



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen N °2, Año N° 2, N° 2



Honduras en 24 Horas/UNV

Edición dedicada a la Salud Infantil

Julio - Diciembre de 2005



El mejor tesoro
de Honduras
son sus niñas,
niños y jóvenes:

Protégelos



Para toda la infancia
Salud, Educación, Igualdad, Protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA

unicef



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Volumen 2, Año 2, No. 2

Julio - Diciembre de 2005

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

VOLUMEN No 2, AÑO 2, No 2 junio-diciembre de 2005

CONSEJO EDITORIAL

Dr. CARLOS ALBERTO MEDINA R. (Presidente Coordinador)
Dr. RUBEN ELVIR MAIRENA
Msc. ELIA BEATRIZ PINEDA
LICDA. LISSETE BORJAS
Dr. JUAN MANUEL PEREZ
Dr. JORGE FERNANDEZ
Dr. DAGOBERTO ESPINOZA M.
Dra. IRIS MILAGRO TEJEDA
Dra. CAROLINA RIVERA
Dra. CECILIA GARCIA
Licda. AIDA CASTILLO GUIZA
Dr. RONY EFRAIN PORTILLO BANEGAS
Licda. OLIMPIA CORDOVA
Dr. ELEAQUIN DEL CID
Licda. TERESA DEL CARMEN VIDEA
Br. HUGO S. LANDA (ASOCEMH)
Msc. ANA MARIA DAVILA DE SANCHEZ
Dra. TANIA SOLEDAD LICONA
Dr. SALVADOR LOVO
Licda. OLGA ALMENDAREZ
Dra. ELIA MARINA DEL GALLO
Lic. LUIS EDGARDO ARANDA (Secretario)

CONSEJO DE REDACCION

Msc. ELIA BEATRIZ PINEDA
Licda. LISSETE BORJAS
Dr. RUBEN ELVIR MAIRENA
Dr. JORGE FERNANDEZ

CONSEJO DE ADMINISTRACION

Dra. IRIS MILAGRO TEJEDA
Licda. OLIMPIA CORDOVA
Licda. TERESA DEL CARMEN VIDEA
Licda. LISSETE BORJAS
Dr. RONY EFRAIN PORTILLO
Lic. LUIS EDGARDO ARANDA
Sra. SUSANA ESCOTO
Sra. JOHANNA VALLECILLO

CONSEJO DE EDICION

Dr. CARLOS ALBERTO MEDINA R.
Dr. RONY EFRAÍN PORTILLO BANEGAS
Dr. ELEAQUIN DEL CID
Dr. JORGE FERNÁNDEZ
Licda. TERESA DEL CARMEN VIDEA
Lic. LUIS EDGARDO ARANDA
Dra. CECILIA GARCÍA

UNIDAD EJECUTORA:

UNIDAD DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EN SALUD (UTES)

Telefax: (504) 232- 0444 E. mail: revistafcm@unah.edu.hn

CONTENIDO

Editorial

La Infancia Hondureña

Carlos Alberto Medina R., Coordinador: Consejo Editorial 7

Tema Central

Los programas de desarrollo integral del niño menor de 6 años, primer pasó para un buen comienzo en la vida, garantía de un futuro mejor.

María Julia Rodríguez Fernández 9

Artículos Originales:

Crioterapia en lesiones precancerosas del cuello uterino.

Carlos A. Medina R. 19

Valoración de la Atención que se le Brinda a la Adolescente Embarazada en el Hospital Regional Atlántida

Ana Mildred Ramírez M., Mirtha Cano de Villafranca, Elba Suyapa Salgado 27

Factores condicionantes de estrés y su relación con el proceso de trabajo de la unidad de cuidados intensivos pediátricos

Martha Elizabeth García Baula ... 34

Conocimientos y actitudes hacia la violencia doméstica y consumo de drogas en colonias marginales de Honduras

Kenneth Vittetoe B, Leonel Zavala, Ana Barahona 43

Sección Especial

Aspectos psicosomáticos de la mujer (II parte)

Daniel Herrera Salinas 53

Actualidad

Escabiosis en el Paciente Pediátrico

Dagoberto Espinoza Figueroa ... 64

Violencia Doméstica: Implicaciones y Costos.

Ely Meléndez Laboriel. 69

Mortalidad Infantil en Honduras

Dr. Víctor Muñoz Molina 74

Directrices de Publicaciones Científicas

Guía para elaborar referencias bibliográficas: Estilo normas de Vancouver 76

PREPARACIÓN Y ENVÍO DE MANUSCRITOS A REVISTAS BIOMÉDICAS

Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de Uniformidad 82

LA INFANCIA HONDUREÑA

Nacer y crecer en un país desarrollado, es un acto de esperanza, una afirmación de continuidad de familias, sociedades que navegan en ambientes de abundancia cultural, espiritual y material.

Nacer y crecer en nuestra Honduras, es un reto a la suerte, es un acto de fe, es vivir entre la dignidad escondida y la esperanza de un mendrugo para el día siguiente.

Pocos nacen en cunas de oro, con el camino trazado, con el estomago lleno y el cerebro arriba de los hombros. La mayoría apaga su sonrisa con el dolor del hambre, su mirada triste refleja su escuálida estructura física.

Nacen la mayoría, como hijos no deseados, de hogares desintegrados, de madres solteras, de hombres ignorantes e irresponsables. Madres jóvenes, empujadas por el instinto que surge por la carga de hormonas, aceptan el macho, sin pensar que los hijos son la consecuencia de sus actos.

Los niños de Honduras son resilientes, pues si no mueren en el primer año, vadean el escalofriante panorama del hambre, del hogar destruido, de la frialdad de una sociedad harta de fracasos. Caminan por escuelas llenas de mentores carentes de

mística, aprenden a nada, pero saben protestar; crecen y su protesta es negativa; faltos de amor y oportunidad, se agrupan en pandillas juveniles en donde encuentran el calor del grupo, el sentido de la familia que ellos carecieron.

La situación de la infancia en Honduras es dura, avasalla los más elementales sentimientos humanos, y cuando el niño se vuelve adolescente, tropieza con su propia ignorancia, su carencia de afecto, su odio a una sociedad que lo produjo, pero que no lo forma e instruye.

Se enfrenta con una sociedad consumista y no tiene un céntimo para ser parte de ella; aprender a robar y a matar para tener lo que anhela. No existe sentimiento de culpa, no hay un milésimo de arrepentimiento; le dan a la sociedad lo que ésta le ha dado o negado.

La patología social no se divorcia de la médica, las dos se acompañan; en la infancia, el niño muere por la suciedad en que vive, por el hambre, por la miseria cultural y material. En la niñez, su crecimiento es lento, su desarrollo intelectual es rezagado; será el paria del mañana, el esclavo de una sociedad que no sale del feudalismo.

El niño que llega a hombre, camina con los complejos que desarrolló en su infancia: hay amargura que se desenvuelve en venganza; hay sentimientos de inferioridad que se tornó en soberbia y prepotencia. No pudo conformar el valor ético de la honestidad y es corruptible.

Tiene el alma llena de envidia, celos del que triunfa; no cree en las virtudes que otros tienen; su espíritu es pequeño y su creatividad es casi nula.

No puede haber una nación libre y desarrollada si los niños nacen para sufrir; crecen sin alegría, se hacen hombres y mujeres, arrastrando la miseria espiritual de sus progenitores y de la sociedad en que habitan.

Una nación debe dedicar sus mejores propósitos e intenciones a la crianza de las nuevas generaciones. Sin ellas no hay futuro, o el futuro es el presente que ahora tenemos, que es en sí una mascarada de vida y un paisaje desolado de nación.

La respuesta está en nuestra decisión de ser más responsables y de conocer la corta historia en que se pasa de una generación a otra.

Los hondureños que por diferentes factores y variables, han superado esta cruda realidad, y no tuvieron el trauma del 80% de los niños y niñas de nuestra patria, debemos agradecer a nuestros progenitores y a las acciones de diferentes instituciones y leyes creadas recientemente, que están coadyuvando, para que la nación entera tome conciencia de que los niños y niñas son tan importantes en el desarrollo de las naciones, que no pueden quedar olvidadas y marginadas.

Honduras, tierra en evolución social, camina lentamente en éste aspecto, pero parece que con la ayuda internacional y la conciencia de Iglesias, leyes puntuales e instituciones afines, se puede vislumbrar un futuro mejor para la niñez.

Carlos A. Medina R.
Director

Tema Central

Los Programas de Desarrollo Integral del niño menor de 6 años, primer paso para un buen comienzo en la vida, garantía de un futuro mejor.

* María Julia Rodríguez Fernández

“Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño” (Artículo 6, Convención sobre los Derechos del Niño).

Resumen

Diversos estudios demuestran el impacto positivo de la estimulación psicoemocional en el crecimiento y el desarrollo, aun en niños desnutridos o de entornos empobrecidos. Niños con desnutrición crónica sometidos a intervenciones de estimulación alcanzan coeficientes de desarrollo mayores que los que reciben suplementación nutricional; y los resultados de los que reciben ambas acciones combinadas son prácticamente iguales a los que alcanzan niños que no presentan desnutrición crónica. Asimismo, niños con desventaja social, que han participado en programas integrales de desarrollo infantil temprano alcanzan altos índices en las pruebas de inteligencia, así como en los de permanencia en la escuela, mayores ingresos o mejor comportamiento social.

La estimulación temprana o precoz determina cómo los niños aprenderán e interactuarán con otros a lo largo de sus vidas y consiste en ofrecer al niño un conjunto de acciones en un ambiente que le permita desarrollar su aprendizaje, tener seguridad y autoestima, saber comunicarse con otros y desarrollar comportamientos sociales y afectivos adecuados. Las experiencias de estimulación adecuada tienen su base

en los conocimientos comprobados del crecimiento y desarrollo del sistema nervioso y, específicamente, del cerebro, que recoge toda la estimulación natural y cultural. Es imprescindible ayudar, orientar y guiar el desarrollo infantil desde las primeras edades, porque el control sistemático de todos los aspectos nos puede permitir en ocasiones prevenir deficiencias, corregir desviaciones o, simplemente, facilitar el aprendizaje. El desarrollo biopsicosocial de los niños en la etapa de 0 a 6 años es vital para la madurez y plasticidad cerebral, así como para la constitución de una personalidad sana e integrada.

Pareciera que siendo tan importante este periodo en la vida de niños y niñas, los programas de atención integral debieran ser una prioridad en nuestra sociedad y la asunción de la estimulación temprana un paso irrenunciable como base para el desarrollo integral, físico y psicológico del niño en el sector de salud, de educación y familiar. Sabemos, que los beneficios de la intervención son mayores cuanto más tempranos y más duraderos sean en el tiempo.

Los beneficios directos sobre el crecimiento y desarrollo del niño de programas integrales de atención y cuidado en su primera infancia se complementan con los beneficios que conllevan para padres, madres, educadores, la comunidad y la sociedad en último término.

El desarrollo del máximo potencial escondido en cada niño y niña es un derecho que ellos no pueden demandar, pero que todos estamos obligados a exigir su cumplimiento.

* Programa Desarrollo Integral de la Primera Infancia UNICEF-Honduras

Crecimiento físico y desarrollo psicológico: combinados, mejor.

El retraso en el crecimiento afecta a un tercio de los niños menores de 5 años en los países en desarrollo y éste es asociado con un pobre desarrollo. Niños y niñas con desnutrición crónica en los primeros años de vida a menudo tienen pobres logros en la escuela y cognitivos más tarde en sus vidas. Según una investigación llevada a cabo por la Dra. Susan Walter ⁽¹⁾ (The University of the West Indies, Jamaica) la estimulación mental a través del juego puede mejorar el cociente intelectual y la capacidad de lectura en niños con baja talla para su edad debido a una desnutrición crónica, así como su salud en general.

El estudio incluía la suplementación nutricional y la estimulación psicosocial de un grupo de 129 niños y niñas jamaicanos con desnutrición crónica cuyas edades estaban comprendidas entre los 9 meses y los 2 años. La estimulación psicosocial consistía en una visita guiada por un trabajador de salud de la comunidad capacitado, durante una hora, una vez por semana, por un periodo de 2 años. Las madres eran animadas y enseñadas a jugar con sus hijos todos los días con el objetivo de promocionar su desarrollo. El suplemento alimenticio consistía en un aporte lácteo según fórmula de 1 kilogramo por semana.

Los investigadores encontraron que ambas intervenciones mejoraban el desarrollo de los niños y niñas. Los niños que no presentaban desnutrición crónica fueron igualmente evaluados, un total de 32.

Los efectos de la intervención temprana fueron realizados en 103 de los 129 niños con desnutrición crónica frente a 64 de 84 niños no desnutridos hasta la edad de 17–18 años.

No fueron registrados efectos significativos en aquellos que recibieron suplementación nutricional.

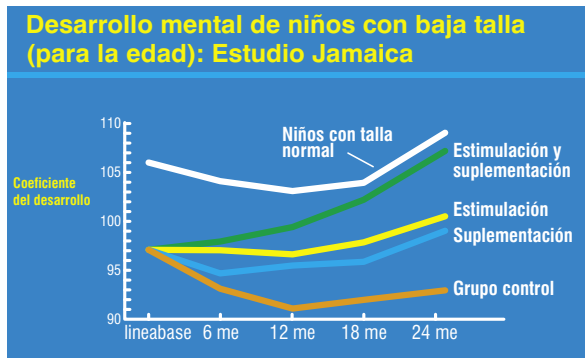
Si se comparan los efectos obtenidos en aquellos que recibieron estimulación temprana frente a los que no formaron parte de la intervención, los resultados en cuanto a la escala de Cociente Intelectual (IQ) arrojan altos índices, así como, en la subescala verbal, la prueba de vocabulario simbólico de Peabody, las analogías verbales y las pruebas de lectura. El desarrollo de los niños que recibieron ambos tratamientos (suplementación y estimulación) superó con mucho más en resultados a aquellos que no presentaban desnutrición.

Los participantes en el grupo de niños desnutridos no-estimulados mostraban también déficit en lectura y matemáticas y revelaban más tendencia a abandonar la escuela. La baja permanencia en la escuela tiene implicaciones a la hora de encontrar un empleo en el futuro y es comparable a incrementar el riesgo de ser pobres entre estos individuos participantes.

Además los hallazgos del estudio indican que los déficits en el desarrollo y en educación en niños desnutridos continúan más allá de la adolescencia y tienen consecuencias para el desarrollo del recurso humano.

El estudio enfatiza la necesidad de incrementar los esfuerzos por prevenir los retrasos del crecimiento en la infancia y demuestra que se pueden lograr importantes beneficios en niños ya desnutridos a través de la estimulación temprana. También ha demostrado que tales intervenciones pueden ser integradas en los servicios de salud para niños menores de 5 años.

Gráfico No 1



El estudio evidencia la importancia de la estimulación temprana por encima de la suplementación nutricional y su alta eficacia en niños con desnutrición crónica cuando se combinan ambas intervenciones.

Por tanto, si la desnutrición en la Primera Infancia es asociada con un pobre desarrollo, pobres logros en la escuela, pobres resultados cognitivos a la edad de 12 años, así como con un pobre razonamiento no verbal en jóvenes, estos limitados resultados pueden reducirse con estimulación temprana en la Primera Infancia.

En la línea del impacto de los programas del desarrollo psicoemocional en la Primera Infancia; son modelos los programas estadounidenses que incorporan componente nutricionales y de estimulación, proporcionando mayor evidencia de la eficacia de dichas intervenciones. Uno de los proyectos más cuidadosamente evaluados, es el Programa *Perry Pre-school*⁽²⁾ de Ypsilanti, Michigan, Estados Unidos, instituido a comienzos de los años 60. Los participantes en el programa eran niños y niñas de entornos empobrecidos de la zona periurbana de Michigan, los cuales presentaban, como suele ser en niños de estos entornos, una baja habilidad cognitiva, según manifestaban las evaluaciones.

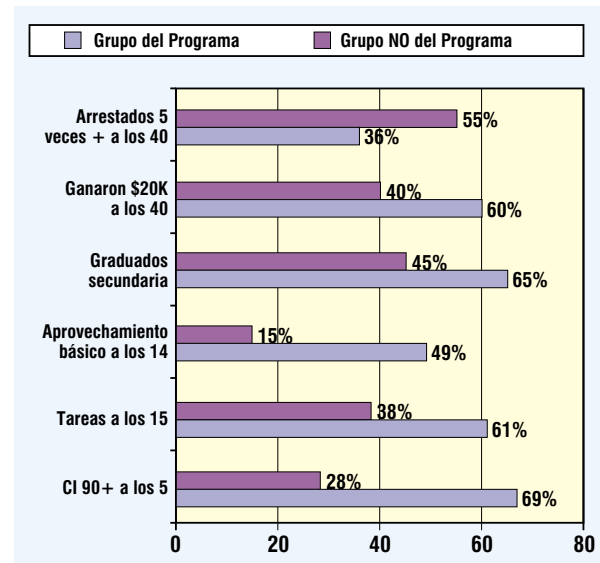
El programa proporcionó estimulación psicosocial e incrementó el rendimiento cognitivo de los niños en el momento de incorporarse a la escuela. Desde su comienzo

experimentaron un éxito mayor y demostraron más compromiso con la escuela, lo cual reforzó la percepción de padres y educadores.

La intervención contribuyó a favorecer mejores comportamientos, mayores índices de permanencia escolar, así como, otros indicadores favorables de desarrollo social, incluso después de 27 años. Lo cual refuerza la cuestión de los efectos a largo plazo⁽³⁾ (mayores ingresos, mayor índice de graduados en la escuela secundaria, menor número de arrestos, etc.) Ver el siguiente gráfico.

Gráfico No 2¹

Principales hallazgos del Estudio High/Scope Perry Preschool a la edad de 40 años de sus participantes.



Los programas de desarrollo y cuidado en la Primera Infancia pueden ser diversos. El modelo más común es el basado en el centro preescolar, al cual los niños son llevados desde sus hogares, tales como la escuela, el centro comunal u otro sitio público, o en algunos casos otro hogar de la comunidad.

Otras formas de intervención psicosocial que mejoran el desarrollo psicológico de los niños pueden localizarse dentro del contexto de la familia y el hogar. Como Meisels (1992) sugiere,

¹ En la actualidad el Programa evalúa el impacto del mismo en los participantes a los 40 años de su inicio, resultados que muestra el gráfico 2.

los programas basados en el centro o en la familia pueden también caracterizarse por estar focalizados en el niño, en los padres de familia o en ambos. Lo importante de dichos programas es su impacto en el cambio de comportamiento tanto de los niños como de padres y madres, en las comunidades y, a largo plazo, en la sociedad ⁽⁴⁾.

Los dos estudios expuestos evidencian la importancia de no desligar el crecimiento y desarrollo físico, suplementación nutricional, estimulación temprana y de poner este último en el lugar que le corresponde como activadora del crecimiento y cimiento fundamental del desarrollo.

Estimulación Temprana o Precoz

La estimulación temprana o precoz determina como los niños aprenderán e interactuarán con otros a lo largo de sus vidas. Una experiencia del niño, buena o mala, influirá en la constitución de su cerebro y en las conexiones en su sistema nervioso. Interacciones positivas con los adultos estimularán fuertemente el cerebro del niño, generando sinapsis que aumentarán el número de conexiones neuronales o reforzarán las ya constituidas. Las conexiones que son utilizadas llegarán a ser permanentes. Si un niño recibe poca estimulación temprana, las sinapsis no se desarrollarán. De ahí, que se entienda por estimulación temprana o precoz: **la educación sistemática de la primera infancia**. La estimulación del desarrollo, no sólo es un complemento esencial de las prácticas de salud, nutrición e higiene que influyen el crecimiento y el desarrollo del niño, sino que guarda una estrecha relación con ellos.

En términos generales, la estimulación temprana consiste en ofrecer al niño un ambiente que le permita desarrollar su aprendizaje, tener seguridad y autoestima, saber comunicarse con otros y desarrollar comportamientos sociales y afectivos adecuados.

La estimulación temprana o precoz va más allá de la salud o la ausencia de enfermedad, **es un enfoque holístico del niño** que integra todas las dimensiones de su desarrollo, pero a su vez el cuidado psicosocial del niño –ese conjunto de prácticas y acciones que afectan a su desarrollo, requiere más que nunca la atención de los profesionales de la salud preocupados en la salud del niño.

El ser humano nace con menos de un tercio de la capacidad cerebral adulta y después del nacimiento se observa que la corteza y todo el sistema nervioso central crecen rápidamente, por efecto directamente del ambiente y las experiencias recibidas. Las experiencias de estimulación adecuada tienen su base en los conocimientos comprobados del crecimiento y desarrollo del sistema nervioso y, específicamente, del cerebro, que recoge toda la estimulación natural y cultural.

El tejido cerebral madura de forma escalonada, e inclusive a distinto ritmo en su velocidad de crecimiento. Existe, definitivamente, una sincronización en las regiones cerebrales. Al quinto mes de embarazo la cantidad total y definitiva de neuronas en el cerebro está determinada. El número de neuronas no aumentará más en la vida. El crecimiento cerebral se hará a expensas del aumento del tamaño del soma de las células y de sus conexiones. El axón crece en longitud y las dendritas se multiplican formando una intrincada red de conexiones, las cuales son susceptibles de aumentar mientras más mensajes sensoriales sean recibidos. La estimulación sensorial afecta el crecimiento de las células cerebrales. A los 6 meses postnatales se da el ápice del crecimiento cerebral.

De ahí, la enorme y positiva importancia de la estimulación durante este periodo de la vida. Cualquier estimulación aplicada durante los doce primeros meses de vida tiene mayor impacto en el crecimiento cerebral que en cualquier otro momento de la vida futura del bebé. Este proceso extraordinario puede ser moldeado positivamente por un enriquecimiento del medio.

La complejidad de interacciones en el sistema nervioso y el elevado número de posibilidades de interconexiones existentes entre las células nerviosas, ha hecho que la mayoría de científicos acepten finalmente que su desarrollo es de una magnitud tal de interconexiones y con tan alto grado de especificidad que depende de factores epigenéticos que van activando y modulando la información genética contenida en las células neuronales durante el crecimiento.

El 75 % de la maduración del sistema nervioso esta programado genéticamente. El resto de la maduración depende de la experiencia, por lo que proporcionando ambientes enriquecidos es como se propicia un mejor desarrollo bio-psico-social de los niños en la etapa de 0 a 6 años, sumamente crítica para la inmadurez y plasticidad cerebral.

En los últimos meses del embarazo el niño se mueve, oye, percibe la luz a través de las paredes uterina y abdominal, duerme, sueña y permanentemente, siente el movimiento de su madre cuando se levanta, sienta o camina. En el momento del parto, el ser humano que nace trae consigo un cerebro que ha de crecer y desarrollarse con una capacidad potencial que le permitirá establecer los mecanismos adecuados para recibir y manejar los estímulos externos e internos, en una forma mucho mas avanzada que el resto de los animales.

La interacción intensa con el ambiente es el elemento básico que condiciona el desarrollo cerebral. Aunque el comportamiento instintivo pueda aparecer, incluso en ausencia de experiencias, no sucede lo mismo con la actividad mental superior.

En los primeros días de vida el bebé necesita acostumbrarse al aumento de su capacidad para moverse y oír, a sus nuevas posibilidades de oler, ver, saborear y de captar sensaciones con su piel, y a un sentimiento desconocido hasta ahora para él, que lo inquieta y lo desespera: el hambre. En este mismo momento aparece la profunda necesidad de ser amado. Sin leche o sin amor el niño moriría. Su apetito ha de ser

saciado cada vez que lo hace llorar, pero también debe ser cargado, acariciado para hacerle sentir querido y aceptado.

Qué HACEN los niños	Qué NECESITAN los niños
DEL NACIMIENTO a LOS 3 MESES	
- Aprenden sobre el mundo a través de todos sus sentidos. - Siguen personas y objetos con sus ojos. - Responden a las caras y a los colores brillantes. - Agarran y descubren manos y pies. - Levantan la cabeza y la giran hacia un sonido. - Lloran - Comienzan a sonreír. - Comienzan a desarrollar un sentido de si mismos.	- Protección de peligro físico. - Adecuada nutrición (la lactancia materna exclusiva es lo mejor). - Adecuado cuidado de salud (inmunización, terapias de rehidratación oral cuando sea requerida, higiene). - Un adulto con el que conformar un vínculo. - Un adulto que pueda comprender y responder sus señales. - Cosas para mirar, tocar, oír, oler y saborear. - Oportunidades para ser arguido, cantado y mecido.

La vía más importante de transmisión del afecto es el contacto físico. El tacto establece la comunicación con el bebé. La estimulación de la piel es captada por los nervios periféricos y transmitida a la medula espinal, desde donde es enviada al cerebro produciendo también cambios físicos.

Qué HACEN los niños	Qué NECESITAN los niños
DE 4 a 6 MESES	
- Sonríen a menudo, prefieren a los padres y mayores. - Repiten acciones que suponen resultados interesantes. - Escuchan intencionadamente. - Responde cuando se le habla. - Ríe, imita sonidos. - Explora manos y pies. - Lleva objetos a su boca. - Se sienta con apoyo, se da la vuelta, da saltos si es apoyado. - Agarra objetos sin usar el dedo gordo.	Todo lo de arriba, más: Oportunidades para explorar el mundo Estimulación con el lenguaje adecuado Oportunidades diarias para jugar con una variedad de objetos

Se ha comprobado que aquellos niños que son cargados y acariciados tienen un mayor porcentaje de crecimiento cerebral, que los que no lo son. Se vuelven mas perceptivos a su ambiente, se muestran más alertas ante lo que sucede a su

alrededor, inician más precozmente sus respuestas a los estímulos, aumentan su sentimiento de seguridad y adquieren conocimiento de las diferentes partes de sí mismos.

Qué HACEN los niños	Qué NECESITAN los niños
DE 7 a 12 MESES	
- Recuerda eventos simples. - Se identifican a sí mismos, partes del cuerpo, voces familiares. - Comprende el propio nombre, otras palabras comunes, dice primero palabras significativas. - Explora, golpea, agita objetos. - Encuentra objetos escondidos, pone objetos en contenedores. - Se sienta solo, se mueve sigilosamente, se pone de pie, camina. - Se muestra tímido o triste con los extraños	Todo lo de arriba, más: Introducción de alimentos suplementarios Oportunidades para escuchar historias, para que le lean Un entorno seguro para explorar

La investigación científica ha revelado hechos ⁽⁵⁾ fundamentales:

1. Animales recién nacidos privados de determinados estímulos por periodos largos, perdían facultades de sus órganos sensoriales. Asimismo, animales criados lejos de su madre, presentaban trastornos y problemas irreversibles en su conducta, actitud, en sus relaciones y capacidades.
2. Animales criados con sus madres y estimulados oportunamente desarrollaban mejor sus capacidades y facultades.
3. Niños que han carecido de afecto, de estímulos sensoriales o han crecido en ambientes limitantes, presentaron un déficit en su desarrollo, en su crecimiento, en su conducta y en su capacidad de aprendizaje, déficit que se va trasladando de manera creciente a medida que pasan los años y alcanza su edad adulta.
4. Niños estimulados desde su nacimiento han logrado un mejor desarrollo orgánico y funcional de su sistema nervioso y de sus órganos de contacto y de intercambio con el mundo exterior, además de un equilibrio adecuado en su crecimiento físico, emocional e intelectual.

5. La etapa primordial del desarrollo del niño es la que va de 0 a 2 años, por lo que es completamente indispensable estimularlo de manera adecuada en esta etapa, mediante prácticas que están al alcance de los padres y de las personas encargadas de su cuidado.
6. Además, esta etapa es la más propicia para determinar cualquier déficit ya sea de orden perceptivo, motor, intelectual, orgánico o ambiental, así como ejercer las acciones necesarias para resolverlo o crear mecanismos de defensa y aprendizaje que le permitan en lo posible habilitarse para la vida.

Qué HACEN los niños	Qué NECESITAN los niños
DE 1 a 2 AÑOS	
- Imita las acciones adultas. - Habla y comprende palabras e ideas. - Disfruta las historias y experimenta con objetos. - Camina con cuidado, escala escaleras, corre. - Busca cierta independencia, pero prefiere las personas familiares. - Reconoce la propiedad de los objetos. - Desarrolla en alguna manera "amistades". - Resuelve problemas. - Muestra satisfacción en sus logros. - Gusta de ayudar en tareas - Comienza juegos pretendidos	Sumado a lo anterior: - Apoyo para la adquisición de nuevas habilidades motoras, del lenguaje, del pensamiento. - Oportunidad para desarrollar cierta independencia. - Apoyo para aprender como controlar su propio comportamiento. - Oportunidades para comenzar a aprender a cuidar de sí mismos. - Oportunidades para jugar y explorar. - Jugar con otros niños. - Escuchar/contar historias diariamente. - Cuidados de salud incluyendo desparasitación si se requiere.

El periodo de 0 a 6 años es clave en el posterior desarrollo evolutivo del niño. En él aparecen adquisiciones básicas fundamentales, como el control cefálico, coordinación binocular, sedestación, sonidos, palabras, estructuración del pensamiento, de la personalidad, del comportamiento y muchísimas adquisiciones que van a continuar madurando y evolucionando en las edades siguientes, sin que deban quedar dirigidas exclusivamente por el azar o la estimulación natural espontánea, pues ello no asegura que el niño tenga las oportunidades precisas y suficientes que le permitan un sano y positivo desarrollo.

Qué HACEN los niños	Qué NECESITAN los niños
DE 2 a 3 1/2 AÑOS	
- Disfrutan en aprendizaje de nuevas habilidades. - Aprende el lenguaje rápidamente. - Gana control de manos y dedos - Se frustran con facilidad. - Actúan con mas independencia, pero todavía son dependientes.	Sumado a lo anterior, oportunidades para: - Tomar decisiones. - Ser involucrados en juegos dramáticos. - Cantar canciones favoritas. - Trabajar en puzzles simples.

