia permanece.

Con respecto a la relación con el agresor, se encuentra que para el grupo de niños menores de 18 años, la violencia es efectuada con mayor frecuencia por las madres en un 43,6 % y concuerda con el estudio del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes, (12) que señala que las madres son quienes emplean más castigo físico.

Así mismo, la OMS en el estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (5) (24) a través de información recolectada en diez países señala que entre un 15 % y 71 % de las mujeres que habiendo reportado pareja en algún momento de su vida habían sufrido de violencia física o sexual o ambas, donde se observan la influencia de factores sociodemográficos, culturales y económicos.

Violencia emocional

En el 2011, el régimen subsidiado presenta un 49,6 % de casos, mientras que el régimen contributivo un 27,8 %. En el 2012, la diferencia se acorta entre estos tipos de aseguramiento, con un 40,6 % para el régimen subsidiado y 38,8 % para el contributivo.

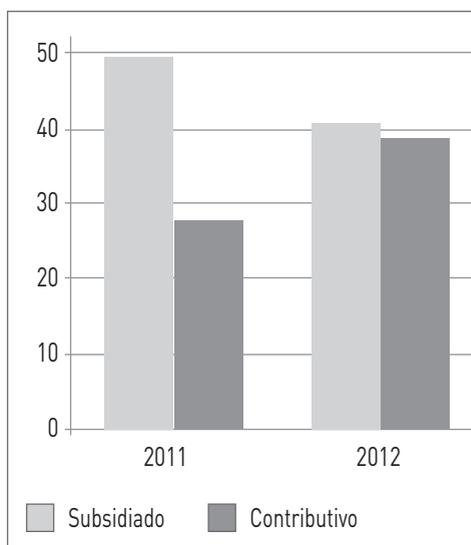


Figura 12. distribución porcentual de casos de violencia emocional según aseguramiento. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Florez y Base SIVIM 2012

En relación con el aseguramiento, el régimen subsidiado es el de mayor frecuencia de notificación, aunque le sigue muy de cerca el régimen contributivo. Esto sugiere que la condición económica podría ser un determinante para la violencia emocional y está relacionado con la teoría a través de los estudios del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes (13) (12), así como de

Kalaca y Dundar (15) (16) que indican que los ingresos económicos o la capacidad económica es un determinante de la violencia en tanto que a medida que son menor mayor es el riesgo de violencia.

En general, la dependencia económica determina las situaciones de violencia, por lo que los menores de edad dada su condición de dependencia económica son más vulnerables.