Es imprescindible ayudar, orientar y guiar el desarrollo infantil desde las primeras edades, porque el control sistemático de todos los aspectos nos puede permitir en ocasiones prevenir deficiencias, corregir desviaciones o, simplemente, facilitar el aprendizaje. Hacer esto pasa por establecer programas integrales de atención y cuidado de este grupo de edad, con un enfoque integral y que den respuesta a las necesidades de los niños en las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo en estos primeros años de vida.

Qué HACEN los niños	Qué NECESITAN los niños
DE 3 1/2 AÑOS a 5 AÑOS	
- Tienen periodos de atención mas larga. - Actúan tontamente, escandalosamente. - Hablan mucho, hacen muchas preguntas. - Quieren las cosas propias de los adultos. - Se entretienen con proyectos de arte. - Revelan sentimientos a través de juegos dramáticos. - Les gusta jugar con amigos, no les gusta perder. - Comparten y piden su turno algunas veces.	Sumado a lo anterior: - Oportunidades para desarrollar las habilidades motoras finas. - Animación del lenguaje a través de la conversación, la lectura y el canto. - Actividades que desarrollaran un sentido positivo del dominio de sí. - Oportunidades para aprender cooperación, ayuda, solidaridad. - Experimentación con pre-escritura y pre-lectura. - Exploración práctica para aprender a través de la acción. - Oportunidades para tomar responsabilidades y hacer elecciones. - Animo para desarrollar el control de sí mismo, cooperación, persistencia para completar proyectos. - Apoyo para su sentimiento de valía y reconocimiento de sus logros. - Oportunidades para la expresión de sí mismo (a través del dibujo, pintura, trabajo con arcilla o barro). - Apoyo en su creatividad, escuchar música variada. - Realización de movimientos rítmicos

Principios del Desarrollo

Las experiencias dirigidas a los niños, a la consecución de su desarrollo integral deben ser diseñadas en base a sus habilidades y necesidades. Todo programa dirigido a la estimulación del desarrollo debe guiarse por unos principios básicos para la creación de actividades y experiencias adecuadas ⁽⁶⁾.

El desarrollo es holístico. Lo que significa que el desarrollo del niño no puede ser fragmentado en variables de salud, nutrición, educación, desarrollo social, emocional o espiritual. Todo son intervenciones en la vida del niño y son desarrolladas simultáneamente. El progreso en un área afecta al progreso de las otras. Del mismo modo, cuando algo va mal en un área esto impacta en todas las demás.

Como se deduce del estudio de la Dra. Susan Walter un adecuado desarrollo cognitivo, motor social y emocional impacta positivamente en una nutrición adecuada o una mejor salud ⁽⁷⁾. Una inadecuada nutrición o escasa salud inhiben su desarrollo y pueden llevar a problemas en el aprendizaje, lo que impacta en la autoestima y afectara en el futuro aprendizaje.

El desarrollo comienza prenatalmente y el aprendizaje comienza en el nacimiento.

En el periodo prenatal se producen importantes desarrollos que afectan al cerebro, al cuerpo y a los procesos químicos que se dan en el niño. Todo esto impacta en las habilidades del niño para aprender, crecer y estar sano. Del mismo modo, los programas de cuidado y desarrollo de la Primera Infancia deben asegurar que las mujeres embarazadas y las jóvenes, reciben adecuado cuidado nutricional, físico y psicológico, a la vez que protección. Además de asegurar apropiado aporte nutricional a cada niño que llega al mundo, un entorno limpio, seguro y saludable, en el que los niños son nutridos y queridos.

Los ocho primeros años en la vida de un niño sientan las bases de todo su desarrollo posterior: las atenciones tempranas de las necesidades del niño son críticas.

Como ya se ha visto, psicólogos del desarrollo, han demostrado que en los primeros años de vida se desarrollan todas las estructuras psicológicas y las bases cerebrales de las que dependerán posteriormente el crecimiento y el aprendizaje.

Ha sido demostrado que los beneficios de cualquier intervención en el desarrollo son mayores cuanto más tempranos. La atención del niño desde su concepción evitara dificultades después. El buen cuidado (salud, alimentos nutritivos, estimulación mental e interacción) es la mejor medida preventiva para evitar retrasos en el desarrollo y discapacidades.

Las necesidades de los niños cambian a lo largo de los primeros años de la infancia.

Las necesidades del niño en su desarrollo varían en relación a su proceso de maduración.

Se distinguen los siguientes periodos:

- **Prenatal y nacimiento:** Durante este periodo, la atención se centra en la madre a través de programas de salud materna infantil y a través de la educación y el apoyo a los progenitores.
- **Infancia** (hasta los 18 meses): Particular énfasis debe darse a la salud y la nutrición. La lactancia materna es vital; el aprendizaje sensorial, especialmente auditivo y visual, control de acciones físicas y la relación con los cuidadores son las tareas principales.
- **Infantes y post-infantes** (de los 18 a los 36 meses): durante este periodo la nutrición sigue siendo lo más importante; la coordinación del niño, el lenguaje, la habilidad para pensar y el avance en las habilidades sociales.
- **Preescolar** (de 4 a 6 años): la socialización

y la preparación para la escuela alcanzan gran importancia, así como el círculo de pares y de cuidadores. Aunque este periodo suele estar ligado con la educación, la salud y la nutrición son componentes clave que los niños en esta edad necesitan.

- **Primeros años en la escuela primaria** (entre 6 y 8 años): Es el periodo de transición a la escuela y al mundo. Este periodo depende del grado de sincronización entre el hogar y la escuela, la transición puede ser relativamente fácil o extremadamente difícil.

El desarrollo está multideterminado y varía en función del estado nutricional y biomédico del niño, la herencia genética, y el contexto social y cultural.

De modo que, las intervenciones o programas que promuevan el desarrollo social, emocional y espiritual, así como, el aprendizaje cognitivo, deberían prestar atención a la salud y el estado nutricional de los niños y proporcionar diferentes formas de estimulación, consistentes con la cultura.

El desarrollo de los niños es acumulativo por naturaleza y no necesariamente progresivo.

Cuanto antes sea dada la atención en salud, nutrición y desarrollo, mejor. Debe reconocerse que si la intervención es posterior a los 3 años, se encontrarán límites para superar los déficits ya existentes de una pobre nutrición, la enfermedad o el abandono. Si antes de los 3 años se proporciona un cuidado adecuado (especialmente en nutrición y estimulación) se alcanzarán resultados muy positivos a largo plazo en los programas preescolares, pero sin una base sólida en los primeros años de vida la efectividad de los programas preescolares es limitado.

Los niños y niñas son activos participantes en su propio desarrollo y aprendizaje.

Aprender es desarrollar la capacidad de construcción del conocimiento del niño lejos de la imposición del adulto. Las habilidades que son la base para la construcción del conocimiento mejoran con la práctica. De ahí que sean tan importantes las oportunidades de que disponga el niño para construir su propio conocimiento a través de la exploración, la interacción con materiales y la imitación de modelos tipo.

El desarrollo y el aprendizaje son resultado de la interacción del niño con las personas y los objetos de su entorno.

El rol de los adultos (en el hogar y otras instancias) en el apoyo al desarrollo de los niños debe ser emocionalmente responsable y debe involucrarlos de modo que no les falten oportunidades para manipular objetos concretos, hacer elecciones, explorar cosas e ideas, experimentar y descubrir. Los niños también necesitan interactuar con sus pares y adultos en entornos seguros que proporcionen al niño seguridad y aceptación.

Los niños viven dentro de un contexto: familia, comunidad, cultura y sus necesidades son mejor satisfechas si se relacionan a ese contexto.

El bienestar de los niños esta íntimamente relacionado con el bienestar de sus familias, especialmente con el bienestar de aquellos que los atienden en los primeros años. Por esto, apoyar a la familia y la comunidad puede ayudar a los niños, del mismo modo, apoyar a los niños puede apoyar a la familia y la comunidad.

Ya que el entorno puede influir en el desarrollo del niño nada mejor que intentar cambiar positivamente en el entorno del niño. Así, elevar el bienestar de los cuidadores, incrementar el ingreso familiar, mejorar la salud y el saneamiento básico en la comunidad, así como trabajar en lo político y social afectará en el crecimiento y el desarrollo de los niños, aunque este impacto será mas indirecto que el desarrollo de servicios específicamente para niños.

Beneficios de los Programas de Estimulación del Desarrollo en la Primera Infancia

Cualquier experiencia de desarrollo temprano, a cualquier edad, debe diseñarse de acuerdo a las necesidades y habilidades del niño (ver Anexo I) para lograr los beneficios deseados. Los beneficios de los Programas Integrales de atención y cuidado de la Primera Infancia son diversos y subyaremos para cada uno de los implicados (niños y niñas, adultos implicados en su cuidado, comunidad y sociedad) cuáles son estos cambios positivos en la vida de los mismos y de qué naturaleza.

Beneficios en niños y niñas

Cambio en el desarrollo psicosocial: mejora en el desarrollo cognitivo (pensamiento, razonamiento), mejora en el desarrollo social (relación con los otros), mejora en el desarrollo emocional (autoestima, seguridad), mejora en las habilidades del lenguaje.

Cambios en la salud: incremento de las posibilidades de supervivencia, reducción de la morbilidad, nutrición mejorada, mejora de la higiene y del peso/talla por edad, balance mejorado de micronutrientes.

Progreso y competencias: mayores oportunidades de iniciar la escuela primaria, menos posibilidades de repetición, mejores resultados.

Beneficios en padres y madres y cuidadores

Conocimiento en general, de la salud y la higiene de sus hijos, de nutrición (relativa a ambos: al estado nutricional del niño y del suyo propio).

Actitudes y prácticas, habilidades de liderazgo en la crianza de sus hijos y en general: prácticas saludables de salud e higiene; prácticas de medicina preventiva, tratamientos oportunos; prácticas nutricionales adecuadas, mejoras en la dieta.

Relaciones: autoestima mejorada, mejores relación en la pareja, mejores relaciones madre/padre-hijo y niño-niño.

Empleo: nuevas oportunidades de empleo creadas por el programa, los cuidadores buscan conservar o mejorar su empleo.

Beneficios para las comunidades

Entorno físico: saneamiento mejorado, espacios para el juego, nuevas instalaciones.

Participación social: Solidaridad mejorada, participación incrementada de las mujeres, proyectos comunitarios que benefician a todos.

Instituciones: Eficiencia mejorada, mejor atención de salud a través de la integración de servicios o cambio en la práctica de los usuarios, reducción de la repetición y la deserción escolar.

Efectividad: Mayor cobertura

Capacidad: mayores habilidades, y/o cambios en la organización, mejores métodos y contenidos en el currículo.

Beneficios para la Sociedad

Calidad de vida: Población más saludable, menos días de baja por enfermedad, mayor alfabetización, población más educada, mayor participación social, mano de obra mejorada, reducción de la delincuencia, descenso de la tasa de natalidad y de los embarazos precoces, reducción de las desigualdades sociales.

Bibliografía

1. Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study
The Lancet - Vol. 366, Issue 9499, 19 November 2005, Pages 1804-1807
2. Lawrence J. Schweinhart, Ph.D., (2005), The High/Scope Perry Preschool Study Age 40, Summary, Conclusions and Frequently Asked Questions, High/Scope Educational Research Foundation, Michigan.
3. Barnett, W.S., Long-term effects of early childhood programs on cognitive school outcomes, *The future of children*, 1995, 5:25-50.
4. Meisels S.J., (1992) Early intervention: a matter of context, *Zero to three*, 3:1-6.
5. Naranjo, C., (2002), Mi niño de 0 a 6 años, UNICEF, Guatemala, pp.8-9.
6. Evans, J.L., Myers, R.G., Ilfeld, E.M., (2000), *Early Childhood Counts*, A programming Guide on Early Childhood Care and Development, The World Bank, Washington D.C.
7. Internet Link: Young children and nutrition.
<http://www.worldbank.org/children/why/nurtri.htm>

Crioterapia en Lesiones Precancerosas del Cuello Uterino.

* Carlos A. Medina R.

Resumen

Las lesiones precancerosas del cuello uterino (LPCU) que se han descrito en la literatura, van desde la controversial atipia celular (ASCUS), hasta las etapas progresivas subsecuentes de displasia leve a severa (NIC I-III). Se describe el uso de crioterapia para lesiones precancerosas de cérvix, en un período de 25 años. El protocolo, diseñado en 1979, incluyó el uso de óxido nitroso durante tres minutos en ASCUS, y de seis minutos para casos de NIC moderada a grave. La principal herramienta diagnóstica fue el tamizaje con citología cervical-Papanicolau (PPC); la biopsia colposcópica se utilizó solamente en casos seleccionados. La mayor parte de mujeres postmenopáusicas con ASCUS, se trataron exitosamente con crema tópica de estrógenos durante tres meses, sin embargo, las que no respondieron a este esquema se sometieron a crioterapia con buenos resultados. La gran mayoría de mujeres entre 25 y 50 años, que presentaron atipia o displasia en diversos grados se manejaron exitosamente con crioterapia.

No se utilizó el Sistema de Bethesda, ya que apareció hasta el 2,001, tampoco se estudió el Virus de Papiloma Humano (HPV) puesto que su relación con lesiones precancerosas ha sido estudiada hasta ahora.

La identificación a futuro de las LPCU, probablemente incluirá colposcopia, citología cervical y la identificación de HPV oncogénico. En el presente estudio de intervención se encontró que el uso de crioterapia en 362 pacientes, fue clínicamente sensato con respuesta adecuada en el 100% de los casos.

Palabras Clave: Crioterapia, atipia celular, displasia cervical, carcinoma de células escamosas, virus de papiloma humano.

Abstract: Precancerous lesions of the cervix have been described in the literature from the most controversial, i.e., cellular atypia (ASCUS), to the progressive and complex severe dysplasia (CIN). A period of 25 years in the use of cryotherapy for precancerous lesions of the cervix is narrated. The protocol designed in 1979, included the use of nitrous oxide for 3 minutes in ASCUS, and 6 minutes in cases of mild to severe CIN. Cervical cytology screening served as the main tool of diagnosis, colposcopy biopsy was used only in selected cases. Postmenopausal women with ASCUS, were treated with topical estrogen cream for 3 months with success in the majority of cases; however, the ones who did not respond to it, received cryotherapy with good results. The most proportion of women in the 25-50 years old range, were successfully managed with cryotherapy. The Bethesda System was not used, as it appeared in 2001, nor was the Human Papilloma Virus (HPV) studied as its relationship with precancerous lesions has only recently been studied.

Future triage of precancerous cervical lesions will probably include colposcopy, cervical cytology and the oncogenic HPV identification. In the present interventional study the use of cryotherapy in 362 cases, was found clinically sound with positive results in 100% of the cases.

Key words: Cryotherapy, cellular atypia, cervical dysplasia, cervical ,squamous cell carcinoma, human papilloma virus.

* Profesor Titular del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.

Introducción

Las lesiones precancerosas del cuello uterino han sido descritas en la literatura, desde la más controversial, atipia celular (ASCUS), hasta las siguientes etapas en orden progresivo y complejo, tales son: NIC-I o displasia leve, y NIC-II y NIC-III displasia moderada y severa ⁽¹⁻⁵⁾.

Existen otras clasificaciones de estas lesiones que han querido simplificar su descripción, como la de Bethesda, que las ordena en lesiones de baja y alta intensidad ⁽⁶⁻⁸⁾.

Las lesiones que envuelven todo el grosor del epitelio, son de mayor gravedad, y el NIC III se ha relacionado en una etapa más progresiva con el advenimiento del carcinoma in situ.

Recientes hallazgos han relacionado estas lesiones precancerosas y el carcinoma de cuello, con la presencia del HPV que ofrece más de 100 cepas, pero que las número 16 y 18 que se han encontrado tienen relación directa con el apareamiento del cáncer ⁽⁹⁻¹²⁾.

Para los ginecólogos de antaño y hogaño, estos estadios patológicos han sido perfectamente descritos por los patólogos y citopatólogos, pero en épocas anteriores el único tratamiento ofrecido fue la biopsia de cono del cuello uterino, con dos ventajas:

- a) removía la lesión y
- b) daba suficiente tejido para clasificar bajo el microscopio la verdadera lesión. Sin embargo, en la paciente joven dicho procedimiento tenía efectos adversos en el embarazo, pues debilitaba en algunos casos la os externa e interna del canal cervical y provocaba partos pretérmino ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

El electrocauterio dio paso al asa térmica, procedimiento que consiste en rebanar una capa del cuello sin afectar la os interna del mismo y proporciona tejido para la biopsia definitiva ⁽¹⁶⁾.

Hace 30 años en Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos, se comenzó a utilizar la cauterización con rayos láser, procedimiento de uso común en estos países que pueden comprarlo y la paciente sufragar el alto costo del mismo ^{(7) (8)}. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), acepta que aunque el láser es el tratamiento correcto para los países del primer mundo, la cauterización en frío -criocauterización- del cuello uterino es un método aceptable y eficiente para los países en desarrollo, ya que es más sencillo, de relativo bajo costo, que brinda iguales resultados que el láser ⁽¹⁹⁻²¹⁾.

El presente trabajo cubre un período de 25 años con el uso del criocauterio para las lesiones anteriormente descritas, con resultados altamente satisfactorios.

Metodología

Durante el período de 1980 a 2005, se incluyeron 362 pacientes a las que se encontró alguna LPCU en la citología cervical, por medio del Papanicolau (PPC), clasificándolas de acuerdo a la severidad de la lesión. A cada paciente se le brindó información suficiente para la toma de decisiones terapéuticas. A las pacientes que mostraron una atipia celular (ASCUS), se les practicó una criocauterización de tres minutos usando óxido nitroso y diferentes sondas de cobre, de acuerdo al tipo y forma del cuello uterino.



Siempre se quemó el exocervix y más o menos un tercio del canal cervical externo.

A ninguna paciente se le practicó crioterapia si no se había realizado una citología endocervical. El PPC endocervical negativo fue mandatorio para proceder a la aplicación de crioterapia. Las pacientes con displasia leve y severa fueron agrupadas en dos categorías: las que tuvieron colposcopia y biopsia, y, las que recibieron la criocauterización sin el procedimiento diagnóstico arriba apuntado.

A las pacientes que mostraron un NIC-III persistente en el PPC post-crioterapia después de seis semanas, se procedió a hacerles colposcopia y biopsia, y, si la lesión persistía o era de menor complejidad, se procedió a hacerles una segunda criocauterización. Cabe notar que algunas pacientes con NIC-III por citología no mostraron una lesión equivalente en la biopsia bajo colposcopia. Las pacientes con NIC-I a NIC-III recibieron una cauterización de seis minutos, con instrucción de no tener relaciones sexuales por seis semanas, en cuya fecha se les hizo la citología de control. Si la lesión cauterizada mostraba una regresión a negativo, se declaraba a la paciente parcialmente curada y se le daba un seguimiento de tres citologías al año (cada cuatro meses). Si después de este período estaba normal, se clasificaba curada y se le daba seguimiento bianual por cinco años mínimo. Las criocauterizaciones se repitieron a un máximo de tres en pacientes con lesiones persistentes. La paciente que no tuvo un resultado esperado después de la tercera y última cauterización, se catalogó como no curada y se procedió a hacerle biopsia bajo colposcopia y referida a asa térmica, o se le practicó biopsia de cono. Siete pacientes eligieron la cirugía- histerectomía, básicamente por razones de ansiedad.

El protocolo de esta intervención prospectiva se planificó en 1979, cuando se desconocía la clasificación del sistema Bethesda que apareció hasta el 2001, así como también se ignoraban los hallazgos del HPV y su potencial relación con el cáncer de cérvix y las lesiones precancerosas.

Las citologías se hicieron en dos laboratorios de patología para mayor seguridad, las similitudes en el reporte citológico fueron iguales en 70 %

de los casos, y, en 30% hubo discrepancias en la intensidad de la lesión, especialmente en lo que se refiere a NIC-II y III ^{(22) (23)}.

Todas las citologías incluyeron dos láminas, una para el exocervix y otra para el canal endocervical, cuya muestra se obtuvo con un cepillo endocervical.

Resultados

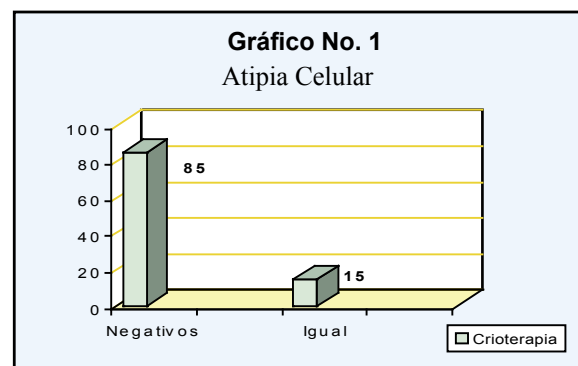
En la siguiente tabla se muestra una panorámica de los 362 casos clasificados según lesión histopatológica y crioterapia recibida con la expresión numérica de negatividad histopatológica.

LESIÓN/ CASOS	ATIPIA 100	A-PM 62 ^a	N-I 100	N-II 63	N-III 37 ^b
1 ^a Crio	85	5	40	48	7
2 ^a Crio	12	-	47	12	16
3 ^a Crio	3	2	13	3	7

- a) 54 casos manejo hormonal, 1 histerectomía
b) 7 se retiraron del estudio

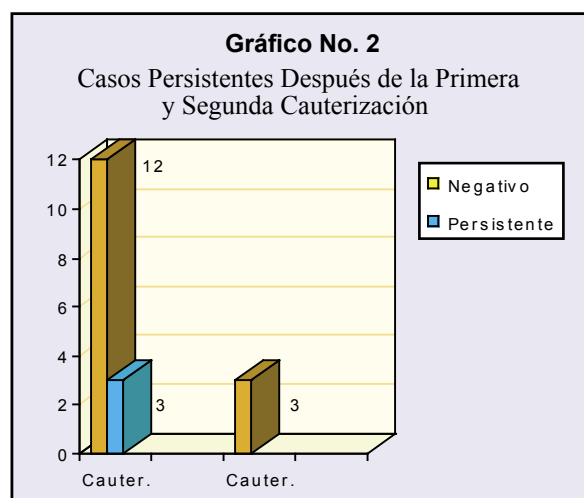
A-PM: Atipia en posmenopáusicas
N: NIC

Un total de 100 pacientes con atipia celular (ASCUS), en edades de 25 a 50 años, recibieron una criocauterización de tres minutos. En 85 pacientes de este grupo las citologías se tornaron negativas después del único procedimiento y se mantuvieron así por uno y hasta 10 años.



- Total casos: 100
- Tratamiento crioterapia 3 minutos
- Seguimiento a 10 años

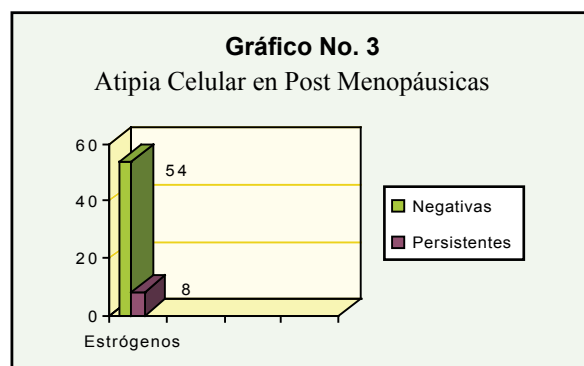
Las 15 pacientes restantes, aceptaron y recibieron una segunda crío cauterización después de seis semanas, ya que la atipia se mostraba persistente. De estas, 12 regresaron a normal y su seguimiento por un año fue exitoso. Tres pacientes recibieron una tercera crío cauterización con éxito, después de cinco años las citologías se mantuvieron negativas.



Total de casos: 15

- Después de segunda y tercera cauterización el total de casos fue negativo

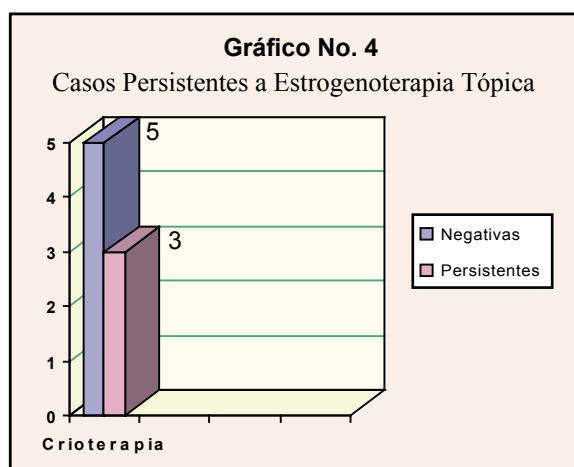
Todas las pacientes posmenopáusicas que mostraron atipia celular (62), se trataron con estrógenos tópicos, tres veces por semana durante tres meses.



Total de casos: 62

- recibió estrógenos tópicos por tres meses

De ellas, 54 (87%) respondieron al tratamiento y se mantuvieron con resultado negativo de citología, por más de cinco años. Cinco pacientes (8%) se sometieron subsecuentemente a terapia de criocauterización, con lo que también se “negativizaron”, después de no responder al tratamiento tópico. Tres pacientes (5%) que no respondieron al estrógeno y la criocauterización, se les practicó colposcopia- biopsia. Las tres mostraron displasia severa y se trataron con “crio” por dos y tres veces consecutivas. Finalmente, dos respondieron y una terminó en histerectomía. La biopsia mostró displasia severa y carcinoma in situ.

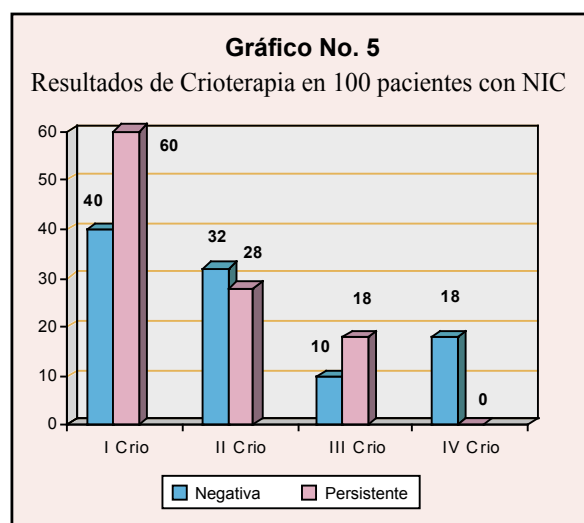


Total de casos: 8, se aplicó crioterapia
3 casos persistentes sometidos a biopsia:

- 2 negativos, tratados con crioterapia
- 1 CA in situ, tratados por HAT.

Las pacientes con displasia leve o NIC-I (100 en total) mostraron regresión a negativo en 40 % de los casos, a la primera criocauterización. Una segunda dosis logró que 32% más se negativizaran por un año. Sin embargo, 28% no respondieron al cauterio en frío, en primera intención y por haberse mantenido con displasia leve persistente, se consideraron para otros procedimientos. A 10 de ellas se les hizo colposcopia- biopsia, mostrando sus resultados la misma histopatología, pero respondieron a una o dos cauterizaciones adicionales, habiendo mantenido negatividad por más de un año. Las 18 restantes tuvieron una segunda cauterización, de las cuales 15 se negativizaron,

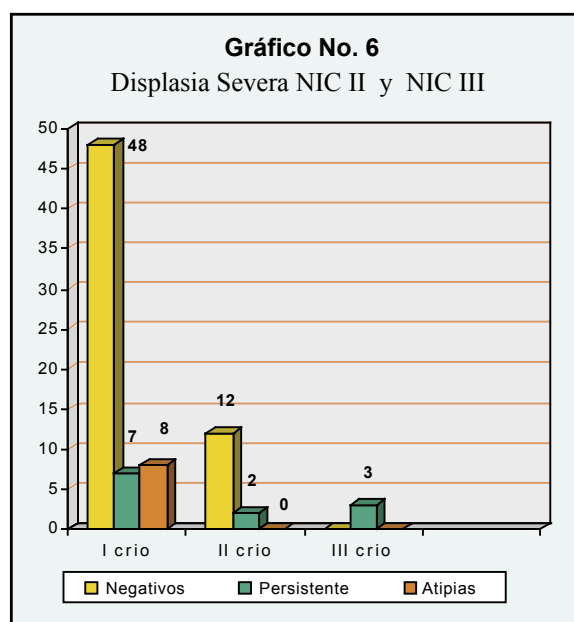
tres recibieron una tercera aplicación en frío logrando la negativización por los siguientes cinco años.



Total de casos: 100, a la cuarta crioterapia todos los casos se negativizaron

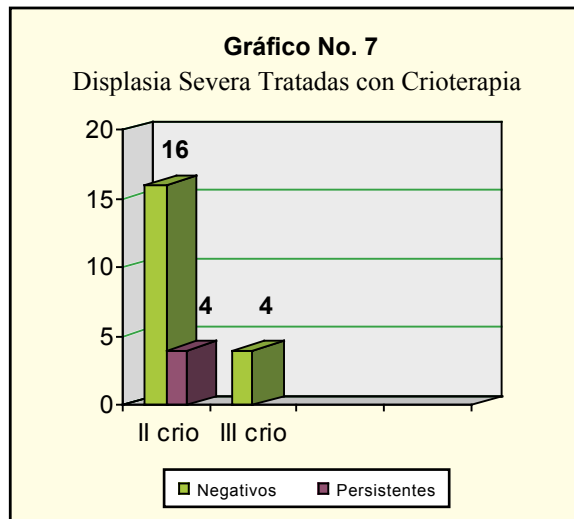
Los 100 casos diagnosticados con displasia moderada (NIC-II) y severa (NIC-III), se dividieron en dos grupos: las que recibirían criocauterización directa (63) y las que recibirían colposcopia-biopsia (37). No se pudo por razones económicas- hacerlo de esa manera, pues la mayoría prefería el tratamiento de crioterapia, a pesar de la consejería.

De ellas, 63 recibieron "crio" por seis minutos, 48 regresaron a negativo y se mantuvieron así por un año; 8 mostraron atipia en la citología seis semanas post-crio, aunque respondieron adecuadamente a la segunda dosis, pero siete mantuvieron displasia severa. Después de dos cauterizaciones, cuatro regresaron a negativo y tres se mantuvieron con la misma patología, por lo que se les hizo colposcopia con biopsias positivas para displasia; ninguna mostró el cambio a cáncer *in situ* en las muestras obtenidas. Por haber terminado su período reproductivo se les recomendó "cono" o "asa". El cono no mostró cáncer *in situ*; dos mostraron un proceso inflamatorio severo y la otra una displasia pura. Todas pasaron de displasia severa a atipia y negativizaron con uno o dos procedimientos ulteriores.



Total casos: 63, se trataron con 6 (seis) minutos de frío.

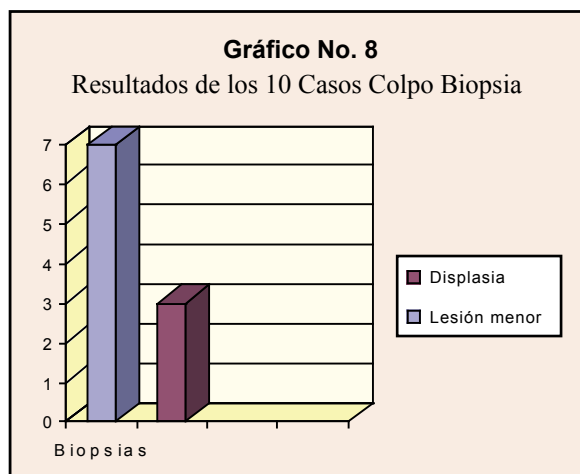
A los 3 casos persistentes de III frío ; se realizó 2 conos y una asa diatérmica, cuyas biopsias fueron negativas por CA.



Los 20 casos de NIC I y NIC II se negativizaron a la tercera crioterapia.

De los 37 casos supuestos a realizar colposcopia-biopsia, 20 rehusaron el procedimiento por oneroso, así que se les aplicó crioterapia con buen suceso (16 negativizaron después de dos aplicaciones, aunque cuatro necesitaron tres

procedimientos). Siete cambiaron de ginecólogo y 10 se sometieron a colposcopia-biopsia. Siete de estas últimas mostraron patología benigna, clasificadas como de baja intensidad, así que se les practicó crioterapia con éxito. Tres mostraron displasia severa, pero regresaron a atipia después de tres cauterizaciones. Dos se perdieron de control por un año y la otra negativizó seis meses después con una sola aplicación. Las dos que se salieron del protocolo (seguimiento y tratamiento dentro de un año), regresaron dos años después y mostraron atipia que fue negativizada con una sola aplicación.



Después de segunda crioterapia pasaron a atipia celular. Se negativizaron con III crioterapia.

Discusión

El problema de las LPCU en el grupo de la clase media investigado y tratado en el curso de 25 años con crioterapia esencialmente, muestra un cuarto de siglo de la historia médica de estas lesiones en la población hondureña proveniente de diferentes regiones del país.

El equipo de láser usado en los países desarrollados es demasiado caro para nuestro medio y serían muy pocas las pacientes, que en su mayoría no están cubiertas por un seguro médico, las que pudieran ser beneficiarias del mismo.

Recientemente, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, ha reportado en el Boletín No. 66 de Septiembre de 2005, que iguales resultados se obtienen con láser, crioterapia y el asa térmica (24) (25). El seguimiento de las pacientes fue positivo, excepto en un pequeño grupo que desertó y terminó con histerectomía abdominal y detección de patologías benignas por biopsia. Después de hasta 10 años con al menos una citología anual, las recidivas observadas fueron muy pocas y respondieron a la crioterapia. Afortunadamente, no hubo ningún caso de carcinoma invasor.

El equipo de crioterapia es relativamente de bajo costo, y, aunque el precio del óxido nítrico ha sufrido incrementos notorios, todavía el procedimiento está dentro del nivel de las finanzas de la clase media y alta. Además, es de fácil uso, las complicaciones son mínimas y todas remediabiles. También resulta una opción para la red de servicios públicos del país.

Se puede apreciar que en las LPCU, los resultados de la crioterapia en el lapso apuntado fueron aceptables y sobre todo, el método fue altamente eficaz, brindándoles a las pacientes un servicio que las libró de una neoplasia posterior.

En ningún momento se asevera que cualquier otro protocolo usado es mejor o peor que el expuesto, ya que lo que se ha descrito es una experiencia personal que consideramos aceptable y prácticamente casi 100 % eficaz.

Conclusión

Se ha descrito el uso de crioterapia durante 25 años, en 362 mujeres de la población general del país, diagnosticadas con LPCU. Los resultados son clínicamente aceptables para el objetivo planteado: detener el proceso de progresión de las lesiones epiteliales que se han descrito como precursoras del cáncer de cuello uterino. El procedimiento es sencillo, casi inocuo y de bajo costo, evita en la mayoría de los casos la cirugía para la remoción del útero, procedimiento que tiene un costo alto y puede tener complicaciones adversas.

Es justo aceptar, que la disciplina de las pacientes en el seguimiento fue encomiable, ya que usualmente este es un problema en los hospitales públicos.

Aunque la historia de las LPCU, están íntimamente ligadas a cepas oncogénicas de HPV, en este estudio no se hizo su identificación, por lo reciente de su descubrimiento.

La colposcopia- biopsia de los cuatro cuadrantes del cuello uterino, es un procedimiento indicado en el diagnóstico de estas lesiones precancerosas. Sin embargo, su alto costo, lo hace aún oneroso, como puede derivarse del presente trabajo.

En el futuro, la triada de citología cervical convencional o de base hídrica, la colposcopia y la identificación del HPV oncogénico, será necesaria para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las lesiones precancerosas de cuello uterino.

Agradecimientos

El autor agradece al Dr. Germán Bárcenas, por su ayuda en la conceptualización de las gráficas y al Dr. Geovanni Erazo Trimarchi, por su análisis estadístico del trabajo y al Dr. Jorge Fernández por su apoyo en la revisión del trabajo final.

BIBLIOGRAFIA

- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. JAMA 2002; 287: 2141-9.
- Solomon D, Schiffman M, Tarone R.. Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial. ALTS study group. J Natl Cancer Inst 2001; 93:293-9.
- Results of a randomized trial on the management of cytology interpretations of atypical squamous cells of undetermined significance. ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. Am J Obst Gynecol 2003; 188:1383-92.
- Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. Int J Gynecol Pathol 1993; 12:186-92.
- Morin C, Bairati I, Bouchard C, Fortier M, Roy M, Moore L, et al. Managing atypical squamous cells of undetermined significance in Papanicolau smears. J Reprod Med 2001; 46:799-805.
- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. JAMA 2002; 287:2114-9.
- Smith AE, Sherman ME, Scott DR, Tabbara SO, Dworkin L, Olson J, et al. Review of the Bethesda System atlas does not improve reproducibility or accuracy in the classification of atypical squamous cells of undetermined significance smears. Cancer 2000; 90:201-6.
- The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. National Cancer Institute Workshop. JAMA 1989; 262:931-4.
- Herrero R, Munoz N. Human papillomavirus and cancer. Cancer Surv 1999; 33:75-98.
- Nobbenhuis MA, Walboomers JM, Helmerhorst TJ, Rozendaal L, Remmink AJ, Risse EK, et al. Relation of papillomavirus status to cervical lesions and consequences for cervical- cancer screening: a prospective study. Lancet 1999; 354:20-5.
- Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of papillomavirus types associated with cervical cancer. International

- Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. *N Engl J Med* 2003; 348:518-27.
12. Koutsky LA, Holmes KK, Critchlow CW, Stevens CE, Paavonen J, Beckmann AM, et al. A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection. *N Engl J Med* 1992; 327:1272-8.
13. Spitzer M, Chernys AE, Shifrin A, Ryskin M. Indications for cone biopsy: pathologic correlation. *J Obstet Gynecol* 1998; 178:74-9.
14. Holcomb K, Matthews RP, Chapman JE, Abulafia O, Lee YC, Borges A, et al. The efficacy of cervical conization in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia in HIV-positive women. *Gynecol Oncol* 1999; 74:428-31.
15. Ramírez EJ, Hernández E, Miyazawa K. Cervical conization findings in women with dysplastic cervical cytology and normal colposcopy. *J Reprod Med* 1990; 35:359-61.
16. Chappatte OA, Byrne DL, Raju KS, Nayagam M, Kenney A. Histological differences between colposcopic-directed biopsy and loop excision of the transformation zone. (LETZ): a cause for concern. *Gynecol Oncol* 1991; 43:46-50.
17. Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twigg LB, Wilkinson EJ. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189: 295-304.
18. Kwikkell HJ, Helmerhorst TJ, Bezemer PD, Quaak MJ, Stolk JG. Laser or cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia: a randomized study to compare efficacy and side effects. *Gynecol Oncol* 1985; 22:23-31.
19. Ostergard DR. Cryosurgical treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* 1980; 56:231-3.
20. Wright VC, Davies EM. The conservative management of cervical intraepithelial neoplasia: the use of cryosurgery and the carbon dioxide laser. *Br J Obstet Gynecol* 1981; 88:663-8.
21. Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Cook E, Wittaker L, Rhodes-Morris H, Silva E. A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization, and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstet Gynecol* 1998; 92:737-44.
22. Cardona V. Centro de Patología. Hospital "La Policlínica", Tegucigalpa, 1980-2005.
23. Alvarado D. Centro de Patología Laboratorios Médicos, Tegucigalpa, 1980-2005.
24. Kidney M.D., Walter. ACOG Practice Bulletin. Number 66, sept. 2005. Obstetrics and gynecology vol. 106. Number 3 Sept. 2005 pages 645 a 663.
25. Berget A, Andreasson B, Bock JE. Laser and cryo surgery for cervical intraepithelial neoplasia. A randomized trial with longterm follow-up. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70:231-5.

Valoración de la Atención que se le Brinda a la Adolescente Embarazada en el Hospital Regional Atlántida

* Ana Mildred Rámirez M

* Mirtha Cano de Villafranca

* Elba Suyapa Salgado

Resumen

El embarazo en adolescentes, cada vez más frecuente en países pobres, es considerado como un problema prioritario en salud, tanto en el aspecto preventivo como en el de dar un cuidado de calidad a fin de evitar los múltiples problemas que puede desencadenar durante el embarazo y posteriormente. Objetivo: determinar si la atención que se brinda en la Consulta Externa del Hospital Regional Atlántida de La Ceiba a las adolescentes embarazadas está de acuerdo a la calidad técnica esperada para este grupo de edad. Material y Métodos: La investigación es de tipo descriptiva y los datos fueron recolectados en forma transversal. El universo lo constituyó el grupo de adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal, la muestra estuvo constituida por 100 adolescentes encuestadas mientras asistían a control prenatal y 38 durante el post parto. Resultados: La atención brindada a las adolescentes embarazadas no reúne las condiciones mínimas de una atención de calidad basada en las normas del Manual de Atención Integral en Salud a la Adolescencia, la cual debe ser diferenciada, brindada por personal calificado y en ambientes designados para esta población. Ninguna de estas tres premisas se cumple tanto en la consulta externa como en el área de atención del parto y puerperio. Los conocimientos de las adolescentes embarazadas son deficientes en aspectos relevantes como: los cuidados de la embarazada durante la gestación, después del parto y los cuidados del recién nacido.

Palabras Clave: Adolescente, embarazo en adolescencia, calidad de atención de salud.

Abstract: Pregnancy in adolescence is becoming more frequent in poor countries, and it is considered a health priority, in its prevention and the quality care needed to prevent the different problems that can occur during the pregnancy and after the birth. Objective: to determine if the care provided in the prenatal clinic at the Regional Hospital in La Ceiba to the pregnant adolescents is given according to the norms established for this group. Materials and Methods: a descriptive design was used, data was recollected at a given moment. The universe was constituted by all the adolescents girls that seek prenatal care; a sample of 100 girls was taken and interviewed at the prenatal care clinic, and 38 were interviewed after the birth of their baby. Results: the care given to the pregnant adolescents does not meet the minimum conditions mentioned in the Guide for Adolescent Health Care, which should be different to that given to adults, by qualified personnel and in an environment assigned specifically to this age group. None of the three conditions were met in the prenatal clinic and the delivery area. The knowledge that these adolescents have is deficient in relevant areas: care of the pregnancy, post natal care and care of the new born.

Keywords: Adolescent, pregnancy in adolescence, quality of health care.

Introducción

El embarazo en adolescentes, cada vez más frecuente en países en desarrollo, es considerado

* Enfermeras graduadas del postgrado en Enfermería, Atención Integral al Niño y Adolescente.

como un problema prioritario en salud pública, especialmente en comunidades deprimidas, debido a su alto riesgo de morbilidad: bajo peso al nacer, prematuridad y un alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil ⁽¹⁾. Además estas altas tasa de nacimiento disminuyen las oportunidades de construir un futuro.

De acuerdo con la estimación hecha por las Naciones Unidas, había en el mundo en 1985 más de 506 millones de mujeres jóvenes entre 10 a 19 años. El 86% de estas vivían en países en vías de desarrollo y constituyen el 23% de la población total. Para el año 2020 se calcula que en América Latina el 80% de las adolescentes vivirán en zonas urbanas. En países como Honduras, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Bolivia del total de la población el 50% es menor de 17.6 años ⁽²⁾. En Honduras, la población adolescente entre 10 y 19 años, constituye más de 25% de la población total, presentando características y necesidades especiales de salud, educación y empleo, entre otras, que requieren de una oferta de información, educación y servicios de salud diferenciada, bajo un enfoque altamente preventivo ⁽³⁾.

Gran parte de las adolescentes son solteras y no planifican por lo que los nacimientos anuales correspondientes a este grupo han aumentado en todos los países de América Latina, especialmente en aquellos sectores de la población, deprimidos social, económica y culturalmente. En Honduras, la tasa de fecundidad específica (número anual de nacimientos por mil mujeres), entre 1993-95 en mujeres de 15 a 19 años, fue de 136 nacidos vivos por cada 1000 mujeres ⁽⁴⁾. Para ese mismo período la tasa de fecundidad en adolescentes en Colombia se estimó en 71 por mil ⁽¹⁾.

Las altas tasas de nacimientos entre las madres adolescentes son motivo de gran preocupación para los servicios de salud, pues si bien ha habido mejoras en los cuidados de la salud reflejados en una reducción de muertes maternas e infantiles, el incremento de embarazos a tempranas edades conlleva una serie de riesgos para la madre y sus

bebés. Uno de los problemas que se presenta es el aumento de demanda de atención prenatal y de parto.

Lo anterior se refleja en el Hospital Regional Atlántida donde la demanda de adolescentes embarazadas es cada vez mayor. En el año 2002, el 10.2% (383 de 3755) de los partos correspondió a las adolescentes, que representa el 37.5% de las muertes maternas, con diagnóstico de preeclampsia severa y shock hipovolémico. Esta situación ha dado lugar a que la atención de la adolescente embarazada en la Consulta Externa del hospital sea una prioridad institucional; a su vez motivó la investigación cuyo propósito fue determinar si la atención que se brinda en la Consulta Externa a las adolescentes embarazadas está de acuerdo a la calidad técnica esperada para este grupo de edad.

Entre los objetivos principales se tuvieron: determinar la existencia de atención diferenciada a la adolescente embarazada y la orientación brindada sobre el embarazo y su cuidado; caracterizar la participación de la pareja (compañero) y familia, en el apoyo y cuidado de la embarazada durante las visitas de control prenatal; establecer si la atención brindada está acorde a las normas establecidas y verificar la orientación y otorgamiento de métodos de planificación familiar en el post parto inmediato y mediato.

La atención a las adolescentes embarazadas debe ser de calidad pues en estudios realizados en países similares al nuestro, las madres adolescentes tuvieron una mayor prevalencia de prematuridad y recién nacidos bajos de peso, comparadas con madres adultas ⁽⁵⁾.

La atención prenatal permite entre otras cosas, promover y mantener la salud de la gestante y el feto, preparar a la madre, la pareja y la familia para el parto, cuidado de la puerpera y recién nacido, y detectar tempranamente factores de riesgos y su manejo oportuno ⁽⁶⁾.

El cuidado prenatal empieza en la infancia y continúa en la adolescencia; debe incluir aspectos relacionados con: nutrición adecuada, salud sexual y reproductiva, integrando acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria; logrando con esto la salud de la embarazada y el niño. Las mujeres que han gozado de buena salud y han estado bien alimentadas en su infancia y adolescencia tienen menos riesgos durante el embarazo y el parto.

El cuidado prenatal temprano y adecuado a un programa especializado en embarazo de adolescentes asegura un bebé más saludable. El fumar, uso de alcohol, abuso de drogas conviene hacer desistir duramente, y los métodos de apoyo corresponderían ofrecerse para ayudar a la adolescente embarazada a llevar tales comportamientos. La alimentación adecuada debe asegurarse mediante la educación y la disponibilidad de recursos sociales. El ejercicio apropiado y el sueño adecuado convendrían también ser informado adecuadamente. La información anticonceptiva y los servicios son importantes. Las adolescentes deben ser aconsejadas y ayudadas para permanecer en la escuela o en programas educativos que les permitirán encargarse de su niño financieramente, además de que es más saludable emocionalmente ⁽⁹⁾.

Durante la gestación es necesario dar seguimiento a la madre y el feto a través de programas de salud como: atención materna y prenatal que incluye: parto, planificación familiar, lactancia materna y atención al recién nacido, prevención y detección oportuna de riesgos perinatales y manejo de los mismos, contribuyendo al mantenimiento de la salud y a la disminución de la morbi – mortalidad materna perinatal.

La atención a las adolescentes embarazadas debe ser diferente a la de una mujer adulta. Dadas las características de las y los adolescentes, los servicios deberían preferentemente ubicarse en lugares especiales, donde sea factible que los profesionales de salud brinden una atención diferenciada acorde a las necesidades que son

típicas de la adolescencia. Esto se hace necesario debido a que las adolescentes no concurren a los servicios de salud existentes por temor a la crítica adulta. Este personal debe estar en condiciones de brindar atención especializada, en el marco de la atención diferenciada de adolescentes ⁽⁸⁾.

Entre las madres de todas las edades, las adolescentes componen el grupo en el que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular. En el 2002, el 6,6 por ciento de las madres de entre 15 y 19 años de edad comenzó a recibir atención prenatal en una etapa avanzada o no tuvo supervisión médica alguna (en comparación con el 3,6 por ciento correspondiente a los grupos de todas las edades) ⁽⁹⁾.

Materiales y Métodos

La presente investigación es de tipo descriptiva y los datos fueron recolectados en forma transversal. El universo lo constituyó el grupo de adolescentes embarazadas que asistieron a su control prenatal en la Consulta Externa del Hospital Regional Atlántida de la Ciudad de La Ceiba.

La muestra estuvo constituida por 100 adolescentes encuestadas mientras asistían a su control prenatal en Consulta Externa, y 38 entrevistadas durante el post – parto. A todas las participantes se les solicitó un consentimiento informado. El período de recolección de datos fue de enero a marzo del 2003. Las personas responsables del llenado de encuestas fueron las estudiantes del Post-Grado de Enfermería, quienes previamente llegaron a acuerdos sobre aspectos como: objetivos de la investigación, selección de la muestra, instrumento de recolección, llenado de los instrumentos, procedimientos de supervisión, entre otros, a fin de lograr un consentimiento informado.

Previo a la ejecución de la investigación fue necesario concertar con las autoridades de la

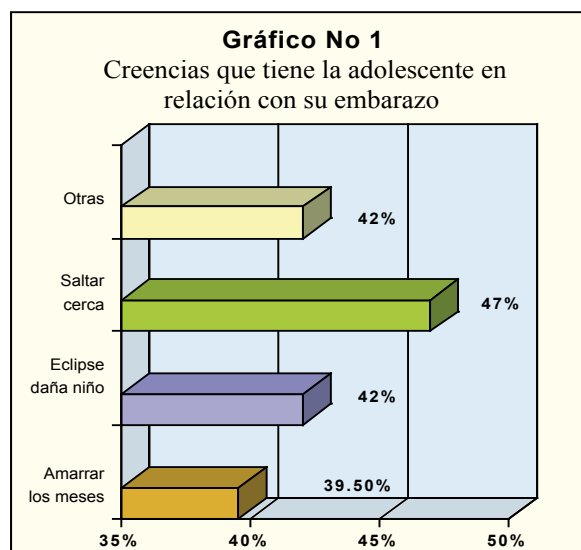
institución, así como el personal que labora con las personas que demandan estos servicios; además se requirió del apoyo de las enfermeras profesionales y los jefes de servicio involucrados en este estudio pues con base en los resultados, se llevó a cabo la respectiva socialización de hallazgos, se revisaron las conclusiones y recomendaciones, así como el plan de intervención para cada uno de los problemas encontrados, a fin de darles su corrección más efectiva.

Resultados

En cuanto a las **características generales** de las adolescentes embarazadas se encontró que el mayor porcentaje (72%) están entre 17 a 20 años que comprende la adolescencia tardía. No obstante, es relevante que 28% se ubica en la adolescencia temprana (14-16 años), lo que representa un factor de riesgo que aumenta la morbi-mortalidad materno perinatal. Solamente un 2% de las encuestadas no tiene escolaridad, un porcentaje elevado tiene primaria completa y algún grado de educación secundaria; esto puede facilitar la puesta en práctica de la orientación recibida. El ingreso mensual familiar es de Lps. 1,000.00 a 2,000.00, bastante bajo para el sostenimiento de la familia. Las jóvenes continúan utilizando su tiempo libre en ver televisión y escuchar música, típico en esta edad.

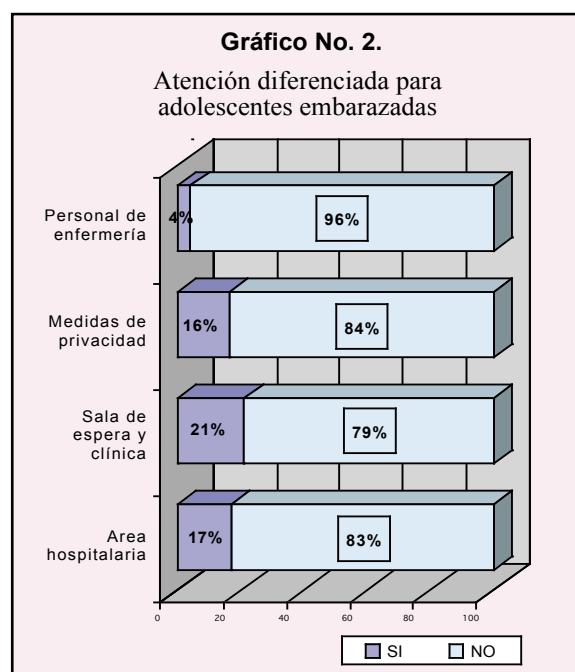
A pesar que el 87% asiste a grupos religiosos donde se les brinda educación sobre los valores de la familia, las jóvenes continúan embarazándose sin darle importancia a todas las responsabilidades que conlleva un embarazo. Un 33% presenta un segundo o tercer embarazo.

La mayoría de las embarazadas tienen creencias en relación al daño que le pueden ocasionar a su niño ciertas actividades o fenómenos como: un eclipse o saltar una cerca, entre otros.



FUENTE: EAEACE-HRA AÑO: 2003

En lo referente a la **atención diferenciada** que se brinda a la adolescente embarazada, el 96% de las jóvenes refiere que no hay personal asignado de forma exclusiva para su atención. Además, la mayoría indicó que no se toman las medidas de privacidad necesarias, las que son de mucha importancia para ellas ya que dada su edad son personas muy susceptibles que requieren de un trato especial. Tampoco se cuenta con área físicas diferenciadas tanto en la consulta externa como en el área de hospitalización.

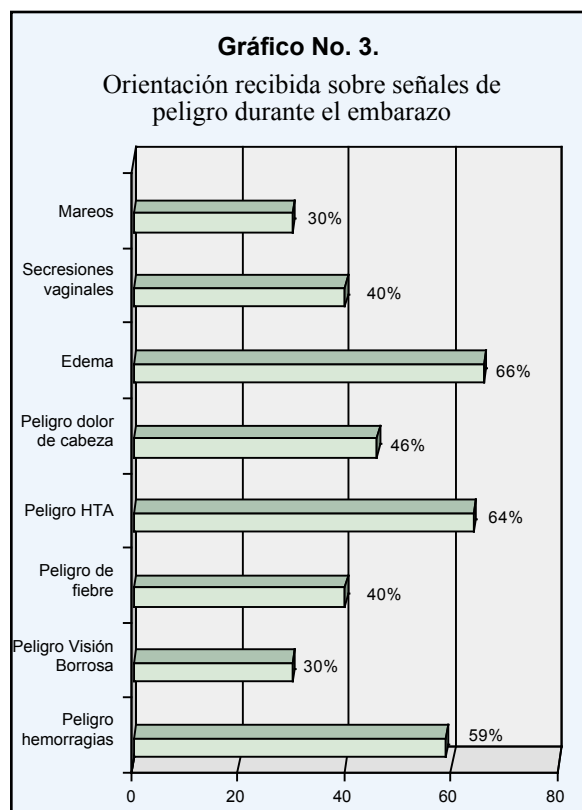


FUENTE: EAEACE-HRA AÑO: 2003

Al analizar la **orientación** que reciben las adolescentes embarazadas se encontró que la educación que reciben es a través de los métodos tradicionales: charlas (40%), folletos (13%) y videos (7%); 37% no recibió educación.

Las adolescentes, en su mayoría, no reconocen la importancia del control prenatal; solamente un 22% mencionó que facilitaba el buen crecimiento del niño.

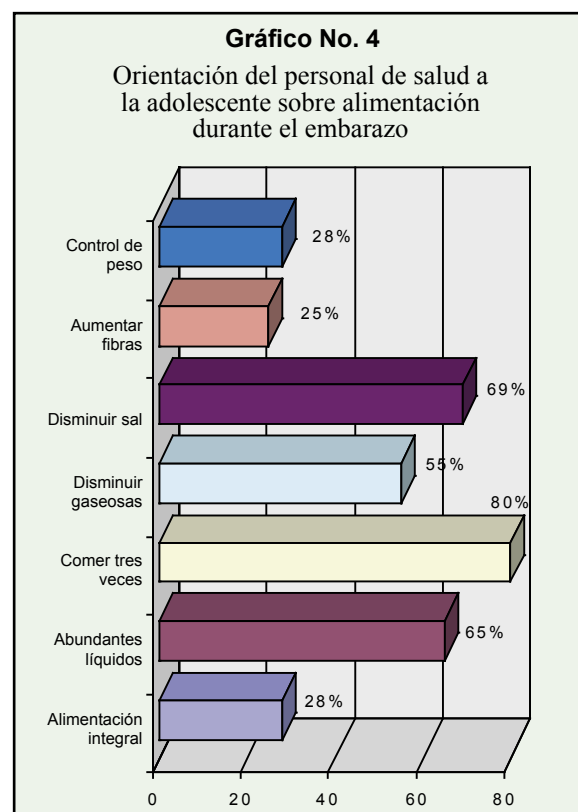
La orientación brindada sobre señales de peligro es baja, se espera que el 95% de las adolescentes reconozcan estos, sin embargo lo más reconocido fue el edema 66%, hipertensión arterial 64% y las hemorragias 59%.



FUENTE: EAEACE-HRA AÑO: 2003

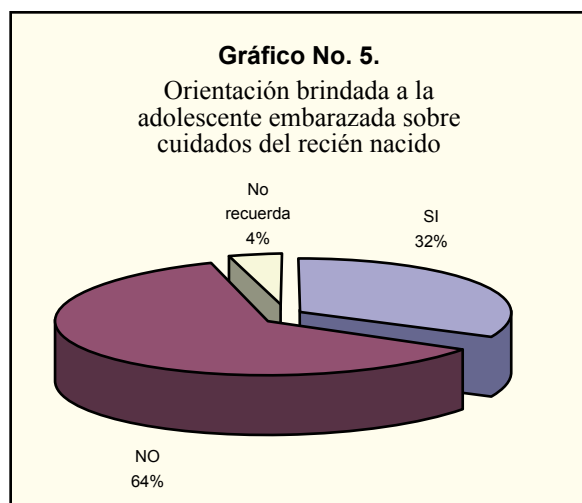
Fue muy poco lo que se orientó sobre aspectos relacionados con la alimentación; solamente un 28% manifestó haber recibido orientación sobre el peso adecuado que debe tener durante

el embarazo; no se orientó sobre aspectos como que una adolescente embarazada necesita 300 calorías más que la mujer adulta embarazada y que estas calorías las encuentran en los productos lácteos, que debe tomar como mínimo cinco vasos de leche para suplir las necesidades de calcio y el uso de la sal yodada para evitar el cretinismo al bebé.



FUENTE: EAEACE-HRA AÑO: 2003

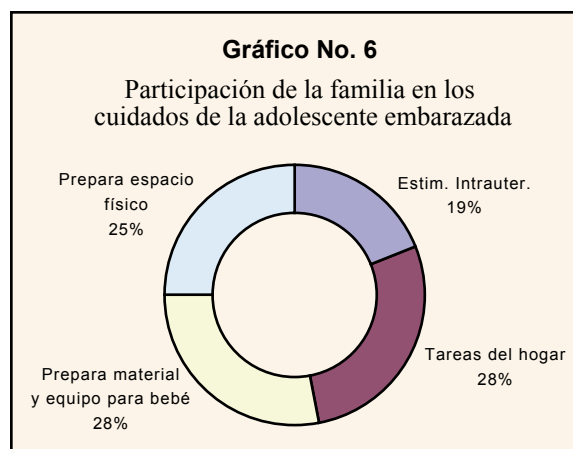
El 64% manifestó no haber recibido orientación sobre el cuidado que debe tener el recién nacido (gráfico No. 5). También fue insuficiente la orientación sobre el descanso y la actividad física. Caminar fue lo que indicó un 47% de las jóvenes embarazadas; aspectos tan importantes como el descanso, y los ejercicios respiratorios fueron mencionados por 28 y 13%.