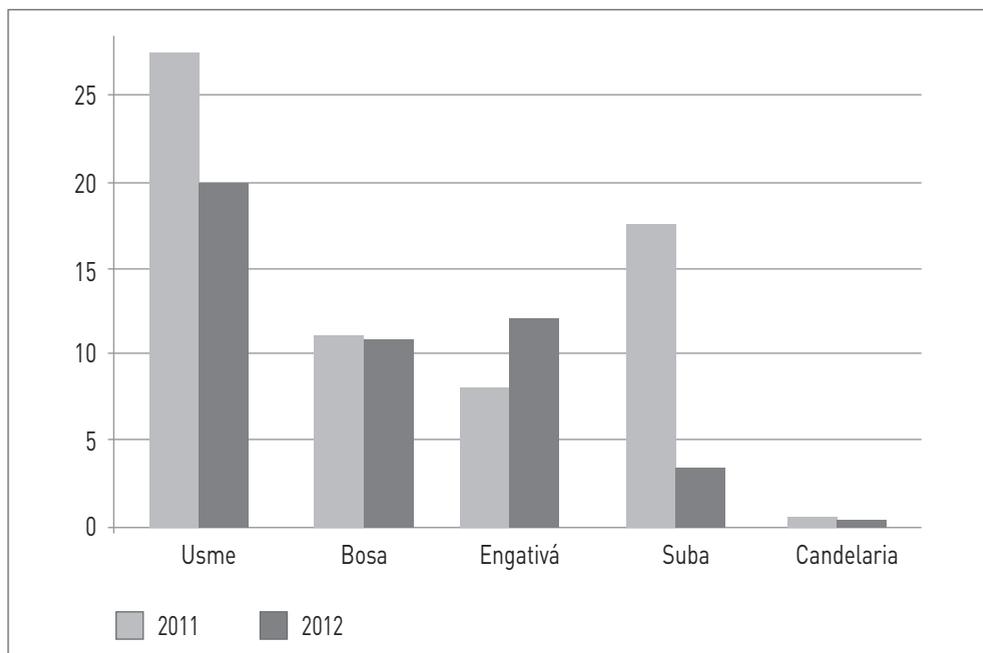


Figura 13. distribución porcentual de casos de violencia emocional por localidad en gestantes. Bogotá, Colombia, en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el 9,4 % de casos de violencia emocional se presentan en mujeres gestantes, mientras que en el 2012 disminuye al 8,8 % de los casos.

En el 2011, las localidades de Usme con un 27,6% y Suba con un 17,5% son

las que presentan más casos de gestantes con violencia emocional. En el 2012, Usme continúa ocupando el primer lugar con un 19,9 %, pero el segundo lugar lo ocupa Engativá con el 12 % de los casos.

De acuerdo con el análisis de situación en salud de suba, esta localidad ha presentado una disminución en la tasa de fecundidad desde el 2010, lo que se puede relacionar con la disminución de casos de violencia en esta población. En comparación con la violencia física, la violencia emocional aumenta en este grupo vulnerable de la sociedad.

En el 2011, el 2,78 % de los casos de violencia emocional se presentan en personas en condición de discapacidad.

En el 2012 disminuye a 2,3 %. En el 2011, las localidades de Ciudad Bolívar con un 17,1 % y Bosa con un 14,8 % son las que presentan más casos de personas en condición de discapacidad con violencia emocional. En el 2012, Engativá continúa ocupando el primer lugar con 20,6 % de los casos, evidenciándose un aumento considerable de estos. El segundo lugar lo ocupa la localidad de Usaquén con un 17,5 % de los casos notificados.

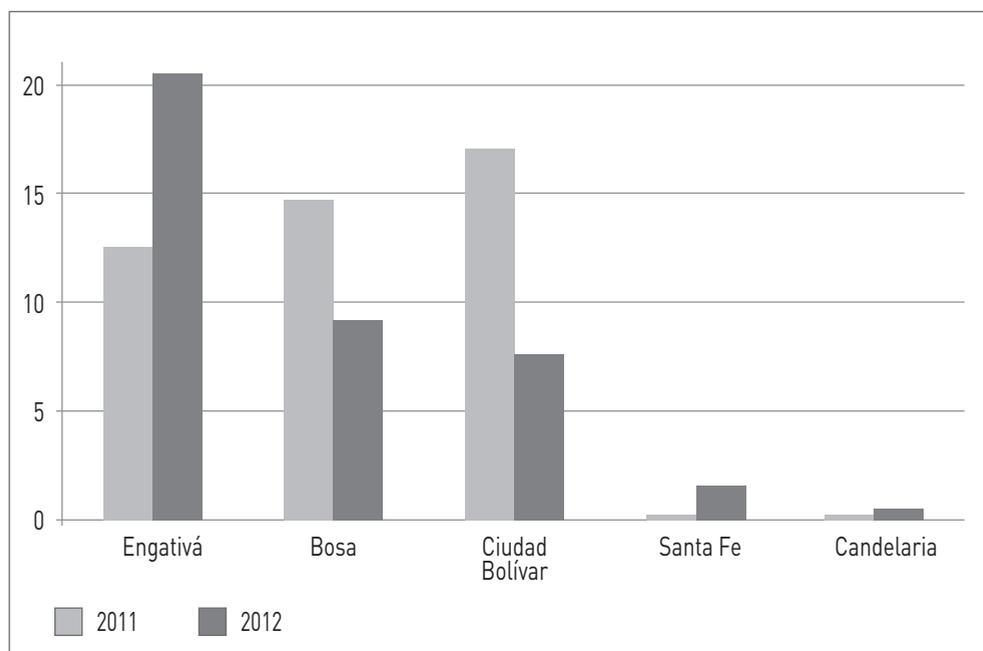


Figura 14. distribución porcentual de casos de violencia emocional por localidad en personas en condición de discapacidad. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

También se observa que este grupo vulnerable presenta mayor porcentaje en los casos de violencia emocional en comparación con la violencia física.

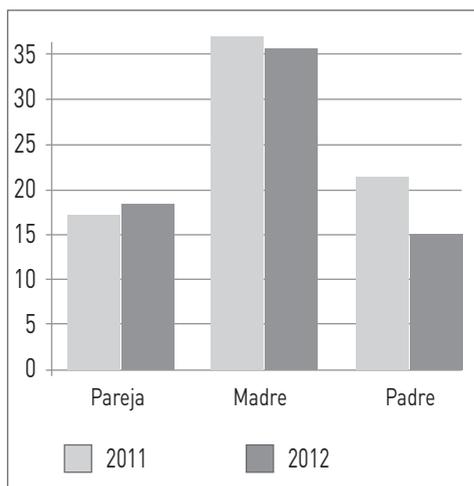


Figura 15. distribución porcentual de casos de violencia emocional según la relación con el agresor. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, la madre y el padre son quienes más agreden emocionalmente con 36,6 % y 21,5 % respectivamente, después continua la pareja con un 17,2 %. En el 2012, la madre continúa siendo la mayor agresora, con 35,8 %, pero el segundo mayor agresor pasa a ser la pareja con 18,3 %, seguido por el padre con 15,1 %.

Esto se relaciona con el resultado de los grupos étnicos, donde se evidencia que la población infantil es la más afectada, siendo su mayor agresor la madre. Lo anterior, concuerda con el estudio del Departamento Nacional de Planeación, Lo anterior, concuerda con el estudio del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes (13) (12) que señala que las madres son quienes emplean más castigo y se asocia con reprimendas verbales violentas.

Violencia sexual

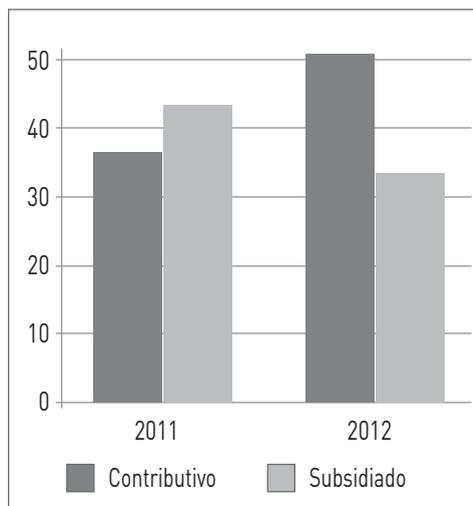


Figura 16. Distribución porcentual de casos de violencia sexual según aseguramiento. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en

las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba González y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el régimen subsidiado presenta un 43,5 % de casos mientras que el régimen contributivo un 36,6 %. En el 2012, esto cambia drásticamente, siendo el contributivo el de mayor porcentaje de casos con 51 %, siguiendo el subsidiado con el 33,4 %. Esto significa que no es un factor protector un mejor nivel económico, pues la violencia sexual no discrimina este tipo de condiciones.

Este resultado no coincide con la teoría establecida a través de los estudios del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios so-

bre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes (13) (12), así como de Kalaca y Dundar (15) (16) que indican que los ingresos económicos son factores individuales o familiares que aportan riesgo de sufrir violencia.