FUENTE: EAEACE-HRA AÑO: 2003

En relación a la **orientación y conocimientos sobre lactancia materna** se encontró que: el 61% de las adolescentes conocen que ésta debe iniciar al nacer el niño, un 41% manifestó no saber la duración recomendada para la lactancia; solamente un 38% conocía el tiempo ideal que debe durar la lactancia materna exclusiva; en cuanto a las ventajas de la lactancia materna sólo se mencionaron lo económico y la prevención de enfermedad en el niño. Es evidente que la orientación que se brinda en el período prenatal no se refleja en los conocimientos de las adolescentes.

La **participación de la pareja y de la familia** de la adolescente en su cuidado es muy limitada, tal como lo revela el hecho de que un elevado porcentaje de las adolescentes acuden solas a su control prenatal (68%), lo que nos indica que estas jóvenes no están siendo apoyadas por su esposo/pareja o parientes durante su embarazo. El apoyo en los cuidados de la embarazada en el hogar se limita a preparar material y equipo para el bebé, compartir las tareas del hogar, preparar el espacio físico y apoyar la estimulación intrauterina. Esta última sin embargo, sólo fue mencionada por un 19%.



FUENTE: EAEACE-HRA AÑO: 2003

Discusión

La información refleja que la atención brindada a las adolescentes embarazadas no reúne las condiciones mínimas de una atención de calidad basada en las normas del Manual de Atención Integral en Salud a la Adolescencia, las que explicitan que la atención debe ser diferenciada, brindada por personal calificado, en ambientes designados para esta población. Ninguna de estas tres premisas se cumple tanto en la consulta externa como en el área de atención del parto y puerperio; probablemente a esto se debe entonces la respuesta de las jóvenes, quienes manifiestan haber sido objeto de poca orientación tanto en las consultas prenatales como durante la hospitalización para la atención del parto.

Se observa que los conocimientos de las adolescentes embarazadas son bastante deficiente en aspectos relevantes como los cuidados de la embarazada tanto durante el embarazo como después del parto y del recién nacido. La adolescente recibe escasa información sobre salud sexual y reproductiva, estimulación temprana, métodos de planificación familiar, higiene, espaciamiento de los embarazos, baño del bebé, alimentación en el período prenatal y post-parto y señales de peligro en el niño y la madre; todo esto está establecido en las normas de atención a la adolescente embarazada.

Lo anterior puede ser debido a que la educación no se hace o que no está siendo captada debidamente, lo que a su vez puede ser por la metodología educativa utilizada o por las condiciones en que se lleva a cabo.

Se hace necesario eliminar las limitaciones o barreras para el acceso de las adolescentes embarazadas a los servicios de salud, así como la búsqueda de una estrategia educativa que permita la construcción de conocimientos, pues solo así la adolescente podrá internalizar los mismos y hacer los cambios y adaptaciones que la situación amerita.

La vida de la madre adolescente y su bebé suele ser difícil. Muchas de ellas abandonan sus estudios. En 1997, un estudio demostró que sólo el 41 por ciento de las adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años de edad termina la escuela secundaria, comparado con el 61 por ciento de las adolescentes con antecedentes sociales y económicos similares que no tienen hijos hasta tener 20 o 21 años de edad ⁽¹¹⁾.

Esta falta de educación trae consecuencias como la no preparación para conseguir trabajo, la dependencia económica, la insuficiente preparación para la maternidad, la poca preparación en salud sexual y reproductiva, entre otros. Por todo ello, la atención a la adolescente embarazada debe ser integral, con mucho énfasis en la prevención, tanto de futuros embarazos como de las consecuencias de un embarazo antes de los 20 años.

Agradecimiento

A las jóvenes que participaron en la investigación y a las docentes del postgrado de enfermería, MSc. Elia Pineda y MSc. Myrna Vásquez de Cruz por su apoyo en la realización de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. March of Dimes Centro de Enseñanza del Embarazo. El Embarazo en las Adolescentes.

en línea) Fecha de acceso de marzo del 2006. Disponible en: http://www.nacersano.org/centro/9388_9919.asp.

2. Reeder Sharon, Martin Leonide. Enfermería Materno Infantil, 17 ed. Editorial Interamericana, 1995.
3. Honduras. Secretaría de Salud. Guía metodológica para facilitadores de padres y madres de adolescentes. Tegucigalpa: Secretaría de Salud. 2000.
4. Honduras. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar-ENESF 96. Tegucigalpa: Secretaría de Salud, 2000.
5. Reyna J.Orozco B, Dufour D, Speers, G. Adolescentes Embarazoy Salud.(en línea) Fecha de acceso 13 de marzo del 2006. Disponible en: <http://www.encolombia.com/obsgine51300-adolescentesolescentesyemb.htm>
6. Granada, María Victoria. Vásquez, Martha Lucia. Atención primaria de la salud, para la vida. Washington. UNICEF/OMS. 1993.
7. Sanitas. Embarazo en la adolescencia. Diciembre, 2005. de <http://www.tuotromedico.com/temas>
8. Honduras .Secretaría de Salud de. Bases Programáticas Programa Nacional de Salud Integral al Adolescente. Tegucigalpa: La Secretaría. 2003.
9. National Center for Health Statistics. Births: Final Data for 2002. National Vital Statistics Reports, 12/17/03
10. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Not Just Another Single Issue: Teen Pregnancy's Link to Other Critical Social Issues. Washington, D.C., 2002.

Factores Condicionantes de Estrés y su Relación con el Proceso de Trabajo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

* Martha Elizabeth García Baula

Resumen

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, pero cobra mayor importancia actualmente debido a las alteraciones físicas, emocionales, cognitivas, sociales de conducta y a las enfermedades incapacitantes que conlleva, las cuales afectan los procesos de trabajo y la calidad de los servicios que se brindan en una institución. **Objetivo:** Identificar los factores estresantes que afectan al personal de enfermería y la relación que tienen con el proceso de trabajo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (U.C.I.P.) del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela. **Materiales y Métodos:** Se aplicó a diez auxiliares y trece profesionales en enfermería, que representan el 93% del universo, una encuesta cuantitativa-cualitativa con 37 preguntas abiertas y cerradas y la Escala de Maslach, la cual permitió medir el desgaste profesional desde tres aspectos: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal durante el periodo comprendido de noviembre del 2002 a abril del 2003. **Resultados:** Los condicionantes de estrés encontrados fueron: el trabajo del turno A en un 66.6%. El 74.2% del personal de enfermería de la U.C.I.P. consideran que el trabajo que se realiza es más o menos arduo y un 9.5% consideran que es demasiado arduo. El 95.2% identificaron condiciones ambientales desagradables y peligrosas. 28.5% presentaron de 4 a 7 manifestaciones físicas y tuvieron poco o bastante agotamiento emocional, 52.3 % presentaron de 1 a 5 manifestaciones emocionales y el 100% consideran que la atención se ve afectada cuando hay incapacidades laborales. **Conclusiones:** Las manifestaciones relacionadas con el estrés fueron evidentes;

todo el personal presentó algunos de los síntomas clasificados dentro de los cuatro tipos de manifestaciones, siendo las manifestaciones físicas las que más se observaron, sin embargo, son las manifestaciones emocionales las que están condicionando con mayor fuerza el agotamiento emocional.

Palabras Clave: Estrés, factores desencadenantes, acontecimientos que cambian la vida, enfermedades laborales.

Abstract: The concept of stress goes back to the decade of 1930 but becomes more important at present due to the physical, emotional, cognitive and social conduct alterations and to the disabling illnesses with which it relates, as they affect the work processes and the quality of services that are offered at an institution. **Objective:** Identify the stress factors that affect the nursing staff and their relation to the work process in the (PICU) Pediatric Intensive Care Unit at the Hospital Escuela. **Materials and Methods:** a quantitative-qualitative opinion poll with 37 questions and the Maslach's scale that permitted measuring professional deterioration, from three aspects: emotional exhaustion, depersonalization and self-realization were applied to ten nursing assistants and thirteen registered nurses, representing 93 % of the universe. The data recollection period was from November 2002 to April 2003. **Results:** The contributing factors of stress founds were work in the morning shift in a 66.6 % , 74.2% of the nursing staff considered that the work is more or less arduous and 9.5 % that it is too arduous; 95.2 % identified disagreeable and dangerous environmental conditions; 28,5 % presented 4 to 7 physical manifestations and had little or

plenty emotional exhaustion; 52,3 % had 1 to 5 emotional manifestations and 100 % considered that the nursing care is affected by the labor incapacities. **Conclusions:** The manifestations related with stress were evident, all nursing staff showed some of symptoms classified within the four kinds of manifestations, being the physical manifestations more frequent, however the emotional manifestations were the factor that contributed with more strength to emotional exhaustion.

Keywords: Stress, Precipitating factors, life change events, occupational diseases.

Introducción

En las últimas décadas los factores que predisponen al estrés han aumentado debido a las presiones que la sociedad impone; éste es un fenómeno que no sólo se atribuye a las áreas de trabajo, debido a que también surge de las actividades desarrolladas en la vida diaria tanto en el hogar como en las instituciones o en la comunidad ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994, definió el concepto de estrés aplicado al trabajo como: “el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo” ⁽²⁾.

El Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH), define el estrés del trabajo como: “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos, o las necesidades del trabajador” ⁽³⁾.

Según la teórica de la enfermería Imogene King, expositora de la teoría de la consecución de objetivos, define el **estrés** como:

“Un estado dinámico en el cual el ser humano interactúa con su entorno”. El estrés implica un intercambio de energía e información entre la persona y el entorno para lograr la

regulación y el control de los factores estresantes... una respuesta de energía de un individuo hacia personas, objetos y acontecimientos. El aumento del estrés en individuos puede limitar su campo de percepción y disminuir su racionalidad. Un aumento del estrés puede también afectar a los cuidados de enfermería ⁽⁴⁾.

Si las situaciones de estrés se presentan en forma frecuente e intensa en el ambiente del individuo, entonces la persona comenzará a experimentar los siguientes **síntomas**; **físicos**: dolor en el pecho, dificultad para respirar, shock, fatiga, náuseas y/o vómitos, mareo, sudoración excesiva, aceleración del ritmo cardíaco, sed, dolor de cabeza, alteraciones visuales, espasmos de la mandíbula y dolores difusos; **cognoscitivos**: confusión, pesadillas, desorientación, aumento o disminución del estado de alerta, concentración deficiente, dificultad para resolver problemas, trastornos de la memoria, y dificultad para identificar personas u objetos conocidos; **emocionales**: ansiedad, culpa, aflicción, negación, pánico severo (raras veces), miedo, irritabilidad, pérdida del control emocional, depresión, sentimiento de fracaso, sentirse abrumado y culpar a los demás o a sí mismo; **de conducta**: ira intensa, aislamiento, estallidos emocionales, pérdida o aumento temporal del apetito, consumo excesivo de alcohol, incapacidad de descansar, intranquilidad y cambios en la conducta sexual ⁽²⁾.

La práctica médica ha constatado por años las enfermedades producto del estrés, los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esto lleva a la persona moderna a incrementar notablemente en mucho sus cargas tensionales y produce la aparición de diversas patologías.

Las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés pueden clasificarse en dos grandes grupos:

a) Patologías por Estrés Agudo

Aparecen en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de

gran demanda que el individuo debe solucionar, aparece en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente es reversible. Las enfermedades que habitualmente se observan son: úlcera por estrés, estados de shock, neurosis post-traumática, neurosis obstétrica y estado posquirúrgico.

b) Patologías por Estrés Crónico.

La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aún años produce enfermedades de carácter más permanente con mayor importancia y también de mayor gravedad. El estrés genera inicialmente alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos vitales. Algunas de las alteraciones más frecuentes: dispepsia, gastritis, ansiedad, accidentes, frustración, insomnio, colitis nerviosa, migraña, depresión, agresividad, disfunción familiar, neurosis de angustia, trastornos sexuales, disfunción laboral, hipertensión arterial, infarto al miocardio, adicciones, trombosis cerebral, conductas antisociales y psicosis severas ^{(2) (5) (6) (8)}.

Consecuencias del estrés laboral:

El estrés laboral individual una vez presente en el ambiente de las diferentes áreas de una organización, tendrá consecuencias que afectarán negativamente a la misma. Estas pueden ser de dos tipos: directas e indirectas. **Directas;** ausentismo laboral, tardanzas y retraso en el trabajo, rotación de personal, poca membresía y participación. **Indirecta;** en la relación a la ejecución del trabajo los aspectos organizacionales más afectados son los siguientes: cantidad de la productividad, calidad de la productividad, accidentes, equipos, maquinarias averiadas y demoras en su reparación, desperdicio o sobre-utilización de la iniciativa y la creatividad ⁽²⁾.

Con la información revisada sobre el estrés laboral y las principales causas identificadas que pueden llevar al personal a padecer múltiples problemas de salud y que tendrán un impacto en el trabajo que se desempeñe, sin importar cual

sea el trabajo que se realice sino la cantidad, la calidad y la producción; no está de más buscar y poner en práctica acciones de “autocuidado” que nos permitan sentirnos bien, como: realizar ejercicio físico, control del tiempo, cambio de hábitos, etc.; y al mismo tiempo acciones organizacionales que contribuyan a mejorar nuestro ambiente laboral ⁽²⁾.

No olvidemos que la parte más importante de una unidad de cuidados intensivos (U.C.I.) no es la tecnología, sino el elemento humano, en especial las enfermeras. El adiestramiento dirigido que tiene por objeto proporcionar la información necesaria al personal de U.C.I.P es de vital importancia en la prevención del estrés ⁽⁸⁾.

Los médicos deben estar dispuestos y preparados a participar en programas de educación continua, destinados a colegas y al personal de enfermería, que tomen parte en el manejo del paciente grave. Las responsabilidades de enfermería en una U.C.I. son mayores ya que desempeñan actividades que tradicionalmente, han sido responsabilidad del médico ⁽⁸⁾.

Este estudio se fundamenta básicamente en identificar factores predisponentes de estrés en el personal de enfermería que labora en la U.C.I.P. del Hospital Escuela.

La U.C.I.P. es un lugar de atención especializada y de constante cuidado, vigilancia, intervención a pacientes neonatales y pediátricos en estado crítico (9)(10). El personal que se desempeña en esa unidad lo hace en los siguientes horarios: Turno A, de 6:00 a.m. a 14:00. Turno B, de 14:00 a 21:00 y, Turno C, de 21:00 a 6:00 a.m.

Algunos estudios demuestran, que el personal que se desempeña en las Unidades de Cuidados Intensivos se queja a diario de la sobrecarga de trabajo durante el turno A, implicando; cansancio tanto físico como emocional y por tanto, mayor incapacidad laboral e inasistencias, lo que a su vez provoca, un impacto negativo en la calidad de la atención que se brinda ^{(9) (10)}.

El propósito de este estudio es que cada persona identifique sus propios factores predisponentes de estrés, así como, su condición psicológica ante el trabajo que realiza para que diseñe su propio plan preventivo enfocado a la salud individual y al bienestar integral. De esta forma se busca promover la integración de un equipo de trabajo que diseñe un plan enfocado a modificar el sistema de trabajo utilizado y las condiciones de trabajo que podrían llevar al estrés.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. El personal asistencial de enfermería que participó fueron diez auxiliares y trece profesionales de la U.C.I.P. de noviembre del 2,002 a abril del 2003.

Para la muestra se tomó 93% del universo porque dos personas no desearon participar en el estudio.

Se aplicó la escala de Maslach que mide tres aspectos: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los usuarios del servicio. En la subescala de **Cansancio Emocional**, se valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. En la de **Despersonalización**, se valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. En la subescala de **Realización personal**, se evalúan los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo ⁽¹¹⁾.

Cabe mencionar que en la subescala de **Cansancio Emocional** y **Despersonalización** entre más alto es el puntaje, mayor es el desgaste profesional. Contrario a la subescala de **Realización personal**, donde, a menor puntaje mayor es el desgaste profesional ⁽¹¹⁾.

Se aplicó una encuesta cuantitativa-cualitativa con 37 preguntas abiertas y cerradas, la cual fue probada con cinco enfermeras entre auxiliares y profesionales que laboran en la sala de Emergencia Pediátrica, se realizaron los ajustes necesarios y luego se aplicó al personal de enfermería de la U.C.I.P., lo que permitió conocer los factores estresantes que afectan al personal de enfermería, las manifestaciones del estrés tanto físicas, cognitivas, emocionales y de conducta, así como las enfermedades agudas y crónicas causadas por estrés y la relación que éstas tienen con el proceso de trabajo.

La información obtenida a través de la encuesta se procesó con el programa de informática SPSS versión 8, y algunas variables fueron analizadas con estadísticas inferenciales, descriptivas: la chi cuadrada y el riesgo relativo.

Los resultados de las subescalas de la escala de Maslach se tomaron por separado y se cruzaron con algunas variables de acuerdo al plan de tabulación y análisis. Cada una tiene diferente interpretación según el puntaje obtenido de acuerdo a las categorías de análisis.

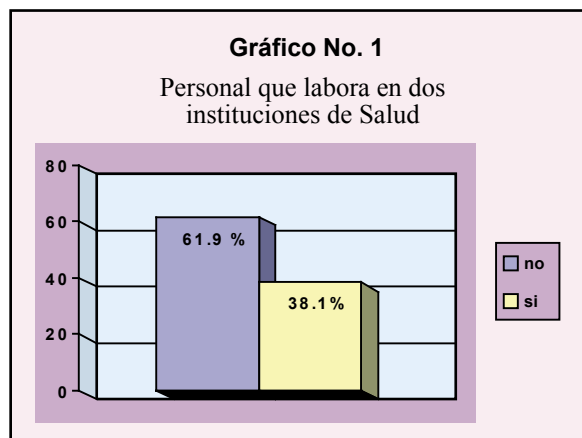
Resultados

Caracterización del Personal

Las edades del personal de enfermería que labora en la U.C.I.P. del Hospital Escuela están comprendidas entre los 23 y 34 años de edad en un 57.1%. Las enfermeras / os entre las edades de 35 y más años tienen 6 veces más riesgo de agotamiento emocional que las de menor edad. Por lo tanto 5 de cada 100 enfermeras / os entre estas edades podrían presentar agotamiento emocional, este dato sería más significativo si nuestra población de estudio fuese mayor de 30.

La formación profesional o técnica adquirida por el personal de enfermería para trabajar en la U.C.I.P. es de un 52.4% Licenciadas en enfermería y un 38.4% auxiliares de enfermería, el 9.2 % restante lo constituyen ayudantes de enfermería, encontramos que el 76.1% del personal tiene menos de dos años laborando en

la U.C.I.P. y solamente el 23.8% de las personas sobrepasan los tres años de antigüedad laboral y de este porcentaje ninguna persona cumple 10 años en la institución.



Factores Predisponentes de Estrés

Respecto a la intensidad del trabajo que se realiza el 74.2% del personal de enfermería de la U.C.I.P. consideran que el trabajo que se realiza es más o menos arduo y un 9.5% consideran que es un trabajo demasiado arduo, estadísticamente deducimos que 8 de cada 100 profesionales de enfermería que trabajan en la U.C.I.P. pueden presentar agotamiento emocional.

El 66.6% afirmaron que el turno que genera mayor estrés es el turno A. El tipo de trabajo que se realiza en la U.C.I.P. no es rutinario según el 81% del personal; el 9.5% respondieron no haber obtenido apoyo del jefe cuando tuvieron problemas familiares. De acuerdo a la subescala de agotamiento emocional se encontró que si han presentado un poco de cansancio emocional. El 25% de las personas que consideraron que el jefe no tomaba en cuenta su opinión para tomar decisiones con respecto a su persona presentó bastante cansancio emocional.

Con respecto a la capacidad laboral frente al trabajo que realizan, el 100% se sienten seguras en cuanto al trabajo que realizan y de éstas, sólo el 28.5% se sienten un poco cansadas emocionalmente y el 4,7% se sienten bastante cansadas emocionalmente.

El 61.9% consideran la Unidad como un área para

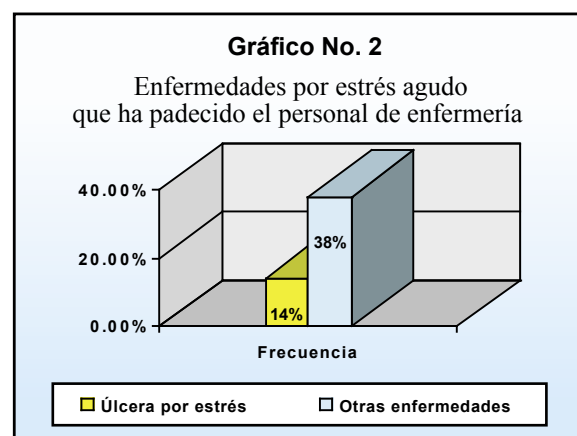
el crecimiento profesional, el 95.2% del personal han identificado condiciones desagradables y peligrosas en el área de trabajo.

Manifestaciones de estrés, problemas y enfermedades agudas y crónicas

El 28.5% de las personas que presentaron de 4 a 7 manifestaciones físicas tuvieron poco o bastante agotamiento emocional, lo que significa que estas personas tienen 78 veces más riesgo de presentar agotamiento emocional en relación a las personas que sólo presentaron de 1 a 3 manifestaciones físicas. Se encontraron de 1 a 5 manifestaciones cognitivas en el 23.8% del personal y de estas 3 resultaron con un poco de cansancio emocional y sólo una con bastante cansancio emocional.

El 52.3% del personal presentaron de 1 a 5 manifestaciones emocionales (ME), lo que significa que las personas que presentaron por lo menos una ME, tienen 18 veces más riesgo de presentar agotamiento emocional que 7 personas de cada 100 que trabajan en la U.C.I.P. Las personas que han presentado por lo menos una ME pueden presentar también agotamiento emocional.

El 71.4% del personal presentaron manifestaciones de conducta, de las cuales seis presentaron algún grado de agotamiento emocional, según análisis estadístico 3 de cada 100 personas que laboran en esta unidad y que hayan presentado alguna manifestación de conducta pueden presentar agotamiento emocional.



Las enfermedades por estrés crónico que más se han presentado son insomnio en un 38%, migraña en un 28.5% y gastritis en un 23.8%, ansiedad, depresión y accidentes laborales en menor porcentaje.

Relación con la atención que se brinda a los pacientes en la U.C.I.P.

El 95.2% del personal reconocen que la atención se ve afectada cuando hay incapacidades laborales, las cuales han variado de uno a cinco días, de seis a diez días, de once a quince días y de más de quince días.

El 33.3% se han incapacitado durante el período de 6 meses que comprendió el estudio una o dos veces. Igual porcentaje ha faltado sin autorización en el mismo período y por similar número de veces.

El personal de la U.C.I.P. ha presentado una cantidad importante de manifestaciones y enfermedades causadas por estrés, al aplicar la subescala de **Agotamiento emocional** de la escala de Maslach encontramos que apenas un 4.8% está bastante agotado emocionalmente y un 28.6% un poco agotado emocionalmente, contrario a un 66% que manifestaron sentirse nada agotados emocionalmente.

Con respecto a la subescala de **Despersonalización**, un 23.8% resultaron con un poco de despersonalización y un 76.2% sin nada de despersonalización ante la atención que brindan a sus pacientes.

El 100% del personal que trabaja en la U.C.I.P. se siente satisfecho con el trabajo que se realiza porque consideran ésta área como de crecimiento profesional.

Discusión

En base a los resultados obtenidos observamos que la edad que caracteriza al personal de enfermería que trabaja en la U.C.I.P. es menor

de 34 años, condición que favorece debido a la rotación de turnos y a la intensidad del trabajo que allí se realiza ⁽³⁾.

Es oportuno mencionar la ventaja de que una minoría del personal sea mayor de 40 años debido a las alteraciones en los estados de descanso, sueño que surgen después de esa edad, sobretodo cuando la persona realiza trabajo nocturno y lo que a la vez condiciona a cometer errores involuntariamente durante las horas de trabajo.

En relación a la complejidad del trabajo que se desarrolla en una U.C.I.P. lo ideal fuese que un 80% del personal estuviese integrado por profesionales de enfermería, como suele ocurrir en países desarrollados ⁽⁸⁾. Lastimosamente las autoridades de la Secretaría de Salud no tienen la capacidad económica y probablemente desconocen la importancia de contratar profesionales de enfermería para atender en forma personalizada y con enfoque integral a pacientes en estado crítico.

Otro aspecto que caracteriza al personal de la U.C.I.P. es el hecho de tener en su mayoría menos de 2 años laborando en el sistema, lo que de alguna manera favorece el rendimiento del trabajo dentro de la Unidad, sin embargo algunas de estas personas están doblemente empleadas dentro de la misma institución mediante contratos con la Fundación para el Niño con Cáncer o mediante convenios de turno, dentro de la misma Unidad. Asimismo las horas de trabajo que realizan en otras áreas van desde 8 horas hasta 32 horas semanales y de 40 horas semanales las enfermeras que son empleadas regulares en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

Algunas de las personas entrevistadas respondieron que el trabajo es más o menos arduo o demasiado arduo, este dato es muy variable de una persona a otra ya que cada quien posee sus propias capacidades físicas e intelectuales y a la vez lo que es estresante para una persona puede que no lo sea para otra ⁽²⁾.

El turno A (de 6:00 AM a las 14:00 horas) se consideró como el más estresante debido a las siguientes razones: mayor realización de procedimientos especiales, mayor actividad porque casi todos los pacientes ingresan durante este turno, a veces hay poco personal lo que sobrecarga el trabajo. Además existen limitantes para que el personal llegue temprano al trabajo, porque en algunos casos viven en zonas de difícil acceso.

Se consultó sobre el apoyo del jefe ^{(2) (7)} cuando se presentan problemas familiares y la consideración de éste, cuando toma decisiones con respecto a la persona, debido a que sentirse apoyado en situaciones críticas contribuye a disminuir el estrés; no obstante, los resultados revelaron que pocas personas no encontraron ese apoyo que debe ser brindado tanto por el jefe como por los compañeros/as de trabajo.

El personal auxiliar de enfermería considera la intensidad del trabajo como lo necesario o poco, y sólo la ayudante y la profesional de enfermería consideran que el trabajo es demasiado arduo. Por lo que de acuerdo a análisis estadísticos 8 de cada 100 profesionales de enfermería que trabajan en la U.C.I.P. pueden presentar agotamiento emocional.

La mayoría del personal considera que el trabajo de la U.C.I.P. llena sus expectativas como empleado, porque no es un trabajo rutinario, ya que hace uso de las capacidades destrezas y agilidad mental, además se puede dar mucha calidad humana, se siente útil, es un área compleja y de aprendizaje continuo. Contrario al resto del personal; para una minoría no llena las expectativas como empleado, porque no permite capacitarse en otras áreas, considera que debería de haber mejor remuneración, algunas se sienten inconformes, sin embargo, no es todos los días que sienten este sentimiento de inconformidad, además les gustaría desarrollar cursos de actualización y educación continua.

Algunos de los aspectos que contribuyen al buen desempeño del empleado dentro de su área de trabajo, son las condiciones físicas adecuadas

y ambientales agradables ⁽²⁾, sin embargo al realizar el estudio, la mayoría del personal identificó **condiciones desagradables** tales como: exposición a un ambiente altamente contaminado, no hay ventilación (espacio cerrado), olor putrefacto de las aguas negras a cualquier hora del día (problema resuelto), fugas de aguas contaminadas por las tuberías, aire acondicionado sin regulación, por lo que los cambios de temperatura entre el ambiente interno y externo son demasiado bruscos y afectan principalmente al personal con problemas de las vías respiratorias, altas concentraciones de oxígeno, exposición a iluminación artificial las 24 horas del día y a radiación emitida por la maquina de rayos x portátil.

Asimismo las **condiciones peligrosas** identificadas fueron: riesgo de infectarse de enfermedades transmisibles, pinchazos con agujas contaminadas, contacto con secreciones y fluidos corporales en algunas ocasiones por escasez de guantes, el constante ruido de las alarmas de los aparatos (ventiladores mecánicos, monitores de oximetría y cardíacos así como de bombas de infusión), riesgo de incendios por la presencia de tanques de oxígeno con manómetros en mal estado, riesgo de electrochoque por la gran cantidad de aparatos conectados a la red eléctrica, daño a los aparatos durante los cortes de energía eléctrica, lo que pone en riesgo a los pacientes que demandan del servicio de los aparatos y al personal, generando estrés cuando se daña algún equipo y no existe otro para sustituirlo. El hecho de estar tanto tiempo de pie realizando procedimientos predispone a la formación de venas varicosas en miembros inferiores.

Los resultados de este estudio nos permitieron identificar diferentes tipos de manifestaciones, entre otras:

- a) Las **manifestaciones físicas** más comunes en orden de frecuencia: cefalea, sed, fatiga, dolores difusos, alteraciones visuales, dificultad para respirar, mareo, dolor torácico, taquicardia y náuseas o vómito.

- b) Las **manifestaciones cognoscitivas** presentadas por el personal de enfermería fueron: pesadillas, concentración deficiente, trastornos de la memoria, desorientación, dificultad para resolver problemas, dificultad para identificar problemas u objetos conocidos.
- c) Las **manifestaciones emocionales** que más se presentaron fueron: ansiedad, depresión, miedo, culpa, aflicción, irritabilidad y sentirse abrumado.
- d) Las **manifestaciones de conducta** encontradas son: pérdida del apetito, incapacidad para descansar, intranquilidad, cambios en la conducta sexual, estallidos emocionales e ira intensa.

Dentro de las **enfermedades por estrés agudo** que ha presentado el personal de la U.C.I.P. durante el tiempo que tiene de trabajar en la unidad podemos mencionar: úlceras por estrés, enfermedades como el dolor varicoso, dolor por compresión de nervios tibial y ciático, alergias e hipotensión arterial.

Según los resultados; **las enfermedades, síntomas o problemas** que más prevalecieron en el personal de enfermería de la U.C.I.P. son: insomnio, migraña, gastritis, ansiedad, depresión, accidentes laborales, colitis nerviosa e hipertensión arterial, así mismo, se encontraron dermatitis de las manos y crisis asmáticas.

Se demostró claramente que todos los factores anteriores han predispuesto al personal a presentar alguna o algunas de las manifestaciones por estrés y que han llevado en algunos casos a retrasos en los horarios de llegada, la incapacidad laboral o a la inasistencia no programada, lo que según los resultados obtenidos, la mayoría del personal considera que la calidad de la atención sí se ve afectada, causando acumulación de trabajo sobre todo en el turno A. La sobrecarga de trabajo no permite brindar atención integral, expresado en

la dificultad para sacar el trabajo, aumento en el riesgo de defunciones, porque la atención no es adecuada cuando no se cuenta con el personal necesario, hay retraso en la administración de medicamentos y en la realización de algunos procedimientos, hay omisión de procedimientos como por ejemplo: se disminuye la frecuencia con que se debe brindar terapia respiratoria a los pacientes. Cuando sólo hay una enfermera profesional se descuida la atención y vigilancia de los pacientes porque la preparación de medicamentos, mezclas e infusiones demanda mayor tiempo. El personal auxiliar de enfermería siente que se le recarga el trabajo los fines de semana, ya que no hay ayudante de enfermería para que realice los mandados.

Conclusiones y Recomendaciones

La U.C.I.P. del Hospital Escuela cuenta con personal menor de 35 años en su mayoría, asimismo este personal no tiene más de 10 años de antigüedad laboral, se sienten bien con el trabajo que realizan lo que fortalece su realización personal; si existe un poco de inconformidad con el salario que se recibe, lo que de alguna manera condiciona que el personal profesional de enfermería esté doblemente empleado, actualmente se encuentran más personas trabajando en otra institución que cuando se realizó la investigación, las incapacidades laborales se han presentado con mayor frecuencia, lo que de alguna manera agudiza las manifestaciones relacionadas con el estrés.

Algunos de los factores que generan estrés y cansancio emocional en el personal de enfermería fueron identificados parcialmente, debido a que al aplicar cálculos estadísticos los valores dados no tienen mucha significancia, sin embargo otros factores si están muy marcados como ser, las condiciones desagradables y peligrosas dentro del ambiente de trabajo.

Las manifestaciones relacionadas con el estrés han sido evidentes, todo el personal presentó alguno o algunos de los síntomas clasificados dentro de los cuatro tipos de manifestaciones,

siendo las manifestaciones físicas las que más se presentaron, sin embargo son las manifestaciones emocionales las que están condicionando con mayor fuerza el agotamiento emocional.

El personal de enfermería que trabaja en la U.C.I.P. se ha enfermado frecuentemente de patologías que sí tienen una estrecha relación con los factores condicionantes de estrés, lo que ha contribuido a la extensión de incapacidades laborales o a que el personal trabaje aún estando enfermo ⁽²⁾.

Cualquier enfermedad que signifique ausencia de un trabajador en su puesto de trabajo, le representa a la institución deterioro de productividad, por retraso en la ejecución del trabajo, sobrecarga de trabajo u omisión de algunos cuidados de enfermería ⁽²⁾.

Se recomienda realizar estudios más amplios en los que podamos analizar la influencia de otras variables en relación al estrés y su relación con los procesos de trabajo no sólo en unidades de cuidados intensivos si no en diferentes áreas de trabajo, para que se puedan tomar acciones concretas de autocuidado que favorezcan nuestra salud individual y bienestar integral.

Agradecimiento

A la Msc. Elia Beatriz Pineda docente de investigación del Post-grado de Enfermería en Atención en Salud Integral al Niño y al Adolescente por el apoyo científico para la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Quiroz E, Casas M.I. Comisión Mujer Salud y Desarrollo para Centro América, Proyecto Mujer Salud y Desarrollo. San José, Costa Rica, OPS/OMS. 1,994.
2. Ortega V. Joel. Estrés y Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Copyright © Enero 1.999 MEDSPAIN. http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm
3. Sauter S, Murphy L, Colligan M, Swanson N, Hurrell J Jr., Scharf F Jr. et al. El Estrés en el Trabajo. Cincinnati, Ohio, USA. Instituto Nacional de Salud Ocupacional (NIOSH). 1,999.
4. Marriner-Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. 3 ed. España: Mosby: 1,994
5. Miller L, Dell A. Stress in the workplace. American Psychological Association. 2004. <http://www.apahelpcenter.org/articles/php?id=19>
6. Slipak O. Estrés Laboral. Argentina: Alcimeon. 1,996, 19 (4). http://www.alcmeon.com.ar/5/19/a19_03.htm
7. Hernández M. El Estrés en el Trabajo: Un Enfoque Sicoadministrativo. Revista Ciencia Administrativa. Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz: 1993. <http://www.uv.mx/iiesca/revista/suma36.html>
8. Zeb. L, Burrell Jr. Cuidados Intensivos. 3 ed., Mexico. Editor. 1,983.
9. Phipps W, Cassmeyer V. Medical Surgical Nursing, Concepts and Clinical Practice. 15 th. USA: Mosby-year book; 1,995.
10. Brunner L, Suddarth D. Enfermería Medico Quirúrgica. 6a Ed. México: Editorial Interamericana; 1,988.
11. GGrau J, Chacon Margarita. Burnout: Una Amenaza Para los Equipos de Salud. II jornada de Actualización en Psicología de la Salud; Agosto 1,998: Colombia: 1998 <http://www.alasa.org/boletin/art01.htm>

Conocimiento y Actitudes en Violencia Doméstica y Consumo de Drogas en Colonias Marginales de Honduras

^a Kenneth Vittetoe Bustillo

^b Leonel Zavala

^c Ana Barahona

Resumen

Se trata de una investigación epidemiológica que se llevó a cabo en una zona marginal de la ciudad capital para determinar la percepción cultural, que dicha población tiene sobre la violencia en general, violencia domestica y el uso y abuso de drogas legales e ilegales. El trabajo pretende estudiar las condiciones de vida en las zonas conocidas como “cinturones de pobreza” que rodean la ciudad capital y otras grandes ciudades del país y el resto de Latinoamérica, donde se ha estado observando un incremento en el uso y abuso de drogas ilegales, violencia y una pérdida de seguridad ciudadana en general. Se llevó a cabo usando métodos bioestadísticos conocidos, mediante una muestra representativa del universo. La sensibilidad estadística es aceptable en todos sus cruces excepto en algunos casos en donde la muestra se reduce significativamente. En la percepción de la población sobre violencia la gran mayoría maneja algún concepto de ella y tipifica a la violencia física con 33%, la verbal con 27% y sexual 12%; se encontró que el 81% tenían algún concepto sobre violencia doméstica, dentro de estas específicamente el 43% identifica maltrato a la esposa. El conocimiento adquirido se obtuvo a través de los medios de comunicación audiovisual, como la Radio, la Televisión. y el Periódico que alcanzan un 74% en total de menciones. El uso de Alcohol y abuso de Drogas se reconocen como factores asociados a violencia y alcanzan un 16% y 28% respectivamente, especialmente la de tipo

doméstica. La droga legal como el alcohol es siempre mencionada y desde hace algunos años las de tipo ilegal como la marihuana y cocaína se han agregado a la relación y conocimiento general asociado al fenómeno de agresión y violencia.

Palabras Clave: Violencia, violencia domestica, uso y abuso de drogas, drogas legales y drogas ilegales.

Abstract: This is an epidemiological research study on the conditions that are related to the development of drug use and abuse related to violence in a community that encircles the capital city of Honduras. This type of population has settled in and around the outskirts of the major cities of Latin America Today they are considered marginal, and frequently referred as “poverty belts”. They generally lack most of the basic services that are required to acceptable standards in an urban community.

The Study was done to determine the perception, attitudes and general knowledge, culture-wise, that this population has on violence per se, domestic violence and the legal and illegal drug use and abuse in the community they live in. This would entitle the city governments to better define the conditions of life and knowledge to establish policies and future control of similar sub-cultural environments in areas known such as those referred as “poverty belts” that surround the capital city and other major cities of Latin America.

^a Profesor Titular, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

^b Profesor Titular, Departamento Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

^c Médica, Psiquiatra; Hospital Militar Honduras

It was carried out using biostatistics methods through a representative sample of the universe and the results are presented through graphical pictures and after an analysis of the variables by frequency, prevalence and simple variable crossings. Statistical sensitivity is acceptable in all its data, except in cases where the sample is reduced significantly.

In the perception of violence, this study revealed that this population handles a general concept of the term used within the community and identifies physical violence in 33% the cases, from verbal 27% and sexual in 12% of the respondents. Also 81% had some concept on domestic violence, 43% were able to identify mistreatment of a wife as part of domestic violence. General knowledge and information on this subject was obtained mainly through audiovisual means, such as Radio, T.V. and newspapers, 74%. As expected in this study the use of alcohol, (16%) is an important factor related to violence; but the mentions of illegal drugs, such as marihuana and cocaine (28%) are becoming more important to this type of population in this respect.

Key Words: Violence, domestic violence, drug use and abuse, legal drugs and illegal drugs.

Introducción

La violencia no es específica de un grupo social determinado, se presenta en todos los sectores de la sociedad. Investigaciones realizadas sobre violencia domestica en sectores de bajos recursos demuestran que en el núcleo familiar no solamente la mujer sufre la agresión sino los demás miembros como los niños que pueden sufrirla o ser testigos de ella, este tipo de violencia en todas sus manifestaciones es una muestra de irrespeto de los Derechos Humanos, Nelson Mándela dijo:

“La violencia es talvez la violación mas vergonzosa de los derechos humanos”⁽¹⁾.

La violencia cualquiera que sea su expresión, implica el deseo inconsciente de negar en el otro la existencia de derechos y necesidades. Es la destrucción real o simbólica del otro para lograr dominio de la situación. Violencia domestica se puede definir de formas muy variadas tal como la siguiente: “Todo acto cometido dentro de la familia por uno de sus miembros y que perjudica gravemente la vida, el cuerpo, la integridad psicológica y/o la libertad de otro miembro de la familia”⁽¹⁾, no obstante, el concepto de violencia doméstica utilizado va más allá del llamado acto violento, induce a pensar en un problema de múltiples dimensiones. Existen varios tipos de violencia domestica: *física*, es la que hace uso de la fuerza con la intención de causar daño a una persona o grupo; *violencia sexual*, es forzar a otra persona a tener una actividad sexual a través del uso de la intimidación y de la amenaza abierta o implícita; *violencia psicológica*, es humillar de manera intensa y continua a otra persona con el fin de controlarle sus acciones o su forma de ser, causando sufrimiento o temor mediante la intimidación, amenazas, gritos, manipulación, encierro, aislamiento, insultos, burlas, ofensas, celos patológicos, indiferencia; *violencia patrimonial* y económica, es todo acto que ocurre en medio de una explosión de enojo y su propósito es abusar e intimidar⁽¹⁾.

El estudio de la conducta humana en cuanto a Violencia y Uso y Abuso de Drogas en una comunidad urbana de características propias y que a la vez es representativa de una gran mayoría de las que se han conformado como “cinturones de pobreza”, alrededor de la ciudad capital, (desde la década de los años sesentas del siglo recién pasado), es un fenómeno poblacional generalizado en todo América Latina. El análisis de esta población constituye una fuente de información importante para delinear estrategias y políticas para confrontar el crecimiento poblacional urbano y deserción rural, con el fin de no solo combatir el desmesurado crecimiento poblacional, sino que también optar por medidas de control y prevención de las mencionadas condiciones, que están directamente relacionadas con nuestra conducta mas adversa en cuanto a

la conformación y desarrollo de la familia hondureña. Actualmente podemos proyectar una visión muy negativa si dejamos que las condiciones actuales perduren y sigan su curso. Con facilidad se puede observar que la conducta social de violencia es imperante a nivel de las comunidades mencionadas y el fenómeno de vivir con un “impuesto de guerra” es cosa de todos los días. Podemos también proyectar una visión mas positiva si logramos establecer un diagnóstico social como el que se presenta en éste estudio y luego generar estructuras culturalmente aceptadas de control y promover medidas de prevención a través de las autoridades competentes, tanto de nuestras alcaldías, el gobierno central, la misma universidad y siempre incluir y nunca dejar por fuera las comunidades mismas.

La presente investigación aborda el grado de conocimiento que tiene la población de una zona marginal, parte de un estudio de evaluación de impacto sobre programas de prevención que se llevan a cabo desde el año 2003, conocidos como El Proyecto “SI SE PUEDE” bajo la responsabilidad del Consejo Nacional Contra el Narcotráfico. Este estudio trata sobre la problemática causada o relacionada, por el uso y abuso de drogas legales e ilegales, el concepto de violencia en general, violencia doméstica y las instituciones que colaboran en la información, educación y prevención de estos problemas que hoy afectan a la población hondureña y la actitud que asume la población ante estos problemas.

Material y Métodos

Tipo de Estudio Descriptivo - transversal, el estimado de Población de las Colonias Villa Nueva y Los Pinos es de 40,000 habitantes, tomándose estos como universo. Estas colonias han sido habitadas por personas de escasos recursos económicos, la mayoría adquirieron los terrenos que habitan por invasión y establecieron asentamientos para que posteriormente se les otorgara el título de

propiedad. La Muestra y Sistema de Muestreo: se tomo una muestra aleatoria de 750 jefes de familia de ambas colonias y 250 estudiantes de educación secundaria del colegio de la zona. El sistema de muestreo empleado fue al azar simple; previamente se solicitaron los croquis de ambas colonias que fueron de dos tipos: aéreos y terrestres, con éstos se enumeró las viviendas para hacer la elección respectiva de las mismas. En el colegio se estratificaron según los niveles educativos que éste tenía tomándose una muestra por cada uno de los estratos. Se organizó y capacitó a grupos de estudiantes de quinto año de la carrera de medicina para realizar la recolección de datos, elaborándose un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario previo prueba piloto. Se solicitó ayuda al Centro de Salud de Los Pinos para que las personas que trabajaban en el Departamento de Servicio Social acompañaran a los encuestadores por las dificultades que representa caminar por dichas colonias.

Este trabajo forma parte de una investigación de mayor amplitud, solamente se tomo parte de los resultados porcentuales, se seleccionaron variables como edad, sexo y otras que interesan el estudio. Se utilizó el programa Epi-Info versión 3.2.2 para crear la base de datos y hacer la presentación y análisis respectivo.

Resultados

I. Datos Generales

El 36% de personas entrevistadas fueron mayores de 19 años, 30% entre 13 a 19 años. 20% entre 5 a 12 años. La distribución según sexo encontrada fue: Masculino 28% y Femenino 72%.

El número de mujeres entrevistadas fue siempre mayor que los hombres, esto es debido a que el jefe de hogar o encargado en nuestro medio es una mujer, en proporción de 1 a 4, la mayoría de estas realizan trabajos que les proporcionan ingreso económico dentro del hogar (elaboración de tortillas, lavar y planchar ropa, etc.).

La distribución por sexo en Honduras es casi 1:1 de acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares del año 1998 ⁽²⁾. La diferencia que encontramos en la encuesta anterior debe ser interpretada de acuerdo a los datos discutidos. Las creencias religiosas manifestadas fueron la evangélica en primer lugar seguida por la católica.

El 40% de las personas entrevistadas viven en unión libre con sus parejas, y solamente el 27% están casadas civilmente. El 33% de las personas entrevistadas no tienen pareja.

El grado de analfabetismo en esta comunidad es bajo, en relación al promedio nacional, que está por el 30 % ⁽²⁾⁽³⁾. El mayor porcentaje de las personas consideradas como alfabetas han cursado de 4 a 6 años de educación básica o primaria. Se encontró que existe un 3% que tienen más de doce años de escolaridad, que equivale a un nivel universitario. Un 10% de los estudiantes entrevistados ha terminado su ciclo común y está cursando educación comercial.

En las colonias se encontró una estructura familiar de tipo *nuclear* (integrada por el padre, la madre y los hijos) y *extendida* (cuando se incluyen a otros miembros pero, que también son familiares, tales como abuelos, tíos, hijos de crianza, etc.).

Cuadro No 1
Distribución de la Población por Edad

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 5 años	941	14 %
5 a 12 años	1345	20 %
13 a 19 años	2018	30 %
Mayores de 19 años	2421	36 %
Total	6725	100 %

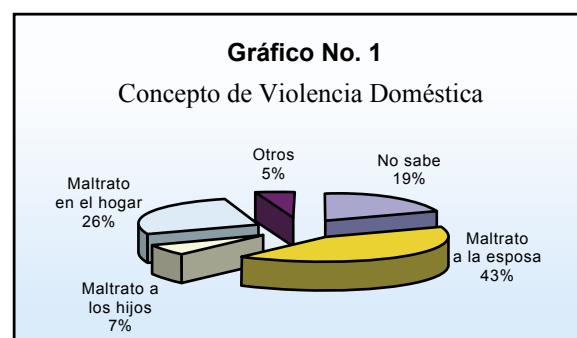
En el cuadro se observa que predomina la población joven, 64 % es menor de 19 años.

II. Percepción de la Violencia en General

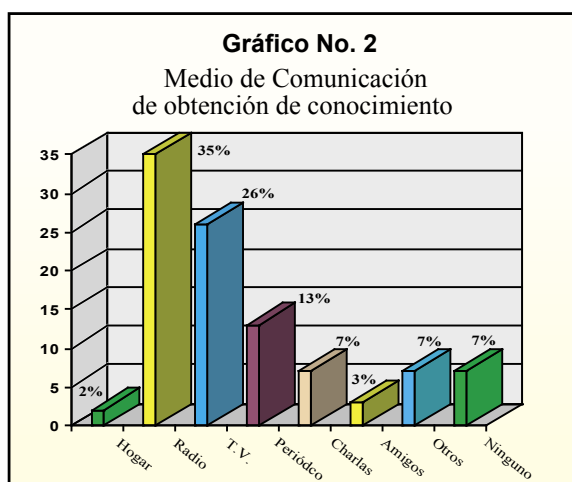
En el instrumento de recolección de datos se estructuraron preguntas sobre cómo la población percibía la violencia, los conceptos y conocimientos que podía tener de ella. Se encontró que el 87 % de la población entrevistada tiene algún concepto sobre violencia y el 13 % no tiene ningún concepto sobre el tema. La idea predominante sobre violencia es el maltrato a otros. La violencia física es el tipo de violencia mas identificado por las personas (33%), seguido de la verbal (27%) y la sexual (12%).

III. Violencia Doméstica

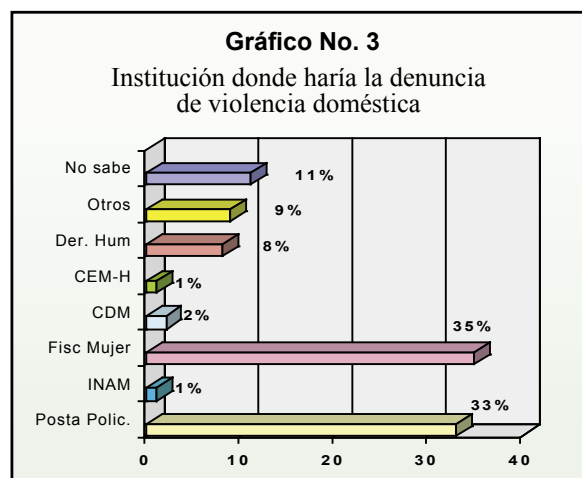
En la entrevista se les solicitó a las personas, cuál era el concepto que tenían sobre violencia domestica y el 81 % tienen algún concepto.



El concepto de violencia doméstica encontrado con más frecuencia es el relacionado con las agresiones hacia la esposa, un 7% considera la agresión a los hijos como un tipo de maltrato.



Los medios de comunicación fortalecen las redes de vigilancia de la violencia doméstica informando a la población sobre este problema, interés conocer a través de cuales medios obtuvo el conocimiento la mujer entrevistada, el 93 % de las entrevistadas han recibido alguna información, siendo la radio el medio que ha servido para este fin. El 7% de las personas entrevistadas no tienen información sobre violencia doméstica, el 89% de las personas entrevistadas sabrían a qué institución acudir al realizar una denuncia por violencia doméstica. La Fiscalía de la Mujer es la institución donde acudirían con mayor frecuencia a realizar una denuncia de violencia doméstica (35%), seguido de las postas policiales (33%).



A pesar que los pobladores tienen algún conocimiento de instituciones donde realizar las denuncias estos han tenido poca participación en actividades para prevenir y combatir la violencia doméstica. Sin embargo, la mayoría de la población manifiesta la disposición a participar en charlas para la prevención de la violencia doméstica.

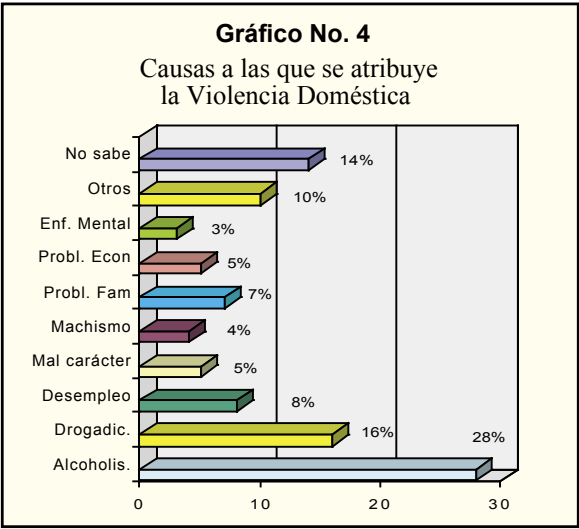
Cuadro No. 2

Actividades que consideran pueden realizarse para disminuir la violencia doméstica

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Consejos a la familia	91	9 %
Mejorar la comunicación	103	10 %
Disminuir el consumo de drogas	12	1 %
Haciendo las denuncias	29	3 %
Educando a la familia	247	24 %
Fomentando el respeto	21	2 %
Asistiendo a la iglesia	68	7 %
Arrestando a los culpables	59	6 %
Mediante leyes más severas	97	10 %
Otros	106	11 %
No sabe	167	17 %
Total	1000	100 %

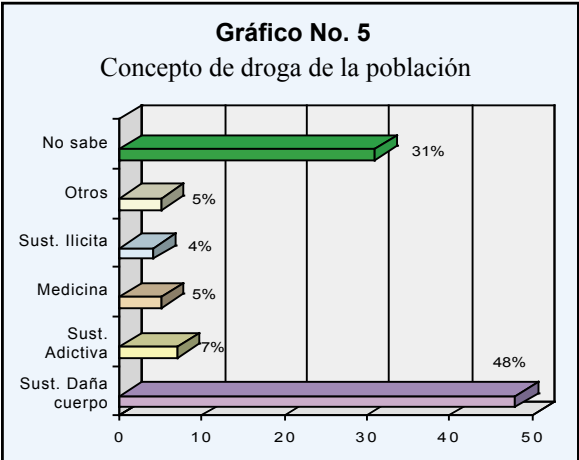
El 83% de la población considera que se pueden llevar a cabo actividades que disminuirían el índice de violencia doméstica. La educación a la familia, mejorar la comunicación familiar y la aplicación de leyes más severas, son las actividad más importantes para la prevención de la violencia doméstica de acuerdo al criterio expresado por la personas entrevistadas.

El 63% de la población no tiene conocimiento de casos que sufren de violencia doméstica, el 80% de las personas consideran que su comunidad tiene algún grado de violencia, el 44% de las personas consideran su comunidad como poco violenta y sólo el 12% la consideran muy violenta.



El 86% atribuye como causante de la violencia a algún evento que está ocurriendo en su entorno familiar. El alcoholismo y las drogas ilegales están catalogadas como la causa más frecuente de este tipo de violencia. De acuerdo a esta información anteriormente planteada, la actitud de los padres hacia los hijos es de realizar alguna acción en el 62% de este porcentaje, el 41% optan por aconsejar a sus hijos y el 21% toman acciones punitivas.

IV. Percepción de Drogas y Violencia
Conocimiento sobre Uso y abuso de Drogas



El 69% tienen algún concepto de droga en general, el alcohol y el tabaco se consideran como drogas legales en 9%, el 3% las consideran como sustancias ilícitas, 9 de cada 10 personas entrevistadas conocen alguna droga.

Cuadro No. 3
Drogas que conocen y concepto de estas (legales o ilegales)

Tipo de droga	La conoce		Como la considera			
	Si	%	Leg.	%	Ileg	%
Alcohol	448	14	321	10	96	4
Tabaco	320	10	257	8	65	2
Café	192	6	192	6	0	0
Refresco de cola	160	5	160	5	0	0
Marihuana	736	23	33	1	736	22
Cocaína	608	19	31	1	608	18
Heroína	128	4	0	0	128	4
Resistol	193	6	32	1	160	5
Thinner	33	1	0	0	32	1
Hashish	65	2	0	0	67	2
Floriculta	32	1	0	0	0	1
Crack	129	4	0	0	129	4
Diazepam	34	1	0	0	32	1
Éxtasis	33	1	0	0	32	1
Otros	66	2	33	1	33	1
Ninguna	32	1	0	0	0	0
Total	3209	100	1091	33	2118	66

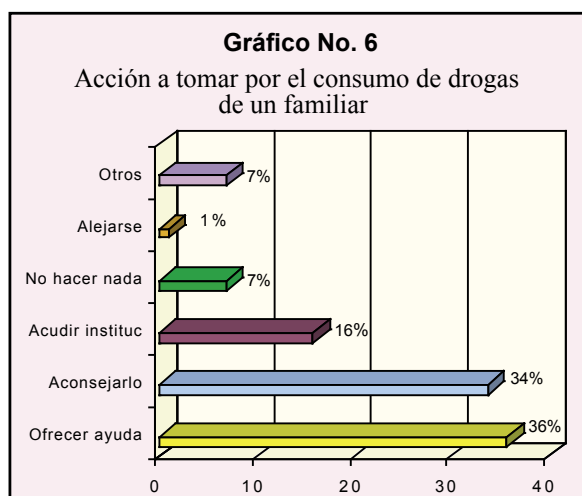
Entre las drogas consideradas ilegales por la población, la más conocidas fue la marihuana, seguida de la cocaína y en tercer lugar el alcohol.

El 96% de las personas en las comunidades de Los Pinos y Villanueva tienen acceso a algún medio de comunicación. La radio es el medio de comunicación que más se mencionó como fuente de información sobre drogas (42%), seguido de la televisión (26%); la comunicación sobre esta temática se manifestó en el 63% de las personas entrevistadas que han hablado sobre drogas con algún miembro de la familia, con quién se ha platicado sobre el tema. El 13% de los entrevistados ha hablado con sus hijos sobre drogas y el 28% con los padres (padre, madre o ambos).

El conocimiento que tiene la población sobre las de instituciones que ayudan a personas

con problemas de drogas, en general el 44% mencionaron conocer instituciones que proporcionan ayuda a personas con problemas, obteniéndose diferencia según sexo, el 63% de los hombres y el 48% de las mujeres entrevistadas conocen de la existencia alguna institución que presta algún tipo de ayuda. El porcentaje de personas que conocen instituciones de ayuda a víctimas con problemas de drogas se incrementa después de los 30 años. El Proyecto Victoria es la institución más conocida por los entrevistados 15%, seguidos de Instituto Hondureño Para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Fármaco dependencia (IHADFA) 11%.

Sobre la **capacitación recibida en relación a la violencia doméstica y drogas**; se encontró que el 14% de los entrevistados, han recibido alguna charla. La Temática de las charlas en su mayoría ha sido sobre violencia doméstica. Una de cada 10 charlas abarca ambos temas y el 40% solamente ha recibido una; el 32 % de los entrevistados han recibido más de tres charlas. Las Instituciones que han impartido las charlas son: el colegio o escuela y el Centro de Salud local. Existe un 14% que no tiene interés en recibir charlas sobre drogas/drogadicción y violencia doméstica.



El 86 % de las personas proporcionarían algún tipo de apoyo a un familiar que esté usando drogas. Ayuda y aconsejar, son las acciones mencionadas con mayor frecuencia en caso de tener un familiar que use drogas.

En cuanto a la edad y tipo de acción que realizaría con algún familiar que usa drogas el 84% de las personas harían una acción pertinente y este porcentaje aumenta con la edad de las personas. De acuerdo a la información sobre consumo de drogas en la familia el 80% no tienen antecedentes. Sin embargo, el 13% de las personas tienen un historial de uso personal de algún tipo de droga que podría estar relacionado con el consumo en la familia.

En los antecedentes individuales de uso de droga, un 13% de la población mencionó haber usado algún tipo, de estas, las drogas más frecuentemente utilizadas son el tabaco con 34%, alcohol 33% y marihuana que alcanza un 17% en esta comunidad. El 13% de las personas que en la actualidad consumen algún tipo de droga han buscado ayuda en alguna institución. El IHADFA es la institución a la que han acudido en busca de ayuda con mayor frecuencia.

Discusión

En el presente estudio y los resultados de las variables fijas, llama la atención el hecho de que el 14.8 % de las personas no tienen ninguna creencia religiosa. El mayor porcentaje de las personas entrevistadas (46%), pertenecen a otra religión que no es la católica, lo que revela que en las colonias de esta composición social en Honduras pueden profesar una religión cristiana protestante, lo que establece un cambio importante en cuanto a las creencias predominantes de poblaciones tradicionales, que se pueden considerar representativas de la gran masa de la población rural y urbana. Las colonias Villa Nueva y Los Pinos, son consideradas como áreas socio económicamente marginales y se ha visto en otros estudios del pasado reciente ⁽⁴⁾, que esta población con un nivel socio-económico comparable, se identifica más con la religión cristiana evangélica.