En el 2011, el 7,2% de casos de violencia sexual se presentan en mujeres gestantes. En el 2012, este porcentaje no varía (7,2 %). En el 2011, las localidades de Bosa con un 24,7% y Ciudad Bolívar con un 12,6 % son las que presentan más casos de gestantes con violencia sexual. En el 2012, Ciudad Bolívar pasa a ser la localidad con mayor número de casos (15 %), seguida de la localidad de Bosa (14,6 %).

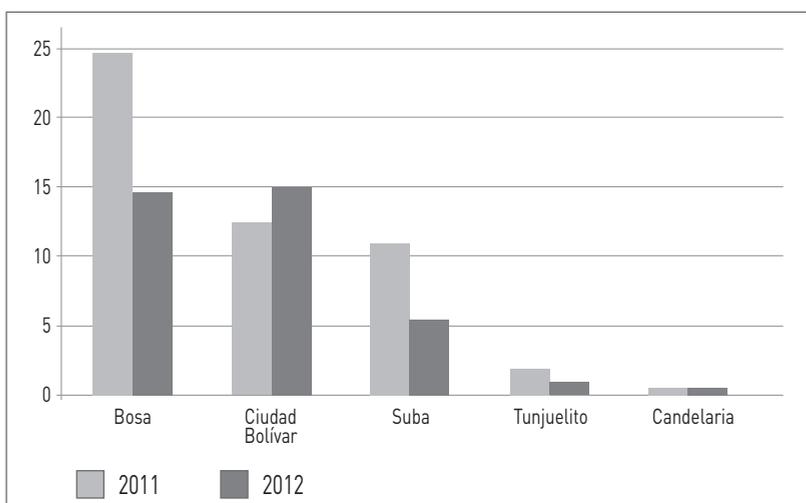


Figura 17. distribución porcentual de casos de violencia sexual por localidad en gestantes. Bogotá, Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

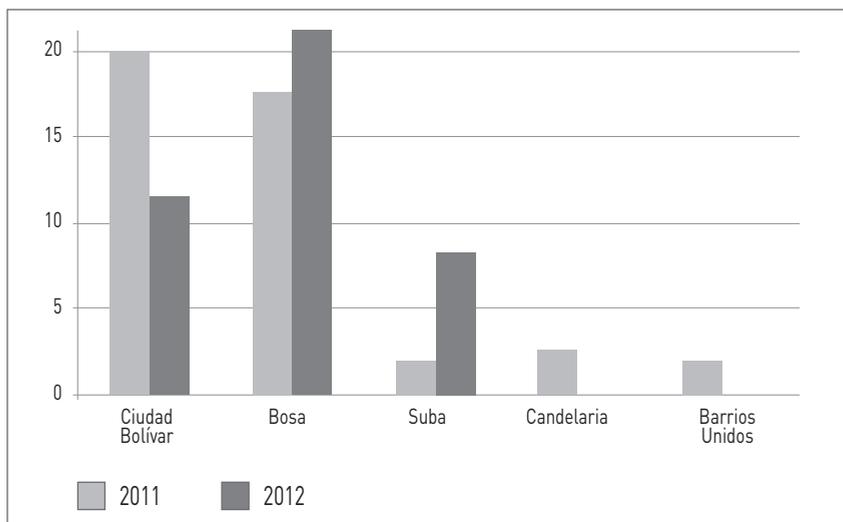


Figura 18. Distribución porcentual de casos de violencia sexual por localidad en personas en condición de discapacidad. Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el 2,04 % de los casos de violencia sexual se presentan en personas en condición de discapacidad. En el 2012 este valor no varía significativamente (2 % de los casos). En el 2011, las localidades de Ciudad Bolívar con un 20 % y Bosa con un 17,7 % son las que presentan más casos de personas en condición de discapacidad con violencia sexual. En el 2012, la localidad de Bosa pasa a ocupar el primer lugar (21,3 %), seguida de la localidad de Kennedy (18 %). Candelaria y Barrios Unidos no presentan casos para el 2012.

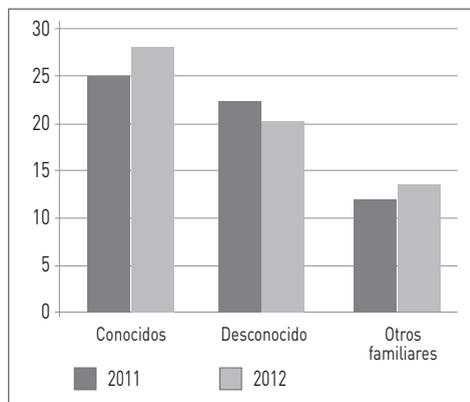


Figura 19. Distribución porcentual de casos de violencia sexual según la relación con el agresor. Colombia en el 2011 y 2012.

Fuente: trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las 20 localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba González y Constanza Flórez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, en la violencia sexual, los mayores agresores son conocidos con 24,9 % y desconocido con 22,4 %, también se puede encontrar en la categoría otros familiares una cantidad significativa de casos con un 12,1 %. En el 2012, esta tendencia continúa, notándose un aumento significativo en los casos de agresores conocidos.

Los resultados se relacionan con el estudio de Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicadas en violencia sexual en Latinoamérica y el caribe: análisis de datos secundarios (16) (35), que relaciona las condiciones económicas precarias con el aislamiento social en este sentido se agudiza la agresión por parte de extraños o desconocidos.

Conclusiones

Comparando los resultados obtenidos en este estudio con los obtenidos en el trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba González y Constanza Flórez, se observan algunas diferencias en algunas variables, como lo son el tipo de aseguramiento, la ges-

tante, persona en condición de discapacidad y relación con el agresor.

En relación con el tipo de aseguramiento, en la violencia física y sexual, se presentó un aumento considerable en los casos con régimen contributivo, mientras que en la violencia emocional el régimen subsidiado continúa siendo el mayor, pero acortándose bastante la diferencia con el contributivo. Estos resultados contradicen lo encontrado en los estudios del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE) de la Universidad de los Andes, donde indican que ya sea a nivel individual o familiar; a menores ingresos o a menor capacidad económica mayor es el riesgo de violencia.

En la población gestante, se observó disminución marcada de casos de violencia física, emocional y sexual en la localidad de Suba. A su vez, se identificó un aumento de casos de estos tipos de violencia en la localidad de Ciudad Bolívar y de Engativá. De acuerdo con el análisis de situación en salud de Suba, esta localidad ha presentado una disminución en la tasa de fecundidad desde el 2010, lo que se podría potencialmente relacionar con la disminución de casos de violencia en esta población.

En cuanto la población en condición de discapacidad, en la violencia física se observa aumento de los casos en la localidad de San Cristóbal. En la violencia emocional existe aumento de casos en la localidad de Engativá; y en la violencia sexual hay aumento de casos en la localidad de Bosa. En el diagnóstico local realizado en San Cristóbal en el 2011, se observó un aumento de la población discapacitada desde el 2008 gracias a la información proporcionada por el Registro de Localización y Caracterización de Población con Discapacidad implementado en la localidad desde el 2005. De acuerdo con los estudios de Cavanaugh, Messing, Del-Colle, O'Sullivan y Campbell (14) (6) la condición de discapacidad es un factor de riesgo para las tendencias o conductas suicidas, por ello, la importancia de intervenciones oportunas en este grupo.