Entre las características demográficas de ésta población, se estudiaron variables las cuales solamente le corresponde a la población adulta, por lo tanto, en algunos de los análisis

de la población se especifica que es aplicable solamente para 750 personas adultas, predominando la unión libre sobre los otros estados civiles, condición que ha caracterizado nuestro país ^{(2) (3) (5)}, sin embargo, la población estudiantil que es menor de edad y en condición de solteros puede afectar los resultados.

En Honduras, la tasa de alfabetización de adultos es de 81%, encontrándose diferencias entre la población urbana y rural. En este grupo poblacional estudiado la tasa de analfabetismo es de 9%, que es bajo en relación a la tasa de analfabetismo a nivel nacional, que es de 23% ^{(2) (3)}, encontrándose que el promedio de escolaridad del hondureño es de 4 años, sin embargo el promedio en este estudio es ligeramente superior. Este resultado es así por ser una población asequible a centros de enseñanza primaria y secundaria y además, a medida que los años académicos se incrementan, disminuye marcadamente el número de estudiantes que pueden llegar a los años denominados “diversificados”. La característica de la estructura familiar de esta población es nuclear, estableciéndose otra diferencia importante que se ha considerado tradicionalmente para el país, conformado por familias extendidas sobre todo en áreas rurales. La distribución de la edad de la población es joven, predominando los menores de 19 años del 52% según referencias ⁽⁶⁾; agregado a esto encontramos que el promedio del número de miembros en la familias de estas colonias, es de siete personas, que se considera por encima del promedio nacional que es de 5.2 por familia ⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

La percepción desde el punto de vista sociológico puede plantearse en dos planes uno a nivel de la acción y otro a nivel de la percepción. Según Heider (1958), las personas nos guiamos en la vida cotidiana por lo que podría llamarse una psicología ingenua o de sentido común ⁽³⁾. Sin embargo, en la percepción, cotidiana de las personas las categorías más frecuentemente usadas son las de tipo grupal, al afirmar esto aplicamos una percepción de estratificación social. La percepción de violencia que tienen las

personas de estas colonias esta relacionada a una forma de estereotipo que ha predominado desde 1922 ⁽⁵⁾, pues en estas colonias se consideran el término “violencia” cuando se trata de crímenes o asesinatos y otras formas de violencia que hoy se tipifican, que existen y se confunden como parte cotidiana de la conducta en el hogar, tal es el caso de la forma de corregir el comportamiento de los hijos o las acciones disciplinarias de carácter punitivo o castigos físicos, que en todo caso se considera como normales, tanto para el agresor como para el agredido.

En relación a violencia doméstica esta percepción se mantiene en el conocimiento cotidiano, pues solamente se reconoce la agresión física hacia la mujer y no se consideran otras formas como son las psicológicas, la patrimonial y la sexual. Las causas que este grupo atribuye para que exista la violencia doméstica es alcohol y otras drogas; estos dos factores se relacionan a los contemplados en la literatura que considera los riesgos que pueden ser factores socio-culturales e interpersonales, existencia de adicciones como el alcohol, las drogas y antecedentes de abuso ^{(8) (9) (10)}.

El presente estudio evaluó la percepción de las drogas que circulan en la colonia como un “conocimiento” general de droga. La percepción de legalidad o ilegalidad de las drogas conocidas es bastante aceptable. Sin embargo, es de hacer notar que las drogas mas conocidas son, marihuana y la cocaína-crack de carácter ilegal, estas tienen mayor connotación con el uso de la palabra “drogas” que la del alcohol y nicotina que sumados apenas alcanzan un 50% mencionadas como drogas, por ser sustancias que son de uso abierto y están a la venta en cualquier tienda, pulpería o abarrotería. En este cuadro se menciona el “Hachis” que es el termino sustituto de marihuana utilizado en el continente Asiático, cuya presentación es en forma de pasta, término muy poco conocido en la comunidad hondureña y puede ser utilizado como prueba de validez sobre conocimientos que pueden tener las personas investigadas, por lo que se estima, que un 2% estaría inventando el conocimientos sobre drogas.

En cuanto al conocimiento de instituciones de ayuda, ya sean privadas u oficiales, dos de cada tres hombres saben que pueden acudir a una institución, mientras que una de cada dos mujeres lo sabe. A mayor edad, mayor porcentaje que conocen de instituciones que proporcionen ayuda a personas con problemas de drogas.

Las respuestas como acciones que pueden tomar a favor de un familiar o amigo son similares para obtener ayuda a personas conocidas que se asocian con individuos que usan drogas. Se considera la respuesta "Acudirá a una institución" como aceptable y efectiva, pero sólo alcanza el 16% de la población estudiada. La acción pertinente se define como la realización de una acción en la que se ofrece ayuda o se acude a instituciones que brindan ayuda.

Las gráficas sobre antecedentes de uso de drogas en la familia y uso actual de drogas, están apuntando a los factores de origen genético-familiar, que tienen alguna presencia etiológica en estos estudios y hoy en día reconocida como factor de riesgo en la literatura mundial ⁽¹¹⁾ asociado a condiciones socio-culturales propicias ⁽¹²⁾.

El 96% de la población no consume ninguna droga en la actualidad. El 4% afirma usar drogas en la actualidad porcentaje alto para drogas ilegales, no así para las legales. Sería necesario conocer qué tipo de droga consume en la actualidad, para calificar mejor esta respuesta y de acuerdo a otros estudios de prevalencia de consumo en la población general en nuestro país ⁽⁴⁾ ⁽⁹⁾. El promedio de personas que reportan consumir alcohol es de un 8%, que se encuentra dentro de lo esperado en la población con ambientes de cultura latinoamericana, es de un 7.5% a un 15.0 %. ⁽⁴⁾ ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾.

En cuanto a lugares donde han buscado ayuda por uso y abuso de drogas, el IHADFA es el que tiene mayor preferencia y es un servicio público, a pesar que en los resultados de percepción sobre centros de tratamiento de drogas, se menciona más el Proyecto Victoria como centro de asistencia y tratamiento por drogas.

El primero es un centro de asistencia ambulatoria y el segundo es de internamiento con orientación religiosa. Este resultado está relacionado con la percepción y acción pertinente en cuanto a las instituciones más conocidas para ayudar a personas con problemas de drogas y el IHADFA ocupa un segundo lugar (11%) después del Proyecto Victoria. También hay que recordar, la mayor parte de los que contestaron a la encuesta son mujeres (72%), que usualmente son las que menos utilizan las drogas legales como ilegales; por otro lado, los grupos de alcohólicos anónimos en Honduras no ofrecen una orientación terapéutica para mujeres adictas al alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taller "Hombre, Violencia y Crisis Social", Curso de Masculinidad y Educación Popular, Managua 1995.
2. Dirección General de Estadísticas y Censos; Encuesta Nacional de Hogares, Tegucigalpa, 1998.
3. Honduras. Secretaría de Salud; Situación de Salud en Honduras, Indicadores Básicos. Tegucigalpa; la Secretaría. 2002.
4. K. Vittetoe, James A., et-al. Investigación sobre el Uso y Abuso de Drogas en Escolares: ESTUDIO PACARDO .Publicación de CNCN-HONDURAS / OEA-CICAD., WASHINGTON, DC. / JOHNS HOPKINS U., BALTIMORE, MD., USA. 2000.
5. U.S. Census Bureau, International Data Base, April 2005 (Internet 2005).
6. Honduras. Secretaría de Planificación Coordinación y Presupuesto, Dirección General de Estadísticas y Censos: Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, Tegucigalpa; 1999.
7. ONU. Country Report on Human Right Practices. Tegucigalpa; 2000, Pág. 1 al 20.

8. Rarón, I. Psicología Social desde Centroamérica. Acción e Ideología, 11a ed. Managua; 2001. Pág. 218-226.
9. S Salinas, E.; Espino R.; Riesgos Macro sociales de Fármaco dependencia a nivel Departamental en Honduras. Publicación del Consejo Nacional Contra el Narcotráfico de Honduras y PNUFID/ CIJ- México: 2000.
10. OPS. La Fármaco dependencia en América Latina: Su abordaje desde la Atención primaria en Salud. Washington, OPS/OMS. 1991.
11. Genetic vs. Environmental Influences on Smoking and Drinking, NIDA NOTES, 15(2): pags 2-3. June, 2000.
12. L. Caris; Estudio de Diagnostico del consumo de Drogas en Poblaciones Escolares en los ámbitos comunales. Chile; OPS/OMS.1999.
13. Centro de Integración Juvenil de México; Factores Asociados al Consumo de Drogas en áreas urbanas de México. 1994, Vol. 36, (6): págs 1-10.

Aspectos Psicosomáticos de la Mujer.

SEGUNDA PARTE

* Daniel Herrera Salinas

Resumen

Este artículo tiene como propósito brindar opiniones, experiencias y consideraciones clínicas específicas de la mujer dentro del terreno de la medicina psicosomática. También se considera una colección de vivencias derivadas del ejercicio profesional, que permiten transmitir y rescatar elementos que nos ayuden a la comprensión del psiquismo femenino, lo que debería contribuir a brindar una mejor calidad en el abordaje de cada patología específica, para superar deficiencias en el trabajo de atención a la población que acude a la asistencia médica, con la ilusión de recuperar su salud.

Como aspecto principal se destacan las complejas formas de presentación de la patología que nos lleva a confusiones y errores.

Palabras Clave: Mujer, Medicina Psicosomática, Psicopatología

Introducción

La atención a la mujer se ha caracterizado por la focalización en el cuerpo, dejando por fuera el psiquismo femenino. En este artículo se pretende aportar criterios, conceptos y conocimientos que sirvan para lograr una prestación integral, de tal manera que la práctica médica supere sus deficiencias y evolucione hacia el desarrollo de un nivel que permita superar las cosificaciones que históricamente han caracterizado un ejercicio de la medicina que carga con los vicios de la deshumanización.

Este trabajo es polémico en tanto busca socavar el basamento de una ideología médica que ha tomado como “cosa” a la mujer, rebatiendo todo un conjunto conceptual que tiende a desconocer la especificidad de la problemática que subyace en torno a la atención de la ginecología y la obstetricia.

El propósito es brindar opiniones, experiencias y consideraciones clínicas específicas de la mujer dentro del terreno de la medicina psicosomática. También se pone en consideración una colección de vivencias derivadas del ejercicio profesional, que han permitido transmitir y rescatar elementos que nos ayuden a la comprensión del psiquismo femenino, lo que debería contribuir a brindar una mejor calidad en el abordaje de cada patología específica, para superar un cúmulo de deficiencias en el trabajo de atención a la población que acude a la asistencia médica, con la ilusión de recuperar su salud.

Estas experiencias se derivan de estudios de pregrado en la Facultad de Ciencias Médicas en Honduras, de postgrado en el Policlínico “Evita” de Lanús Oeste y en el Instituto de Investigaciones Médicas “Doctor Alfredo Lanari”, en Argentina y de mi práctica profesional en Honduras.

A través de la cátedra de Medicina Psicosomática, se ha podido constatar los enfoques distorsionados relativos a la atención a la mujer y el cambio de actitud del estudiante en sus actividades asistenciales, para lograr mejorar la calidad de atención de los servicios

* Médico Psiquiatra. Sub-especialidad en Medicina Psicosomática.
Profesor Titular III. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

de salud, a donde acuden las mujeres y de esta manera alcanzar un perfil profesional mucho más evolucionado de las nuevas generaciones médicas.

Trastornos psiquiátricos del postparto.

Se estudió en 1978, las pacientes internas en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Mario Mendoza”, de Tegucigalpa, diagnosticadas con psicosis puerperal. El 38% tenían entre 15 a 20 años y el 36% entre 21 a 25 años, esto significa 74% menores de 25 años, el 79% procedían del área rural, el 36% vivían en unión libre y 34% solteras, 36% eran primigestas, el 36% desarrollaron su crisis en la primera semana puerperal, su cuadro clínico se caracterizó por alucinaciones visuales y auditivas (75%), agitación psicomotriz (59%), discurso incoherente e insomnio (63%), con agresión verbal y física, despersonalización (23%), negación del producto (17%), llanto constante (14%) alucinaciones cenestésicas (11%), el 45% de los partos fueron atendidos por partera y solo el 23% por médico.

En el campo de la psiquiatría, carecemos de consenso respecto a si esta es una entidad clínica o una manifestación de otra patología (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva). En 1858, Marce, publica, “*Locura de las mujeres embarazadas, de partos recientes y de las nodrizas de leche*”; con él están los que reconocen existencia propia a este cuadro ⁽⁹⁾.

En cuanto a su etiología existen tres grupos: La hipótesis orgánica que ubica la causalidad en un estado tóxico-infeccioso (Sivadon 1933), hoy disminuido por los antibióticos, o una psicopatología hormonal. La hipótesis constitucionista, asociada a las teorías de la predisposición premórbida, fragilidad de la personalidad (Cruickshank), la influencia psicosociológica y psicoanalítica (Klein, Deutsch, Bezold Langer). Destacan el enorme peso que tiene en la embarazada su entorno social, la realidad económica, las características del grupo familiar.

El psicoanálisis enfatiza en la reactivación en la embarazada de sus conflictos edípicos y pre-genitales y el efecto traumático del embarazo hasta desestructurar el psiquismo.

Actualmente la tendencia es a considerar la psicosis puerperal como multicausal, sin individualidad propia, determinada por intrincados fenómenos orgánicos y psicológicos.

Existe una baja incidencia de trastornos psiquiátricos mayores en embarazadas, que aumenta 10 veces a partir del parto. Ubicamos el puerperio en las seis semanas post-parto. Los trastornos posteriores pertenecen al período de lactancia.

Los trastornos aparecen en un 80% en las primeras dos semanas. El riesgo es de 1 por 1000 embarazadas.

PSICOSIS PUERPERALES

(Estados confusionales).

- psicosis oniroide
- trastornos esquizofectivos
- psicosis esquizofreniforme
- psicosis cicloide

La característica predominante de estos trastornos se da en las primeras semanas del puerperio, con brusca instalación de confusión mental y alucinaciones (psicosis confuso-delirante aguda). Entre dos a cinco horas post-parto aparece llanto como pródromo, con obnubilación, distorsión de la percepción y trastorno de la memoria. La paciente puede estar inerte, con embotamiento estuporoso, pasando a períodos de lucidez total con perplejidad, abatida o agitada. Luego aparecen ilusiones perceptivas, alucinaciones auditivas, visuales, con delirio onírico-terrorífico y persecutorio, con tendencia a centrarse en el vínculo con el recién nacido, negar haber estado embarazada, haber parido, negar ser madre del neonato, negar a su marido, con delirio triste, fúnebre, con depresión profunda y algún riesgo de suicidio o infanticidio. La gran mayoría de

mujeres se restablecen sin secuelas luego de algunas semanas. En norteamérica predominan las formas esquizofrénicas puerperales, en la Gran Bretaña las psicosis tímicas. En Francia mantienen el diagnóstico de psicosis puerperal definida como crisis delirante polimorfa, con elementos confusionales y tímicos, sintomatología cambiante, evolución fluctuante y pronóstico favorable.

Los desórdenes afectivos depresivos o maníacos se presentan en el 80% de las admisiones psiquiátricas del post-parto, siendo altas las formas maníacas. 10 a 15% de las psicosis puerperales evolucionan hacia la esquizofrenia crónica.

Crisis Tímicas: Lo característico de este grupo es el desarrollo de depresión melancólica, posterior a una breve agitación confusional. Sobre el neonato giran los temas de culpabilidad, incapacidad, visión fúnebre, catastrófica, de ruina y muerte. Existe riesgo de suicidio e infanticidio. Puede fluctuar a un brote maníaco o mixto. Puede presentarse la mezcla de depresión-hipocondría, con astenia intensa, insomnio, dolores somáticos diversos, adelgazamiento y agotamiento.

Crisis Esquizofreniforme: Se caracteriza por agitación delirante, discordancia ideoa-afectiva, negativismo, con delirio paranoide, comportamiento bizarro, impulsividad. En otras aparece un repliegue autista, hostilidad o desinterés hacia el hijo. Debe diferenciarse de una esquizofrenia verdadera, debutante en el puerperio.

Viñeta Clínica.

En sus tres embarazos, luego del parto hace venir a su hermana a casa para que durante tres meses se ocupe del recién nacido, a quien no desea ver, sintiéndose incapaz del más mínimo cuidado.

EL SÍNDROME DE LOS 3 DÍAS AZULES. (POST-PARTO AZUL).

La astenia aparece como temprano indicio de la depresión, con crisis de lágrimas, ansiedad relacionada con la suerte del recién nacido, quejas psicossomáticas, discreta confusión, falta de concentración, dificultades intelectuales y de la memoria, trastornos del sueño. La instalación de un severo insomnio asociado con muchas pesadillas, puede prevenirnos sobre el advenimiento de una psicosis confusional. Existe una deflación brutal de los estrógenos y progesterona, provocando desestabilización del metabolismo cerebral, con aumento del triptófano, variación del AMP cíclico, del hematocrito, con aumento de la capacidad de unión de los α -2-adrenoreceptores plaquetarios. Ellas son madres hipersensibles, que viven bruscamente dos momentos, ser madres y la conexión con su hija(o), desencadenando agresividad, culpabilidad y ambivalencia, conectándola con un ímago materno omnipotente y destructivo. Son menos afectadas las madres que dan a luz en su domicilio. Un exceso de medicación sedante puede provocar disociaciones, despersonalización, aislamiento, abandono, desvalorización, desposesión del bebé. La población de riesgo son madres que experimentan mal el desprendimiento de su hijo cuando están en incubadoras y en reanimación.

El 75 al 85% de las psicosis puerperales evolucionan a la curación total sin recidivas. Las restantes suelen ser la primera crisis de un trastorno bipolar o una esquizofrenia.

La discusión con la escuela inglesa es sobre la inexistencia de la psicosis puerperal, ya que se trataría más bien de un trastorno bipolar o una esquizofrenia; Rancurel y Marmie consideran que lo propiamente puerperal estaría entre aquellas mujeres que nunca tuvieron crisis psiquiátricas mayores previas, durante su crisis predominó el cuadro confusional en la primera semana y se resolvió con facilidad. Otro elemento

es la evolución para el grupo de mujeres que no recidivan y no conservan elementos clínicos de una enfermedad psiquiátrica mayor. La recidiva suele ser del 30% . El pronóstico es dudoso si existe una personalidad pre-psicótica, con antecedentes hereditarios, con problemas conyugales, inestabilidad socio-económica, con una cura incompleta y deficitaria y primíparas mayores de 30 años.

Etiopatogenia: El riesgo aumenta en embarazadas mal nutridas, que sufrieron complicaciones obstétricas (distocias, hemorragias, cirugía).

Teoría hormonal ⁽¹⁰⁾: Hoy en día, se sostiene la teoría causal de la brusca caída de la progesterona y de los estrógenos en las depresiones puerperales. Se ha observado un acentuado aumento de los 17-hidroxiesteroides al iniciarse los síntomas psíquicos con agitación tímica. Este aumento se da por deficiencia de sus antagonistas (progesterona). En las psicosis tardías habría un déficit de secreción tiroidea. No obstante carece de aplicación terapéutica la restitución hormonal.

Existe un 30% de antecedentes psiquiátricos familiares y un 50% de antecedentes personales. Hay un riesgo mayor de enfermedad mental en los hijos de madres que sufrieron psicosis puerperal.

Queda planteada la idea de un terreno psíquico vulnerable a crisis psíquicas agudas. Los factores de predisposición neurótica están en relación con una personalidad frágil, pobremente estructurada, ansiosa, inestabilidad emotiva, inadaptación, hiperdependencia, inestabilidad, tendencias depresivas, referenciales-interpretativas.

Los elementos prepsicóticos se caracterizan por rigidez, regresión emotiva y afectiva, defensas obsesivas, aislamiento de las personas.

Sin embargo, la práctica nos enseña de la existencia de mujeres con esta carga y estas características, que nunca desarrollan psicosis puerperal y que sus crisis las han desarrollado fuera de eventos gravídico-puerperales.

Las condiciones ambientales de la atención del parto son cruciales en cuanto a las crisis. Determinadas salas de parto suelen mostrar mujeres más descompensadas psíquicamente que una sala psiquiátrica. Estas maternidades suelen caracterizarse por la violenta ruptura de la parturienta con su marido y sus padres, obligadas a parir sin apoyo de la familia, en tanto el sistema de salud la aísla, mediante los sistemas carcelarios del régimen de visitas, las salas están congestionadas, teniendo que compartir la cama con otras mujeres, con escaso seguimiento de la evolución del parto, que en ocasiones se efectúa fuera de los ambientes específicos, produciéndose una angustia severa en espiral, potenciada por la desesperación colectiva.

El brindar a las parturientas un ambiente con la presencia de su marido, con claras especificaciones del curso del parto, a través de un modelo de control prenatal, en el cual sea incorporado desde los primeros meses junto a los hijos y los padres de ella, creará las condiciones ideales que la respalden, la apoyen desde un ambiente, con un equipo profesional adecuadamente entrenado no solo en los aspectos mecánicos-instrumentales de los procedimientos, sino en el respeto y el trato digno y humano, con la creación de un entorno armónico y tranquilo, como la mejor contribución a la maternidad y los neonatos. El profesor Gérard ⁽¹¹⁾ de la Facultad de Medicina de Paris, nos convoca a superar «la ginecología salvaje, en cuya conciencia pesan muertes y heridas, por haberse basado en conceptos mal planteados y riesgosos».

Un grupo de población de riesgo lo constituyen las madres solteras, que carecen de apoyo social para avanzar en su maternidad y que sufren hostilidad de su familia. Si agregamos carencias económicas severas, de mujeres que no ven ningún apoyo inmediato al salir del hospital, cabría esperar desequilibrios psíquicos por estas incertidumbres.

Comprensión psicoanalítica: Freud ubica la maternidad como la etapa más elevada del desarrollo psicosexual, con la completud narcisística, alcanzando un momento altamente sublime, puesto en evidencia del logro de su maravillosa capacidad engendradora de vida. Existe en la embarazada una etapa de indiferenciación entre su cuerpo y su hijo, que la remite al período arcaico vivido con su madre, en el que la embarazada cuando bebé no había logrado conocer de la integridad de su cuerpo. Angustia de partición y estallido corporal, siendo el feto el depositario de ansiedades contradictorias (persecutorias, protectoras y tranquilizantes), esta primera etapa corresponde a la ecuación simbólica *bebé = pene*, período oral Kleiniano. Aquí, aparecen las fantasías expulsivas somatizadas (náuseas, vómitos), o de incorporación (hipersalivación, bulimia, antojos). Posteriormente, se reeditará la etapa anal con la ecuación *bebé = heces*, lo que remite a la etapa de la creencia infantil del nacimiento anal. Clínicamente, aparece la constipación (retención), o la expulsión (diarrea), como manifestación de la agresividad, y el comportamiento obsesivo como un intento defensivo ante la desorganización.

El parto representa el trauma de la separación de la simbiosis, caída de la plenitud narcisística, diferenciación corporal (conciencia de un Otro corpóreo). La indefensión del bebé prolonga por meses esta simbiosis, que cuando no se resuelve provoca daños psíquicos graves al hijo. La maternidad implica para ella, poner en evidencia su capacidad de dar, de acoger a su hijo, envolviéndolo en amor, para curar sus innatas tendencias paranoides (Rascovsky) y prepararlo para su futura constitución de un Otro independiente y autónomo (renuncia a ser completada por su hijo, cierre del ciclo indiferenciación-diferenciación). Durante el embarazo la estructura psíquica se aproxima reversiblemente a una estructura regresiva de indiferenciación con el Otro (narcisismo). El embarazo le permite a la mujer vivir psíquicamente una reedición regresiva y

profunda de la constitución de su propio psiquismo, jamás posible para el hombre, aunque este puede vivir regresiones psicóticas celotípicas o desestructuraciones paranoides o psicosomáticas (*fenómeno de la couvade* descrito por Margarette Mead, en el cual es el hombre que vive los dolores del parto).

Causas de la Forma Esquizofreniforme:

Según Zilboorg, es necesaria una malvada identificación con la madre, un profundo sentimiento de castración por el padre, un deseo de revancha con respecto a los hombres, una constelación anal (agresividad y frigidez). La neocastración provocada por el parto, desencadenaría la psicosis. Los rasgos esquizoides con pobreza de su propio esquema corporal. La pobreza imaginativa de las mujeres muy narcisísticas agravaría el cuadro. Las depresiones tardías estarían asociadas a la culpa por el rechazo al bebé. Los elementos delirantes suelen estar asociados a fantasías de mutilación y destrucción corporal durante el parto, viendo al bebé como un parásito dentro de ella. Al no poder la madre dar cobertura anaclítica, vive al neonato como un extraño, incomprensible, al que niega el maternaje. Si en el neonato se depositan fuertes fantasías de ser destruida, se estará cerca del filicidio.

Plan Terapéutico: Pasado el período confusional de la psicosis, es necesario asistir a la madre para construir progresivamente un vínculo de amor con su hijo. No es posible tomar una regla general respecto a si una mujer que desarrolló psicosis puerperal, pueda embarazarse de nuevo. Se requiere una evaluación individual en equipo entre el trabajador de salud mental y el ginecólogo. Tanto en el embarazo como en el puerperio es posible el uso de neurolépticos y antidepresivos. La terapia durante el embarazo no debe ser profundamente movilizadora y va dirigida a dar un ambiente armónico que busque su preservación. Un abordaje profundo es posible posteriormente para lograr más claridad respecto a posibles futuros embarazos.

EMBARAZO NERVIOSO (PSEUDOCIESIS).

Estas pacientes están plenamente convencidas de estar embarazadas, aunque las pruebas laboratoriales demuestren lo contrario. Las formas más leves son aquellas propias de jovencitas que sufren retrasos menstruales en períodos de coitos ocultos y culposos, presentándose amenorrea, lipotimias y deseos inconscientes de estar embarazadas.

Formas espectaculares: Presentan amenorrea, vientre en alforja, con crecimiento gradual a expensas de severa retención de gases, exceso de panículo graso, en algunas ocasiones se encuentra albuminuria y retención urinaria, pechos congestionados, aureolas pigmentadas, a veces secreción láctea, aumento de peso, convicción de embarazo, náuseas, vómitos matutinos. El examen físico demuestra un útero de tamaño normal, test del embarazo negativo, pueden percibir o no movimientos fetales.

En cuanto a su causalidad es esencialmente psicológica, avalado por trastornos hormonales y físicos de base psicosomática. Por acción de las catecolaminas se bloquean los factores liberadores de LH, FSH y prolactina, además de un cuerpo lúteo persistente y activo responsable de la galactorrea. Su actitud hacia el embarazo es ambivalente (deseo y temor). La mayoría cursa con amenorreas pasajeras. Cerca de la fecha hipotética del parto surge la convicción de que su hijo ha desaparecido o muerto. El riesgo de suicidio es alto si no son adecuadamente apoyadas y comprendidas.

Viñeta clínica.

Recibimos a una mujer de 30 años remitida por su ginecólogo. Presenta un abdomen como un embarazo a término. Amenorrea de 9 meses. El ultrasonido revela un útero vacío. Ella me dice: "si no estoy embarazada quíteme esta barriga". Es madre soltera en dos ocasiones, ha estado saliendo con un muchacho, con el cual está intentando finalizar por que no observa que se decida a formalizar el

vínculo y no expresa ningún compromiso con el actual embarazo. En sesiones de esclarecimiento ella decide terminar definitivamente este vínculo; además realizamos sesiones de relajación, la tercera semana de trabajo terapéutico desaparece el abdomen prominente y 1 1/2 meses después menstrua.

ABORTO.

El aborto espontáneo puede evidenciar un conflicto en asumir el embarazo, como manifestación de los factores no elaborados en la infancia relacionados con la angustia de la destrucción del producto.

En otras ocasiones para la embarazada resulta problemático consolidar su madurez y poder compartir con su madre por la maternidad. Si la relación con el marido es muy frustrante, puede transformar en conducta expulsiva, la necesidad de deshacerse de su pareja. El aborto puede provocar una depresión, cuando existía un fuerte deseo por ese embarazo y sentimiento de amor hacia el bebé.

La tensión psíquica provoca aumento de las contracciones uterinas y el consecuente desprendimiento placentario y la posterior caída de los niveles de progesterona. Esta tensión también afecta los niveles estrogénicos y la secreción del cuerpo amarillo.

Estas mujeres suelen ser dependientes, inmaduras, presentan conflictos con la sexualidad, con crecer, aceptación de su cuerpo sexuado, efectúan una *manifestación* inconsciente para expulsar al perseguidor.

ABORTO PROVOCADO: Suele ser consecuencia de problemática no resuelta. Estos embarazos están llenos de ambivalencia entre la búsqueda del goce y la procreación, más peculiar de los adolescentes, que revestidos de omnipotencia, creen ser inmunes a un embarazo, el cual puede responder a un fuerte deseo inconsciente de consolidar una relación más profunda. En los países subdesarrollados,

en los cuales están socialmente sostenida la virginidad, es delictivo para la moral familiar las experiencias sexuales prematrimoniales. Esto deja a las jóvenes a expensas de la casualidad, con experiencias sexuales cargadas de culpa, que son castigadas por el evidente embarazo. Además, el factor ignorancia sumado a la represión y la repetición generacional de madres solteras con hijos no deseados, nos da una población femenina expuesta a gestaciones ausentes de un contexto que las avale desde la configuración de una pareja que respalde este hecho. En ocasiones, todo esto termina con la muerte del feto y la madre, por abortos practicados en pésimas condiciones higiénicas por personal no entrenado, macabro castigo de la falta.

La práctica del aborto provoca múltiples movilizaciones intrapsíquicas, en la pareja, la familia o el grupo social. Son raras las psicosis, más frecuente es la depresión. Existe una mayor incidencia de trastornos post-aborto en mujeres célibes y menor en las casadas. Los sentimientos posteriores suelen ser culpa, temor a la esterilidad, incremento de la fantasía de vaciamiento, sentimientos homicidas, depresión por la pérdida y la culpa. Existe una relación ambivalente con el feto, con la fantasía vengadora del fantasma, que retorna reivindicativamente. En la depresión suele aparecer una identificación proyectiva con el muerto e intento de rectificación de un acto repudiado, no aceptado.

En toda embarazada aparecen tendencias agresivas inconscientes hacia el feto por romper su armonía interna (Deutsch). La patogénesis posible es isquemia en la matriz por contracción de fibras musculares causadas por un choque emocional, generado por conflictos permanentes: desavenencias conyugales, celibato, dificultades económicas, morales, de trabajo, agravadas por el embarazo. La reacción principal es la ansiedad somatizada en el miometrio. Un primer aborto provocado o espontáneo predispone a subsiguientes por la aprehensión residual. Tendencias prevalentes de la personalidad: fóbica u obsesiva, marcada tendencia anal-expulsiva.

Frente a la controversia respecto al aborto, Françoise Dolto (12) expresa que el padre y la madre son los únicos que pueden tomar la decisión de abortar, asumiendo sus sentimientos frente a sus hijos. Propone que la responsabilidad para que el bebé nazca y se desarrolle cuidado y amado, debe ser asumida por los militantes antiaborto demostrando su coherencia financiando estos hijos nacidos de relaciones incapaces de sostener esta vida. Otra alternativa es agilizar la adopción.

DISFUNCIONES SEXUALES.

VAGINISMO

En el vaginismo se produce la contractura involuntaria de los músculos elevadores del ano, de los constrictores de la vulva, con lo cual desaparece la cavidad vaginal, surgiendo un muro impenetrable.

La mayoría son mujeres infantiles, histéricas, frías, con múltiples miedos, sobre todo en la esfera sexual. La penetración es vivida como un acto peligroso y pecaminoso. El deseo de ser penetrada ha sido reemplazado por el horror. Sus maridos suelen ser tímidos, disfuncionales en el sexo.

DISPAREUNIA

Estas mujeres se quejan de dolor en la entrada de la vagina durante las relaciones sexuales. Las causas orgánicas suelen ser himen esclerótico, cicatriz dolorosa de la episiotomía.

Si no hay falla anatómica debemos interpretar el síntoma como un rechazo al coito, conversión masoquista del placer orgásmico en dolor, con culpa por la vida sexual.

FRIGIDEZ.

Bergler la define como ausencia del orgasmo vaginal. Morales como la ausencia completa y absoluta de respuesta agradable a un estímulo erótico. Levine como la ausencia del deseo sexual. (Anafrodisia). Existen diversos grados y tipos de frigidez: mujeres con anestesia vaginal, otras con orgasmo clitoridiano, pero no vaginal, transitoria con la misma pareja y selectiva para determinado compañero.

Un tipo de frígida es la mujer con aspecto femenino que se siente atraída por hombres, goza sexualmente el contacto corporal pero presenta anestesia vaginal, o tiene sensaciones vaginales pero es anorgásmica. El grado mayor es la mujer anhedónica, que carece de goce sexual. Desdeña a los hombres, con tendencias obsesivo-compulsivas, esquizoides y homosexuales.

Es controversial si debe considerarse como frígida la mujer con orgasmo clitoridiano sin orgasmo vaginal.

Una frigidez particularmente grave es la mujer que consumó el incesto con el padre.

La rabia, el asco y la culpa por haber gozado contaminan toda experiencia posterior con otros hombres. El contexto cultural es fundamental para que la mujer logre su capacidad orgásmica. En aquellas subculturas en donde la madre es visualizada y exigida como asexual, la esposa-madre también lo tendría que ser. Sus maridos esperan de ellas una notoria pasividad sexual. Cualquier habilidad de ella exacerba en él celos de experiencias previas, por lo cual debe aprender a no sentir o guardárselo en su silencio. Estos maridos buscan relaciones extramaritales y esperan de la amante malabarísticas habilidades sexuales. Una otra frígida grave es la carente de la fantasmática del deseo. Ellas son incapaces de procesos imaginarios eróticos.

Tratamiento: La frigidez requiere de una psicoterapia profunda, buscando resolver conflictos, homosexuales, eliminar la culpa por el goce, ganar el derecho a este, lograr una clara identificación femenina, eliminar los elementos masoquistas: Master y Johnson ⁽¹³⁾ han desarrollado técnicas trabajando con la pareja, reactivando el autoerotismo, intensificar la excitación sin penetración.

La carencia de imaginaria puede abordarse a través de ensueño dirigido (Desoille) ⁽¹⁴⁾, la expresión corporal sobre las zonas erógenas (Reich)⁽¹⁵⁾ y la estimulación audiovisual de la

pareja. Del terapeuta se requiere abstinencia, seriedad y prohibirse derivar erotismo de su trabajo.

MENOPAUSIA.

Definición del *Comité de Nomenclatures de la Fédération Internationale de Gynécologie et d 'Obstétrique*: La mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva.

Pre-menopausia: Parte del climaterio antes de que ocurra la menopausia, con ciclos irregulares.

La Menopausia es la menstruación final, que ocurre durante el climaterio.

La elaboración de la pérdida de la potencialidad de fecundación, pone en juego varios aspectos de la mujer. ¿Cómo se siente ella como mujer? ¿Desde dónde se afirma?

Cada etapa de la vida nos pide cuentas sobre lo no elaborado. Llega la hora de los reencuentros. Si la sexualidad para ella se vincula a la exclusión en la vida de los mayores, puede esto bloquearla.

Si la sexualidad ha sido conflictiva en sus años fértiles quizás ahora sea más afectada respecto al goce. Si ella puede visualizar la no fertilidad como ventaja frente al goce, en tanto no necesitará más los métodos anticonceptivos, podrá ver este momento como una mayor liberación para disfrutar sexualmente.

Master & Johnson ⁽¹³⁾ afirman que una vida sexual activa incrementa beneficiosamente las hormonas que protegen y mantienen la buena calidad de la lubricación, consistencia y flexibilidad de las paredes vaginales.

Durante la menopausia, ella está expuesta a cambios biológicos. Existe una relación directa entre la calidad de la vida sexual y una buena capacidad de genitales externos, erección del clítoris, congestión del tercio inferior de la vagina, sudación de fluidos en la superficie vaginal, congestión uterina. Durante el orgasmo existe contracción de la plataforma orgásmica.

(1/3 inferior de la vagina). La baja estrogénica la expone a osteoporosis y atrofia vaginal. Los tejidos vaginales se adelgazan, se acorta el túnel vaginal y el útero se torna atrófico y fibrótico, la vejiga y el tejido uretral se adelgazan y son fácilmente traumatizables. El coito sin la adecuada lubricación puede provocar uretritis y cistitis hemorrágica, hemorragia de la submucosa laceración de la pared vaginal. La dispareunia ocurre en un 40% y se eleva a un 60% en mayores de 60 años. La vagina se calienta más lenta y tardíamente. Disminuye el tamaño de las glándulas mamarias ⁽¹⁶⁾.

Los síntomas psicológicos de la menopausia incluyen nerviosidad, ansiedad, irritabilidad, depresión, insomnio y fatiga.

La nerviosidad incluye excitabilidad anormal e inquietud mental y física.

La ansiedad se caracteriza por aprensión, inseguridad y miedo, preocupación acerca de la edad y de sí mismo. La irritabilidad se manifiesta como respuesta anormal para estímulos ligeros o sin importancia. La depresión está representada por incapacidad de tomar decisiones, apatía, inquietud interna, retraso psicomotor, pérdida de libido y disminución de reacciones emocionales con frustración interna.

Puede presentar disnea, lumbalgia, cefalea, insomnio, mareos, fatiga, características oleadas de calor, escalofríos, sudoración inapropiada y parestesias, calambres musculares, artralgias, disnea (taquipnea), palpitaciones, vértigo, vahídos y síncope, bochornos, ideas de disminución de la atracción física y disminución del interés sexual, conversaciones frecuentes sobre juventud, vejez y muerte, competencia con las generaciones jóvenes, ideas de no ser querida ni necesaria. Puede aparecer un intenso deseo de embarazarse como una defensa contra el sentimiento de pérdida de la sexualidad y la capacidad reproductora, o intentos de seducción.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

El 20% cursan sin problemas, el resto pueden presentar una de estas formas:

- 1.- **Formas frustras y poco específicas:** son las más frecuentes, con síntomas neurovegetativos, hiper-emotividad, irritabilidad del humor, astenia física, cefalea, vértigos, trastornos de la memoria, pérdida del gusto por la vida, disminuidas, tristes y vulnerables.
- 2.- **Estados depresivos:** Los pensamientos giran entorno a morir y la inutilidad. Depresiones de balance existencial, acompañadas de auto-reproches. Las depresiones crónicas involutivas y las psicosis maniaco-depresivas son raras y no suelen ser desencadenadas por la menopausia.
- 3.- **Formas hipocondríacas:** Cancerofobia, con desprecio del órgano que no funciona más, fobia a enfermedades venéreas, palpitaciones, algias pelvianas.
- 4.- **Trastornos sexuales:** Puede presentarse desde la frigidez hasta la hipersexualidad, a veces anorgasmia. Las mujeres frustradas y frías viven peor la menopausia.
- 5.- **Estados psicóticos:** Delirios eróticos de celos, místicos, que a veces se transforman en paranoia de involución.

DE LOS CALORES.

La mujer aparece cargada de calores corporales en diversos períodos de la vida. La eclosión de la adolescencia puede ir acompañada de fuertes demandas de actividad sexual. La calentura,

como expresión de excitación sexual, nos da la idea de los polos calor-frío, como equivalentes de excitación- frigidez. Esta nos remite a la existencia de una anestesia focal en la vagina, la carencia de su representación psíquica, zona antitérmica. Igual el pene in-eréctil, flácido, nos evidencia el bloqueo corpóreo de la calentura focal de los cuerpos cavernosos y esponjosos.

Los calores hacen su aparición también en el período de la menopausia, conjuntamente con el retiro de la menstruación, que lleva a la mujer a la visión de envejecer y a no ser más fértil, pérdida de la certeza de poder procrear, aunque haya renunciado a ello, le servía la menstruación como una insignia de su poder fecundo.

ASPECTOS BIOLÓGICOS.

La depresión suele ir acompañada por una disminución de las catecolaminas y la serotonina. Los estrógenos inhiben la monoaminooxidasa (MAO). La MAO cataboliza las catecolaminas. Al disminuir la MAO, aumentan las catecolaminas. Los valores de plaquetas y de MAO en el plasma se incrementa a medida que aumenta la edad y sobre todo en las mujeres. La actividad de MAO se duplica al final de cada ciclo menstrual. La catecol-O metil-transferasa (COMT), también inactiva las catecolaminas. Los estrógenos de catecol inhiben competitivamente a COMT, elevando así los niveles de catecolaminas ⁽¹⁷⁾.

Los estrógenos disminuyen la liberación de prostaglandinas y estas a su vez reducen la liberación de noradrenalina. Los estrógenos también aumentan el triptofano plasmático, el cual es precursor de la serotonina.

Es controversial el uso de los estrógenos, algunos estudios demuestran mejoría de los síntomas psicológicos igual a grupos tratados con placebo.

Durante la transición menopausica los niveles elevados de FSH parecen estimular a los folículos residuales al secretar verdaderas ráfagas de estradiol, el cual condiciona sangrados vaginales

anovulatorios irregulares ⁽¹⁸⁾.

En la pre-menopausia se presenta disminución de la androstenediona y la testosterona, pero se incrementa en la post-menopausia por exceso de gonadotropinas, que aumentan por déficit de estrógenos ováricos. Este aumento de testosterona explica la desfeminización, hirsutismo y virilismo que ocasionalmente se observa en mujeres de edad avanzada. En la menopausia los estrógenos y la progesterona disminuyen. La LH y la FSH aumentan por ausencia de retroalimentación negativa de los esteroides ováricos.

EFFECTOS CLÍNICOS DE LA DISMINUCIÓN DE LOS ESTRÓGENOS.

- Disminución gradual, en cantidad y duración, del flujo menstrual, hasta su cese total.
- Desaparecen los síntomas asociados a la menstruación: mastodinia, sensación de plenitud abdominal, edema, cefalea, y trastornos emocionales cíclicos.
- Cambios atróficos del epitelio vaginal, con aplanamiento de las estrías, el epitelio se adelgaza, aparición de Petequias, con fragilidad capilar, reducción del tamaño del cuello uterino y disminución del moco cervical, con resequeidad vaginal y dispareunia, atrofia del útero con retracción del endometrio, disminución del tamaño de los ovarios y trompas, con disminución de las estructuras de sostén de los genitales con relajación pélvica. Hay cambios atróficos en vejiga y uretra condicionando cistitis, con urgencia urinaria, incontinencia y poliuria. Hay regresión del tejido mamario.
- Disminución notable de los oocitos (células germinales precursoras de los óvulos), y, disminuye su respuesta a las gonadotropinas. La mayoría de los oocitos desaparecen por atresia.

La privación estrogénica provoca un 2% de pérdida del capital óseo total, (a los 70 años se pierde un 30%), con riesgo de fracturas (80% de las fracturas del cuello del fémur se producen en mujeres osteoporóticas (19). La vaginitis senil o atrófica mejora con estrógenos, igual que la craurosis vulvar (prurito intolerable). Debe tenerse en cuenta los riesgos del uso de estrógenos (acción carcinógena) por lo cual su uso requiere períodos estrictamente necesarios, dosis mínimas y la supervisión clínica estrecha.

CLIMATERIO MASCULINO.

En el hombre existe también climaterio, que suele aparecer alrededor de los 40 años, con disminución de su actividad sexual, obesidad, caída del cabello, disminución de su fuerza física y el rendimiento intelectual, presbicia, disminución de las horas de sueño.

Ambos pueden defenderse con hiper-religiosidad, incremento del tiempo dedicado al trabajo, a la filantropía, adopción de hijos, o animales. Un desbalance puede ser evidenciado por el agravamiento de la hipocondría, o la aparición de una enfermedad psicosomática. Debe tenerse en cuenta los riesgos de ruptura matrimonial por infidelidad con jóvenes. Las personalidades histéricas suelen presentar conductas hipomaniacas, las obsesivas muestran aspectos filantrópicos y ascéticos. Otras muestran crisis de pánico homosexual.

Agradecimiento:

Al Consejo Editorial de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, por dar cabida a este trabajo en una edición especial dedicada a la mujer. Al Dr. Jorge Fernández por su apoyo en la edición del presente artículo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Hopkine L D. Inner Space and Identity in Contemporary Females. *Psychiatry* 1980, 43:113-117.

2. Wittkover E D, Wilson W. Progresos en Medicina Psicosomática. Buenos Aires, Argentina. Ed. Eudeba; 1966.
3. Soifer R. Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Buenos Aires. Ed. Kargieman. 1973.
4. Langer M. Maternidad y Sexo. Buenos Aires. Ed. Paidós. 1976.
5. Videla M. Esterilidad de La Pareja. Buenos Aires. Ed. Trieb. 1978.
6. Shatford. Psychological correlates of differential infertility diagnosis in an in vitro fertilization program. *Am J Ob & Gyn* 1998; 158:1099-1107.
7. Haynal. Gynécologie Psychosomatique. Abrégé de Médecine Psychosomatique. Masson. Paris. Francia. 1978.
8. La Ferla. Psychologic and behavioral factors in hyperemesis gravidarum. *Am J Ob & Gyn* 1988. Vol. 159.
9. Lempériere. Troubles Psychiques lies a la Puerpéralité. Paris. EMC 1984.
10. Rey Jacqueline, Gynécologie et Obstétrique Psychosomatique. Paris, EMC, 1966.
11. Gérard Robert. Gynécologie et Psychosomatique. Paris. Masson. 1983.
12. Dolto Françoise. Diálogos en Québec. Buenos Aires. Paidós. 1988.
13. Master & Johnson. El vínculo del placer. Barcelona. Grijalbo. 1988.
14. Desoille Robert. Lecciones Sobre Ensueño Dirigido en Psicoterapia. Buenos Aires. Amorrortu Ed. 1988.
15. Wilhelm, R. La Función del Orgasmo. Buenos Aires. Ed. Paidós. 1988.
16. Semmens. "Sexual function and the menopause". *Clin Ob & Gyn* 1984. 27(3):84.
17. Coulam C; Edad, estrógenos y psique. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*; 1981; 1:225-236.
18. Howard J. Menopausia y post menopausia. A healthy approach to menopause. Feeling Fine Programs; New York, Random House, 1987.
19. Sitruk. Tratamiento Hormonal de la Menopausia. *Tribuna Médica*. Febrero (2) 1986.

Escabiosis en el Paciente Pediátrico

* Dagoberto Espinoza Figueroa

Etiología y Epidemiología

La escabiosis es una enfermedad dermatológica infecto-contagiosa sumamente pruriginosa causada por *Sarcoptes scabiei var humanus* ⁽¹⁾. Es además conocida como sarna o rasquiña. Se da en ambos sexos y en todas las razas y edades. La escabiosis se transmite de persona a persona por contacto no casual. Es controversial la transmisión a través de la ropa de vestir y ropa de cama contaminadas (fomites). Puede haber transmisión por contacto sexual lo que debe sospecharse en pacientes cuando predominan las lesiones en el área genital. En el mundo se reportan aproximadamente 300 millones de casos al año de escabiosis. La frecuencia de esta enfermedad es mayor en los países en vías de desarrollo, presentándose en los países desarrollados solamente en epidemias dentro de instituciones como los asilos de ancianos, orfanatos, prisiones, etc ^{(2) (3)}.

Introducción

En Honduras, como en el resto del mundo son especialmente vulnerables a esta enfermedad los grupos en los extremos de la vida, con presentaciones clínicas muy variadas que se dan en la población pediátrica. A pesar de que el tratamiento es relativamente sencillo y que en Honduras se cuenta con medicamentos adecuados para su tratamiento, existen muchos mitos en relación a como debe manejarse. El esquema terapéutico que se escoja deberá adecuarse a las necesidades del paciente como al entorno familiar.

El propósito de este artículo es hacer una revisión lo más actualizada del diagnóstico y tratamiento, con un enfoque a la población pediátrica.

Patogénesis

Sarcoptes scabiei var humanus es específico para el ser humano. Perteneciente al phylum Arthropoda, clase Arácnida, orden Acariformes, suborden Acaridia y familia Sarcoptidae. La hembra crea surcos dentro y por debajo del estrato córneo al liberar una sustancia que disuelve las escamas de piel para luego ser digeridas. Deposita 3 huevos por día que evolucionan a ninfas para luego convertirse en adultos. El promedio de vida de una hembra adulta es de 4-6 semanas período durante el cual excava a una velocidad de 0.5mm por día y depositando un total de 50 huevos. Los adultos pueden vivir hasta 36 horas fuera de la piel ⁽⁴⁾.

Las lesiones dermatológicas surgen por una reacción inmune a la presencia del sarcoptes en la piel, ocurriendo generalmente un mes después de la infestación. El rascado ayuda a autolimitar el grado de infestación. La reacción inmune que se produce no es lo suficientemente fuerte como para erradicar los parásitos o como para inducir inmunidad a infestación por sarcoptes. La reinfestación produce los mismos síntomas en 24-48 horas, lo cual ayuda a controlar el nivel de infestación ⁽⁴⁾.

En pacientes inmunosupresos o neurológicamente incapacitados la respuesta inmune al parásito está alterada y el número de parásitos puede ser enorme, produciéndose la Sarna Noruega.

Manifestaciones Clínicas

En este artículo el principal enfoque es la descripción de las variantes de escabiosis que el médico puede encontrar en la población pediátrica y las diversas opciones terapéuticas disponibles para estos pacientes.

El síntoma principal de la escabiosis es el prurito. Este predomina por las noches. La lesión elemental de la escabiosis es el surco escabiótico, aunque es difícil de encontrar. El surco es una pequeña línea tortuosa que se observa más fácilmente en las manos.

La localización de las lesiones va a variar con la edad, actividades y sexo del paciente. De esta manera es más común que se presente en manos, especialmente interdigital y en cara lateral de los dedos en los adultos. Las lesiones areolares son características en los infantes presentándose como eczema de pezón.

En las mujeres las lesiones mamarias son comunes. En todas las edades los pliegues son los sitios que se deben investigar (carpal, antecubital, axilar). Las lesiones periumbilicales son muy características al igual que las glúteas. La presencia de nódulos pruriginosos en el pene, (independientemente de la edad) es muy sugestiva de escabiosis.

Como se mencionó antes, la identificación del surco escabiótico o de los nódulos en el pene son característicos de la enfermedad, pero no se encuentran siempre. Se deben buscar pápulas pequeñas (1-2mm) en los sitios de pliegue antes mencionados, borde axilar anterior, glúteos, mamas, abdomen (con distribución periumbilical). Se encuentra una constelación de pápulas, pápulo-vesículas, pápulo-pústulas, pápulas excoriadas y excoriaciones.

El médico debe tomar en consideración que el rascado crónico se puede presentar solamente con áreas liquenificadas (hiperpigmentación, hiperqueratosis, hiperlinealidad) o áreas eczematosas y en algunos casos impetiginizadas, que pueden estar obscureciendo el cuadro principal del paciente.

Existen presentaciones especiales de escabiosis que deben tomarse en consideración:

Escabiosis del paciente aseado, escabiosis incógnito, escabiosis nodular, escabiosis de los ancianos, escabiosis en inmunosupresos, Sarna Noruega, escabiosis del infante, escabiosis bulosa.

En los bebés las lesiones de escabiosis pueden causar confusión. Pueden ser los primeros de la casa en presentar síntomas de escabiosis y generalmente son los más severamente afectados. Las lesiones vesiculopustulosas en palmas y plantas son comunes. A diferencia de los adultos, en lactantes las lesiones en cara y cuero cabelludo son comunes.

En infantes las lesiones nodulares son bastante comunes y pueden predominar tanto en ellos que puede confundirse el diagnóstico con urticaria pigmentosa, histiocitosis de células de Langerhan's, prurigo por insectos y hasta linfoma⁽³⁾.

La Sarna Noruega o Sarna Costrosa se caracteriza por la proliferación de los ácaros debido a la limitada respuesta inmune del huésped hacia la infestación. En estos casos el prurito puede ser escaso o estar ausente o el huésped puede ser incapaz de rascarse.

La lesión característica es la costra hiperqueratósica que puede presentarse en palmas y plantas, subungueal y puede darse en todo el cuerpo incluyendo cara y cuero cabelludo. Estos pacientes deben ser detectados de forma temprana ya que son altamente contagiosos y es común encontrarlos en asilos de ancianos e instituciones para enfermos mentales.

La lista de diagnósticos diferenciales es grande para la escabiosis y debe plantearse según la edad del paciente. Debe sospecharse siempre en el paciente pediátrico que presenta dermatosis pruriginosa de inicio súbito y con afección de otros miembros de la familia.

Las lesiones vesiculopustulosas plantares del lactante pueden confundirse con la acropustulosis infantil⁽⁶⁾⁽⁷⁾. En infantes las

lesiones pueden asemejar la dermatitis atópica, dermatitis por contacto, picaduras de insectos e impétigo. La Sarna Noruega puede confundirse con dermatitis seborreica o psoriasis ⁽⁷⁾.

El diagnóstico es generalmente clínico pero puede necesitarse la confirmación laboratorial. Se pueden obtener raspados de piel montados en una laminilla de microscopio con aceite de inmersión.



Foto 1: Lesiones de escabiosis en tórax de lactante. Nótese las lesiones en diferentes estadios evolutivos (pápulas, vesículas, máculas residuales) y el eczema característico del pezón.



Foto 2: Lesiones con predominio vesiculoso. No hay excoriación por la falta de rascado en el neonato.

TRATAMIENTO

El manejo de la escabiosis consiste en la erradicación del parásito del paciente y miembros de la familia, control del prurito y manejo de complicaciones (sobreinfección bacteriana).

En cuanto al prurito el uso de antihistamínicos por vía oral está indicado y tanto el paciente como sus padres deben entender que aun eliminado el parásito el prurito puede persistir por unos días más y debe continuar el antihistamínico ⁽⁴⁾. Pueden agregarse cremas con corticoides para control del prurito.

En algunos pacientes se deben indicar antibióticos tópicos y/o sistémicos para los procesos infecciosos sobreagregados. Las lesiones nodulares pueden ser de difícil y largo manejo, actualmente se indican nuevos medicamentos como el pimecrolimus ⁽⁸⁾. Si existe irritación severa o infección, estas deben ser tratadas antes de iniciar el manejo con escabicida. Debe hacerse énfasis en la familia de la importancia del tratamiento de todos los miembros de la familia.

Hasta hace poco tiempo todos los escabicidas eran tópicos que actuaban a nivel del sistema nervioso del parásito. Tienen efectos adversos que deben conocerse para el adecuado manejo del paciente.

El Lindano (hexacloruro de γ -benceno) es un organocloruro cuyo efecto neurotóxico radica en la liberación presináptica de neurotransmisores en el parásito. Se aplica al 1% en crema o loción y se deja aplicada por 8-12 horas.

Se recomienda una segunda aplicación 1 semana después. Puede ser neurotóxico para el ser humano manifestándose como convulsiones y puede ser fatal. Debe evitarse en pacientes con enfermedades neurológicas, mujeres embarazadas o lactando, ancianos y menores de 2 años. Los síntomas de intoxicación por Lindano son cefalea, náusea, vómitos,

temblor, convulsiones, coma y muerte ^{(3) (9) (10)}. La mayor parte de los casos de toxicidad por lindano se presentan cuando se usa existiendo contraindicaciones o cuando se excede la dosis.

El azufre precipitado es otra opción en el manejo de la escabiosis. Es el tratamiento mas antiguo para la escabiosis y Celso lo utilizó en el año 25 A.C. ^{(3) (11)}. El azufre se utiliza en un vehículo (vaselina) a una concentración del 2-10%, el autor prefiere usarlo al 6%, debido a que a esta concentración mantiene su función escabicida con mínima irritación. Después de un buen baño se aplica al paciente en toda la piel por 3-4 noches consecutivas sin bañarse. El azufre tiene la ventaja de ser un tratamiento barato, con baja toxicidad, desafortunadamente tiene mal olor y es incómodo en climas cálidos. Por lo anterior se indica solamente en pacientes en los que esta contraindicado alguno de los otros medicamentos.

El crotamitón (crotonyl-N-ethyl-o-toluidine) se usa en crema al 10%. Una sola aplicación ofrece un éxito en 50-70% de los pacientes y se han visto los mejores resultados en esquemas de dos veces al día por 5 días después del baño. Puede irritar cara y escroto. Se le adjudican propiedades antipruriginosas, pero aun no se ha demostrado en estudios ^{(3) (12)}.

La permetrina es un piretroide sintético y un potente insecticida. Las cremas de permetrina al 5% se absorben escasamente por la piel y son metabolizadas por esterasas de piel con casi escasa toxicidad para los mamíferos ^{(3) (4) (12)}. Se aplica en toda la piel por la noche cada semana por 2 aplicaciones. Es el más novedoso y eficaz tratamiento tópico para la escabiosis ^{(3) (12)}. Es seguro en lactantes (puede usarse a partir de los 2 meses de vida), ancianos y pacientes con enfermedades neurológicas ^{(4) (12)}. Debido a su facilidad de aplicación, baja toxicidad, excelente función escabicida con baja resistencia del parásito, es la droga tópica de elección del autor.

La ivermectina es un medicamento sistémico, similar a los macrólidos (sin actividad antimicrobiana), actúa suprimiendo la producción de impulsos nerviosos en insectos estimulando el ácido gamma amino butírico en la placa presináptica.

Se trata la escabiosis con una dosis de 0.2mg/kg dosis única. Una sola dosis del medicamento prácticamente carece de efectos adversos en el ser humano pero, se han reportado cefaleas, tinnitus, mialgias, artralgias, adenopatías, fiebre y erupciones cutáneas. Estos efectos se observaron más en pacientes en tratamiento para filariasis. Está contraindicada en embarazadas, menores de 5 años o que tengan enfermedades del sistema nervioso central ^{(4) (12)}.

Las fallas terapéuticas pueden deberse a diagnóstico incorrecto, aplicación inapropiada, reinfestación y resistencia al medicamento. Debe explicársele al paciente y sus padres que el prurito puede persistir una o más semanas después del tratamiento, sin que signifique que exista una falla terapéutica ^{(3) (4) (13)}.

CONCLUSIÓN

La escabiosis es una enfermedad antigua que acompaña al hombre, especialmente en países en vías de desarrollo y en lugares de hacinamiento. El parásito es débil y está confinado al ser humano, ya que no subsiste fuera de la piel. A pesar de ello, es difícil de erradicar ya que implica la cooperación de todos los miembros de la familia "aunque no les pique". Las drogas modernas con que se cuenta son una gran arma y debe idearse un plan terapéutico que se acople a cada familia.

Agradecimiento

Fotos cortesía Dra. Carolina Arita (Médico Residente II Dermatología).

BIBLIOGRAFÍA

1. Orkin M, Maibach H. Scabies and Pediculosis, en *Dermatology in General Medicine*, 6ta Ed, Nueva York: McGrawHill ;2004:2677-2684
2. Alexander JOD en *Arthropods and skin*. Berlin: Springer-Verlag; 1984:50-5
3. Karthikeyan K, Treatment of scabies: newer perspectives *Postgrad. Med. J.* 2005;81:7-11
4. Prendiville J, Scabies and lice, en *Textbook of Pediatric Dermatology*, London: Blackwell Science, 2000
5. Humeau S, Bureau B, Litoux P et al. Infantile acropustulosis in six migrant children. *Pediatr Dermatol* 1995;12:211-14
6. Prendiville J Acropustulosis of infancy; how often is it a sequela of scabies? *Pediatr Dermatol* 1995;12:275-6.
7. Duran C, Tamayo L, de la Luz Orozco M, Ruiz-Maldonado R. Scabies of the scalp mimicking seborrheic dermatitis in immunocompromised patients. *Pediatr Dermatol* 1993; 10: 136-8.
8. Almeida HL Jr. Treatment of steroid-resistant nodular scabies with topical pimecrolimus. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53 (2):357-8.
9. Solomon LM, Fahrner L, West DP. Gamabenzene hexachloride toxicity: a review. *Arch Dermatol* 1977; 113:353-7
10. Ramussen JE. The problem of lindane. *J Am Acad Dermatol* 1981;5:507-16.
11. Roos TC, Alam M, Roos S, et al. Pharmacotherapy of ectoparasitic infections. *Drugs* 2001;61:1067-88.
12. Hogan DJ, Schachner L, Tanglerstampam C. Diagnosis and treatment of childhood scabies. *Pediatr Clin North Am* 1990;38:941-56

Violencia Doméstica: Implicaciones y Costos.