Con respecto a la relación con el agresor, en la violencia física, se observa un aumento significativo en la variable pareja. En la violencia emocional no se identifican diferencias y en la violencia sexual existe un aumento en los casos perpetrados por conocidos y disminución de los casos por desconocidos. La OMS en el estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (5) (24) a través de información recolectada en diez países señala

que entre un 15 % y 71 % de las mujeres que habiendo reportado pareja en algún momento de su vida habían sufrido de violencia física o sexual o ambas, donde se observan la influencia de factores sociodemográficos, culturales y económicos. Estos resultados también se relacionan con el estudio de Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS publicadas en Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios (7) (35), que relaciona las condiciones económicas precarias con el aislamiento social en este sentido se agudiza la agresión por parte de extraños o desconocidos.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y el marco teórico, se puede concluir que existen varios tipos de factores de riesgo de violencia tanto a nivel personal como a nivel de los distintos ambientes en los cuales interactúan las personas. En la violencia influyen múltiples factores políticos, económicos y culturales que tienen consecuencias irreparables para los individuos, la familia y los distintos grupos de población. Cuya relación parece ser parte de una proyección necesaria en investigación.

En este estudio se observa que el comportamiento de la violencia se

presenta de manera diferente en cada localidad de la ciudad de Bogotá. Adicionalmente, se encontraron algunas diferencias del comportamiento de este fenómeno entre el año 2011 y 2012.

Gracias a que este estudio es comparativo de un trabajo anterior, se logra describir de manera más específica la violencia, teniendo en cuenta cada localidad y un periodo de tiempo mayor.

Adicionalmente, esta investigación es la base para continuar con estudios posteriores que describan el comportamiento de la violencia en las diferentes localidades de la ciudad que se encuentran en emergencia social.

Referencias

1. Dalhberg L. Organización Mundial de la Salud; 2003. Disponible en: www.paho.org/spanish/dd/pub/violencia_2003.html.
2. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica; 2005.
3. Silva A, Gross B. La violencia soportada. *Fermentum: Revista Venezolana de Sociología y Antropología*. 2003;13(37):381-404.
4. Molina J, Moreno J y Vásquez H. Análisis referencial de las representaciones sociales sobre la violencia doméstica. *Acta Colombiana de Psicología*. 2010;13(2):129-148.

Agradecimientos

Es muy importante hacer un reconocimiento a nuestros asesores: Claudia Patricia Pacheco y Jorge Ramírez; quienes a través de sus valiosos aportes, explicaciones y sugerencias hicieron posible este trabajo. Igualmente, a la Secretaría Distrital de Salud, especialmente al doctor Henry Alejo quien proporciono la información que nos permitió hacer el análisis de los datos para la investigación.

Finalmente, a la Fundación Universitaria del Área Andina que nos acogió dentro de su comunidad para emprender este proceso hacia el conocimiento.

5. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud; 2010. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html
6. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, OPS; 2002.
7. Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS. Violencia sexual en Latinoamérica y el caribe: análisis de datos secundarios; 2010.
8. Secretaría Distrital de Salud. Guía operativa sistema de vigilancia en salud pública de la

violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual. Bogotá, 2011.

9. Procuraduría General de la Nación, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Organización Internacional para las Migraciones. Prevención, atención y detección de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual desde las acciones de gobernaciones y alcaldías: una mirada del Ministerio Público en desarrollo de su función preventiva. Bogotá: Impresol Ediciones; 2008.

10. Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008.

11. Congreso de la República de Colombia. Ley 1146 de 2007.

12. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF. Forensis. Datos para la vida. Bogotá; 2011.

13. Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE, Universidad de los Andes. Violencia en las familias colombianas: costos socioeconómicos, causas y efectos. Bogotá; 2004.

14. Cavanaugh C, Messing JT, Del-Colle M, O'Sullivan C, Campbell J. Prevalance and correlates of suicidal among adult female victims of intimate partner violence. *Suicide Life Threatening Behavior*. 2011;41(4):372-383.

15. Kalaca S, Dundar P. Violence against women: the perspective of academic women. *BMC Public Health*.2010;10(490):1-7.