* Ely Meléndez Laboriel.

En Honduras las estadísticas indican que 6 de cada 10 mujeres sufren de violencia doméstica; se puede decir en consecuencia, que ha alcanzado altos niveles de incidencia ⁽¹⁾.

La familia nuclear o bien la familia extendida, es el lugar al cual uno quiere regresar para recargar las necesidades afectivas y debe ser, por excelencia, la escuela donde se supone se adquiere el mejor entrenamiento para convivir en sociedad, y ha terminado convirtiéndose en el espacio ideal para violentar a los seres que la conforman.

Es curioso como hoy día los hogares son los espacios en los cuales se comete “el terrorismo más perverso y silente de nuestros días, que es el terrorismo en base a género”, para citar alguna de las frases dramáticas y llenas de realismo que se publican a diario en los medios de comunicación ⁽²⁾.

Partiendo de la reflexión anterior, se pretende comentar en este artículo varios puntos: el primero de ellos, es el esfuerzo que se hace para frenar la violencia doméstica y la perspectiva personal que sobre el tema tienen los profesionales que intervienen en su solución desde sus diferentes esferas de actuación. Al respecto se quiere llamar la atención acerca del tema conceptual y la aproximación íntima e individual que tienen todos y todas acerca de la violencia doméstica.

Se conoce por diferentes fuentes que la violencia de género representa un ejercicio de poder y control que se aplica sobre las mujeres; esta violencia y su capacidad de reproducción intergeneracional sólo se puede comprender cabalmente cuando se entiende el papel que juegan las instituciones formales e informales

al clasificar y procesar los actos violentos y sus consecuencias.

En muchos de los casos, las interpretaciones o apreciaciones inapropiadas, frecuentemente incubadas en la infancia de los hoy profesionales o técnicos, pudieran tener como efecto la revalidación de las formas hegemónicas de poder y control que son ejercidas sobre las mujeres en la sociedad.

Entonces la preocupación que surge es que debemos tener sumo cuidado con las percepciones y creencias que los profesionales y técnicos que atienden esta problemática tienen sobre las identidades y roles de género. Es preciso permanecer vigilantes para que estas concepciones no sean similares o iguales a las percepciones de las víctimas y agresores, por ello las intervenciones en los casos de violencia doméstica requieren ser vigilados en todas las partes del proceso para garantizar niveles mínimos de calidad de servicios de atención, al igual que realizar capacitaciones para especializar a los profesionales, a los padres y madres de familia y profesores con herramientas teóricas y prácticas, a fin de homogenizar conceptos y metodologías de forma que se minimice el impacto de la subjetividad de los actores que intervienen en los procesos de solución de la problemática de la violencia doméstica.

Por lo antes expuesto se considera que esta preocupación requiere desplazarse de la búsqueda de explicaciones sobre las razones por las cuales las mujeres continúan en una situación de violencia doméstica, a la exploración de los contextos institucionales y personales que pudieran reforzar las estructuras mediante las cuales se perpetúa la violencia doméstica.

* Consultora Inclusión Social y Género, Banco Interamericano de Desarrollo BID.

Estas ideas llevan a pensar que los espacios afectivos familiares, nuclear o de nexos extendidos, se deben convertir en espacios sujetos a la observación ya que desde allí se puede facilitar o empeorar el proceso de desarticulación de la violencia doméstica ⁽³⁾.

La violencia “doméstica” ocurre en todos los niveles de la sociedad, no solamente en las familias con menos recursos, como se suele pensar. La violencia no se da porque se viva en familia, sino porque la familia, o mejor dicho sus miembros, no viven como debieran vivir. No hay hombres “mal tratantes” y “normales”, sino protagonistas de malos tratos y agresiones, como consecuencia de un proceso al que muchos han llegado sin una reflexión previa.

Hay autores que señalan que la violencia intrafamiliar se da básicamente por tres factores:

- a) La falta de control de impulsos
- b) La carencia afectiva y
- c) La incapacidad para resolver problemas adecuadamente.

Además en algunas personas podrían aparecer variables desencadenantes como el abuso de alcohol y drogas ⁽⁴⁾.

La causa última, la más profunda y la raíz del problema: es falta de amor en las relaciones interpersonales. Los psicólogos lo explican de una manera muy gráfica, diciendo: “Cada uno de nosotros tiene una necesidad innata de recibir amor. A esta necesidad la podemos llamar “el tanque del amor”. Al nacer el niño, ese tanque está vacío.” Si los padres son personas emocionalmente sanas cuyos tanques de amor están llenos, pueden llenar el tanque de sus hijos y estos crecerán y se desarrollarán psicológicamente sanos.

Sin embargo, si uno de los padres o ambos no tenían lleno su propio tanque, lo más probable es que el niño no reciba suficiente amor porque su padre o su madre no lo tuvieron para dárselo. Esta falta de amor deja cicatrices en el alma de

los niños que llevan a ciertos comportamientos disfuncionales en la adultez, que puede producir una conducta de agresividad ⁽⁵⁾.

Los niños que son testigos de violencia en el hogar tienden más a tener problemas de disciplina en la escuela y podrían tener mayores probabilidades de repetir grados. Por supuesto, eso tiene un impacto directo en el capital humano de estos niños y su capacidad futura para conseguir un trabajo adecuado con un salario decente.

Los efectos multiplicadores sociales incluyen la transmisión intergeneracional de la conducta y actitud de violencia de padres a hijos, la erosión del capital social, el deterioro de la calidad de la vida y una menor participación en los procesos democráticos. Hay fuertes indicios que documentan la correlación directa entre ser testigo o víctima de violencia en la niñez y el comportamiento violento con la esposa e hijos y sociedad en la edad adulta.

Estudios han comprobado que las tasas de agresiones conyugales eran mucho mayores en los hombres que habían sido testigos de actos de violencia doméstica en la niñez, en comparación con los hombres que no habían presenciado tales actos de violencia.

Otra perspectiva de análisis que ilustra este punto de vista observa que los niños expuestos a la violencia doméstica tienen percepciones inapropiadas de la aceptabilidad y conciben la violencia como legítimo mecanismo para solucionar conflictos ⁽⁶⁾.

Los efectos de la violencia en los niños no se limitan a la reproducción del comportamiento violento en la edad adulta, sino que los niños que sufren o presentan agresiones tienden a tener más problemas de comportamiento durante la niñez.

En un estudio en el cual se compararon 102 niños que vivían en refugios para mujeres golpeadas, con 96 niños de un grupo de control, los niños de los refugios presentaban una probabilidad

dos veces y media mayor de tener graves problemas de comportamiento y adaptación. En el mismo estudio, el grado de violencia física en una familia, medido con la escala táctica de resolución de conflictos, resultó ser un factor importante para predecir tanto la competencia social del niño como problemas conductuales ⁽⁷⁾.

Para ayudar a entender la complejidad e implicaciones del fenómeno de la Violencia Doméstica la organización no gubernamental **Proyecto Aldea Global** con financiamiento y acompañamiento del **Banco Interamericano de Desarrollo BID** ejecutan un novedoso proyecto con el cual se espera contribuir significativamente en la prevención y combate de la violencia doméstica por medio del fortalecimiento de las capacidades locales.

Con una inversión social de USD \$45,000 durante 9 meses el **Programa Deborah** busca “mejorar y fortalecer las capacidades locales para prevenir y responder a los casos de violencia doméstica en los municipios de Las Lajas, La Libertad, Siguatepeque y Taulabé en el norte del departamento de Comayagua, Honduras.”

El programa Deborah entrega servicios de desarrollo por medio de tres componentes básicos:

1. Talleres Educativos a paralelales apoyando de forma inmediata a las víctimas, les provee información legal, seguridad y primeros auxilios logrando que ellas mismas durante su proceso de recuperación y atención realicen actividades terapéuticas por ejemplo: Ellas proveen los alimentos de todas las capacitaciones que se imparten en las comunidades.
2. Educación Vocacional a Mujeres Víctimas de Violencia doméstica haciendo los esfuerzos para capacitar a las mujeres en el aprendizaje de oficios y desarrollando sus habilidades para que se les facilite su inserción en el mercado laboral e

incrementar sus probabilidades para la generación de ingresos.

3. El tercer componente de psicología es facilitar la transmisión de mensajes utilizando el sociodrama como terapia y vehículo para transmitir información.

Se espera brindar apoyo y soporte psicológico a las víctimas de la violencia doméstica y consolidar redes de apoyo solidario entre varios sectores de la comunidad, a través del entrenamiento y fortalecimiento de las habilidades de consejería en negociación y resolución de conflictos de los para-técnicos y líderes comunitarios, lo que ha logrado que se avizore resultados sobresalientes como es: el incremento de parejas en el programa de consejería, quienes intentan restaurar los matrimonios o uniones ya que ésta es la primera pretensión-visión del proyecto.

En los casos posibles, la restauración de la familia en todos los aspectos: morales, espirituales y emocionales es la primera opción que ofrece el Proyecto Deborah ⁽⁸⁾.

Las actividades realizadas en el marco del proyecto en mención han logrado que muchos actores claves de la comunidad se involucren en la lucha contra la violencia doméstica por ejemplo: la Cámara de Comercio de Siguatepeque, Municipalidades de la zona y las Oficinas Municipales de la Mujer, la Fiscalía del Menor, Oficina de Supervisión Departamental de Educación Primaria, exitosos empresarios e Iglesias de diferentes denominaciones.

Recientemente se ha comenzado a ver los efectos positivos de la intervención del proyecto, manifestándose por la positiva percepción de los beneficiarios y de las personas de la comunidad quienes han participado en diferentes acciones, muestra de ello, es la Gran Marcha a Favor de la Paz de los Hogares y en contra de la Violencia Doméstica la cual se realizó en Siguatepeque, logrando el entusiasmo y participación activa de más de 400 personas y cientos como espectadores.

La sumatoria de actividades del Proyecto Deborah ha producido un impacto muy positivo ya que ha posicionado el tema y sus implicaciones sociales y económicas; como indicador de este impacto, se observa el creciente número de mujeres que han roto el silencio de la violencia; realizando sus denuncias según información del Juzgado de Violencia Doméstica que funciona en la zona.

El Banco Interamericano de Desarrollo espera cada vez más integrar en los componentes de los programas y proyectos de su cartera, líneas de acción y presupuestos para prevención y tratamiento de la violencia doméstica, particularmente en las áreas de salud, redes de protección social, justicia, educación y modernización del estado.

Existen importantes experiencias que indican el éxito resultante de la vinculación de programas y proyectos a las redes de protección social tal es el caso de las escuelas PROHECO (9), no obstante sus propósitos propiamente educativos, con una ampliación de su visión han logrado alcanzar otro tipo de impactos formativos más integrales, estos resultados son quizás más difíciles de medir, pero no por ello menos importantes, a saber, el fortalecimiento del capital social comunitario en las aldeas rurales donde funcionan, lo cual retroalimenta a su vez el mejoramiento de los resultados estrictamente educativos.

Las escuelas PROHECO han logrado la sensibilización y capacitación de maestros, padres y madres de familia en estrategias para detectar dificultades de aprendizaje en forma temprana en los niños y niñas afectados como resultado de ser convivientes de violencia doméstica en sus hogares.

Esta alianza con los maestros de las escuelas y con los padres de familia, así como con organizaciones que trabajan en la prevención de la violencia doméstica ha resultado de mucho provecho para niños afectados y sus familias, ya que los maestros han remitido a varios niños y niñas que estaban siendo afectados y

ahora mismo están siendo atendidos en esta problemática particular.

Otro sector que ha mostrado su comprensión y solidaridad al fenómeno de la violencia doméstica en el país ha sido el sector empresarial quienes por medio de la práctica de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) comprenden la correlación directa y las repercusiones negativas entre la productividad y utilidades de sus negocios y la violencia doméstica ⁽¹⁰⁾, que incluyen: el costo monetario de los bienes y servicios y el tiempo utilizados para tratar o prevenir la violencia doméstica, gastos en tratamiento médico (atención de urgencia, hospitalización, atención en clínicas o consultorios, atención odontológica y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual), terapia psicológica, servicios policiales (tiempo que la policía dedica a los arrestos y a responder a las llamadas), actividades del sistema de justicia penal (costos de la detención y el encarcelamiento. Además de los costos del juicio y otros trámites judiciales), vivienda (refugios y viviendas transitorias para mujeres maltratadas y sus hijos) y servicios sociales (prevención de la violencia doméstica, educación en este campo, formación laboral, programas de promoción, y capacitación de la policía, los médicos y otros ⁽¹¹⁾).

El costo no-monetario de la violencia doméstica que abarca este análisis es el aumento de la morbilidad y la mortalidad por homicidio y suicidio, el alcoholismo y la drogadicción y trastornos depresivos. Si se calcula el impacto de la violencia doméstica en el deterioro de la salud, los resultados son altamente significativos llevando a la pérdida anual de 9 millones de Años de Vida Saludable (AVISA) en el mundo. Si se hace una aproximación al fenómeno de la violencia doméstica por la vía de sus efectos multiplicadores económicos, se observa: una baja productividad y menor participación de la mujer y del agresor en el mercado laboral, menor productividad en el trabajo, mayor ausentismo, menores ingresos y un impacto en la productividad intergeneracional.

Con respecto al impacto de la violencia doméstica en la capacidad de las mujeres para obtener ingresos, se observa: una gran diferencia en los ingresos laborales de las mujeres afectadas por actos de violencia física y patrimonial y psicológica –emocional severa vis a vis a las que no han tenido este problema, las mujeres que no son víctimas de actos de violencia física severa ganan en promedio US \$385 mensuales, mientras que las mujeres que se enfrentan con situaciones de violencia física severa en el hogar, ganan solamente US \$150, menos de la mitad de lo que ganan las mujeres que no son maltratadas ⁽¹²⁾.

En conclusión se afirma que el fenómeno de la violencia doméstica es causado por varias condiciones asociadas a deficiencias en la construcción de patrones sociales de ser hombres o mujeres.

En el presente artículo se procuró presentar una visión integral, la cual define que la violencia doméstica no es un problema privado sino que por sus proporciones alcanza niveles públicos que afectan nuestras cifras macroeconómicas, por lo que es importante darle especial relevancia a la búsqueda de tratamientos integrales y encontrar las modalidades desde diferentes niveles de intervención para que se trabaje en su prevención y erradicación conjuntamente con los diferentes sectores de la población y consecuentemente mejorar las condiciones de vida de los hombres mujeres, niños y niñas que actualmente sufren de este mal y anticipar soluciones para disminuir la incidencia de la violencia doméstica en las futuras generaciones.

Bibliografía:

1. Instituto Nacional de la Mujer (INAM) e Instituto Nacional de Estadística (INE). Presentación del análisis de información sobre violencia doméstica.). Honduras, 2004.
2. Ameriot, Marcia. Tanques Vacíos, Universidad Austral de Argentina. El Herald, 25 de enero de 2006, Suplemento especial en ocasión del Día de la Mujer.
3. Organización panamericana de la Salud. Reunión de Validación del Modelo de Leyes y Políticas sobre Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres. Washington D.C. 6-8 de septiembre, 2005 .
4. Organización panamericana de la Salud La violencia contra las mujeres: Responde el sector salud. Washington, OPS, 2003
5. Kliksberg, Bernardo. Impactos de la situación social de América Latina sobre la familia y la educación: interrogantes y búsquedas. Estudios interdisciplinarios de América Latina y el Caribe. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (EIAL); 11(2) Julio – Diciembre 2000
6. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Programa Fortalecimiento de la Capacidad Local para la Prevención y Combate de la Violencia Doméstica del Departamento de Comayagua: Informe final. Marzo , 2006
7. Programa Hondureño de Educación Comunitaria y Programa Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Proyecto de Educación Comunitaria PROHECO / Fondo de Población de las Naciones Unidas PNUD. Seminario “Participación Comunitaria en la Educación”), Tegucigalpa, 7 de septiembre de 2000.
8. Fundación Hondureña de responsabilidad social empresarial (FUNDAHRSE) Encuentro Nacional de la Empresa Privada Responsabilidad Social Empresaria (ENAE) 2006. Tegucigalpa marzo 2006.
9. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en Salud. Washington: Banco Mundial, 1993
10. Falck OP Costo económico de la violencia doméstica. Comayagua: Banco Interamericano de Desarrollo y Aldea Global y Cámara de Comercio de Siguatepeque, 2006.

Mortalidad Infantil en Honduras

* Dr. Víctor Muñoz Molina

La Mortalidad Infantil se define como el número de muertes por 1000 recién nacidos vivos normales. Esta dividida en neonatal temprana, neonatal tardía y mortalidad post-neonatal.

El panorama mundial sobre la mortalidad infantil según la OMS es abrumador cada minuto mueren 20 niños menores de 5 años o sea 10.5 millones por año y de estos 4 millones son recién nacidos.

En América latina mueren 250,000 niños menores de 5 años y el 70% de estas defunciones están relacionadas con problemas neonatales 37%. Neumonías 19%, diarreas 17%, malaria 8% y VIH 4%. La desnutrición esta asociada en la mayoría de estos casos ^(1,2)

En Honduras la Mortalidad Infantil ha descendido desde 42//1000 recién nacidos vivos en el año 1996 a 34/1000 recién nacidos vivos en el 2000 y se estima que en el 2004 fue de 29.6/1000 RN vivos ⁽³⁻⁴⁾.

En el año 2001 la Secretaria de Salud informó que en los niños fallecidos menores de 5 años, el 69.8% de los casos residían en el área rural y las principales causas fueron: las infecciones respiratorias agudas en el 21.3% seguidas de las enfermedades diarreicas con el 18.2 %, trauma obstétrico y asfixia perinatal en el 16.6 %, la prematurez en el 12.9%, la sepsis en el 10.8%, los accidentes en el 2.4% y otras con 2.4% ⁽⁵⁾.

La mortalidad neonatal temprana fue de 14/1000 recién nacidos vivos siendo las principales causas la prematurez 35.8 %y el trauma obstétrico y asfixia neonatal 47.5%

La mortalidad neonatal tardía se dio en 5/1000 recién nacidos vivos y las causas principales fueron la sepsis neonatal en el 31,1 % de los casos y las infecciones respiratorias agudas con el 35.6%.

La mortalidad postneonatal fue de 15/1000 recién nacidos vivos y las principales causas fueron las infecciones respiratorias agudas con 35.7%, la diarrea y desequilibrio hidroelectrolítico en el 26.2 %, las anomalías congénitas con 13.5% ⁽⁵⁾.

Al establecer un análisis comparativo entre las diferentes edades y tasas de mortalidad reportadas para el año 2004 tanto neonatal postneonatal e infantil de 1-4 años se concluye que se ha disminuido esta última por los programas de manejo de sales de rehidratación oral de abordaje de la diarrea y la identificación del niño con neumonía y/o insuficiencia respiratoria. En los niños menores de 1 año se da el 56% de las defunciones, cifras similares a las reportadas en la emergencia del hospital materno infantil en el estudio de Ruiz y Matamoros en el año 2000 que encontraron 61.8% en menores de 1 año. Y como factores de riesgo, el no dar lactancia materna (26%), la no detección de los signos de gravedad por los médicos de primer contacto (33%) la falla de 4 o más órganos (FMO), la sepsis asociada a neumonía o diarreas ⁽⁶⁾.

La mortalidad infantil continúa siendo alta por lo que debemos incidir en los 4 factores que determinan una vida saludable: el factor hereditario, la atención médica, el modo o estilo de vida y el medio ambiente. Es necesario apoyar los programas de atención materna,

* Médico Pediatra Alergólogo
Jefe Departamento de Pediatría de la Facultad Ciencias Médicas UNAH

control de embarazo, pues la encuesta nacional de micronutrientes (EMN) de 1996 reporta que el 32% de las mujeres embarazadas están con un grado de anemia importante; apoyar la atención del recién nacido en el momento de alumbramiento, ya que sólo el 60% de los partos se atienden en los hospitales. La mortalidad neonatal aún continua siendo alta y la disminución de la misma requiere mayor infraestructura y equipo ⁽⁷⁾.

Debemos fortalecer el control de crecimiento y desarrollo haciendo énfasis en la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses, y posteriormente acompañando la ablactación y la alimentación en los primeros 3 años de la vida para mejorar el estado nutricional de nuestros niños y garantizarles un desarrollo físico y mental adecuado. Hacer énfasis en el control de las enfermedades inmunoprevenibles y mejorar nuestro sistema de atención primaria, detección y traslado en condiciones óptimas de los niños con enfermedades graves a los centros de segundo y tercer nivel, pues muchos fallecen en el traslado.

Finalmente brindar una atención oportuna de óptima calidad y con calidez que permita establecer una buena relación entre el médico, paciente y familia, ya que los niños constituyen el capital humano nuestra principal riqueza y el futuro de nuestra nación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Latinoamericana de Pediatría. Informe. Panamá, 2005.
2. OPS y Mortalidad Infantil. (en línea) (consultado el 24 de marzo, 2006) disponible en <http://www.latinsalud.com/articulos/00548.asp>
3. Honduras. Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad Infantil 1996 (en línea) (25 de marzo de 2006) disponible en <http://www.ine-hn.org/sociales%20y%20demograficas/mortalidad%infantil.htm>
4. Honduras death rate (en línea) (25 de febrero de marzo de 2006). 2004 Disponible en <http://www.indexmundi.com>
5. Arguello, J. Situación de salud neonatal en Honduras. Tegucigalpa, Honduras, Informe, 2004
6. Ruiz J, Matamoros M. Mortalidad Pediátrica; Perfil Epidemiológico y Clínico en menores de un año de edad. Rev. Hond. Ped. 2003 23 (3): 5-14.
7. Ramírez M. Impacto de la mortalidad materna en la familia especialmente en la niñez del occidente de Honduras. Rev. Med. Hond. 2003 vol. 71 (3): 114-122.

Guía para Elaborar Referencias Bibliográficas

Estilo Vancouver

Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto. En éste, en las tablas y leyendas, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas únicamente en las tablas o ilustraciones se numerarán siguiendo la secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de la tabla o figura en concreto.

Se utilizará el estilo de los ejemplos que a continuación se ofrecen, que se basan en el estilo que utiliza la NLM en el Index Medicus. Abrevie los títulos de las revistas según el estilo que utiliza el Index Medicus. Consulte la **List of Journals Indexed in Index Medicus** (relación de revistas indizadas en el Index Medicus), que la NLM publica anualmente como parte del número de enero del Index Medicus, y como separata. Esta relación también puede obtenerse en la dirección web de la **NLM**.

(Nota: para consultar las abreviatura de revistas españolas, puede consultar el catálogo del **Instituto Carlos III**. También puede consultar Biomedical Journal Title Search).

Evite citar resúmenes. Las referencias que se realicen de originales aceptados pero aún no publicados se indicará con expresiones del tipo “en prensa” o “próxima publicación”; los autores deberán obtener autorización escrita y tener constancia que su publicación está aceptada. La información sobre manuscritos presentados a una revista pero no aceptados cítela en el texto como “observaciones no publicadas”, previa autorización por escrito de la fuente.

Tampoco cite una “comunicación personal”, salvo cuando en la misma se facilite información esencial que no se halla disponible en fuentes públicamente accesibles, en estos casos se

incluirán, entre paréntesis en el texto, el nombre de la persona y la fecha de la comunicación. En los artículos científicos, los autores que citen una comunicación personal deberán obtener la autorización por escrito.

Los autores verificarán las referencias cotejándolas con los documentos originales.

Artículos de Revistas

1) Artículo estándar

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura* internacional de la revista año; volumen (número)**: página inicial-final del artículo.

Díez Jarilla JL, Cienfuegos Vázquez M, Suárez Salvador E. Ruidos adventicios respiratorios: factores de confusión. Med Clin (Barc) 1997; 109 (16): 632-634.

*Las abreviaturas internacionales pueden consultarse en “List of Journals Indexed in Index Medicus”, las españolas en el catálogo de revistas del Instituto Carlos III.

** El número es optativo si la revista dispone de no de volumen.

Se mencionan seis primeros autores seguidos de la abreviatura et al. (Nota: *National Library of Medicine* (NLM), incluye hasta 25 autores; cuando su número es mayor cita los primeros 24, luego el último autor y después et al.).

Más de seis autores

Martín Cantera C, Córdoba García R, Jane Julio C, Nebot Adell M, Galán Herrera S, Aliaga M et al. Med Clin (Barc) 1997; 109 (19): 744-748.

2) Autor Corporativo

Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa sobre el manejo de la hepatisis amenazante. Arch Bronconeumol 1997; 33: 31-40.

3) No se indica nombre del autor

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994; 84: 15

4) Artículo en otro idioma distinto del inglés*

Collin JF, Lanwens F. La veine carotide externe. Rappel historique des travaux de Paul Launay. Ann Chir Esthet 1997; 42: 291-295.

* Los artículos deben escribirse en su idioma original si la grafía es latina.

5) Suplemento de un volumen

Bonfill X. La medicina basada en la evidencia. La Colaboración Cochrane. Arch Bronconeumol 1997; 33 Supl 1: 117.

6) Suplemento de un número

Leyha SS. The role of Interferon Alfa in the treatment of metastatic melanoma. Semin Oncol 1997; 24 (1 Supl 4): 524-531.

7) Parte de un volumen

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32(Pt3): 303-6.

8) Parte de un número

Peter JB, Greening AP, Crompton GK. Glucocorticoid Resistance in Asthma. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152 (6 pt 2): S12-S142.

9) Número sin volumen

Pastor Durán. X. Informática médica y su implantación hospitalaria. Todo Hosp 1997; (131): 7-14.

10) Sin número ni volumen

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. Curr Opin Gen Surg 1993; 325-33.

11) Paginación en número romanos

Fisher GA, Sikic BL. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am 1995 Abr; 9(2): XI-XII.

12) Indicación del tipo de artículo según corresponda

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347: 1337.

Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. Kidney Int 1992; 42: 1285.

13) Artículo que contiene una retractación

Garey Ce, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in the mice [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. En: Nat Genet 1994; 6: 426-31]. Nat Genet 1995; 11: 104.

14) Artículo retirado por retractación

Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retractado en Invest Ophthalmol Vis Sci 1994; 35: 3127]. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994; 35: 1083-8.

15) Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [fe de erratas en West J Med 1995; 162: 278] . West J Med 1995; 162: 28-31.

Libros y Otras Monografías

16) Autores individuales

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Nota: La primera edición no es necesario consignarla. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2a ed.- 2nd ed. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debemos citarlo a continuación del título del libro Vol. 3

Jimenez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. Avances en trasplante de órganos abdominales. Madrid: Cuadecon; 1997.

17) Editor(es) Compilador(es)

Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavate López-Montes J, Tonío Duñantez J. Editores. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2aed.. Madrid: SEMFYC; 1997.

18) Organización como autor y editor

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.

19) Capítulo de libro

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo.

Buti Ferret M. Hepatitis vírica aguda. En: Rodés Teixidor J, Guardia Massó J dir. Medicina Interna. Barcelona: Masson; 1997. p. 1520-1535.

20) Actas de conferencias

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japón. Amsterdam: Elsevier; 1996.

21) Ponencia presentada a una conferencia

Autor/es de la Comunicación/Ponencia. Título de la Comunicación/Ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación/ponencia.

Nota: Es frecuente que la fecha y ciudad de celebración forman parte del título del Congreso. Esta misma estructura se aplica a Jornadas, Simposiuns, Reuniones Científicas, etc.

Peiró S. Evaluación comparativa de la eficiencia sanitaria y calidad hospitalaria mediante perfiles de práctica médica. En: Menen R, Ortun V editores. Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. Seminario Elementos para una agenda en política y gestión sanitaria; Valencia 25-26 de abril de 1996. Barcelona: SG editores; 1996. p. 63-78

22) Informe científico o técnico

Autor/es. Título del informe. Lugar de publicación: Organismos/Agencia editora; año. Número o serie identificativa del informe.

Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: nuevas esferas de investigación. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1994. Serie de Informes Técnicos: 841.

23) Tesis Doctoral

Autor. Título de la tesis. [Tesis Doctoral] . Lugar de edición: Editorial; año.

Muñiz Garcia J. Estudio transversal de los factores de riesgo cardiovascular en población infantil del medio rural gallego. [Tesis doctoral]. Santiago: Servicio de Publicacións e Intercambio Científico, Universidade de Santiago; 1996.

24) Patente

Qlarsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Méthods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patente 5,529,067. 1995 Jun 25.

Otros trabajos publicados

25) Artículo de periódico

Autor del artículo*. Título del artículo. Nombre del periódico** año mes día; Sección***: página (columna).

* Autor del artículo (si figurase).

** Los nombres de periódicos no se facilitan abreviados.

*** Si existiera identificada como tal.

26) Material audiovisual

Autor/es. Título del video [video] . Lugar de edición: Editorial; año.

Aplicable a todos los soportes audiovisuales.

Borrel F. La entrevista clínica. Escuchar y preguntar. [video] Barcelona: Doyma; 1997.

27) Documentos legales

Leyes:

Título de la ley. (Nombre del Boletín Oficial, fecha, año de publicación).

Ley aprobada

Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, de Prevención

de Riesgos Laborales. (Boletín Oficial del Estado, número 269, de 10-11-95).

28) Mapa

Nombre del mapa [tipo de mapa] . Lugar de publicación: Editorial; año.

Sada 21-IV (1 a 8) [mapa topográfico]. Madrid: Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo, Dirección General del Instituto Geográfico Nacional; 1991.

29) Biblia

Título. Versión. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Libro: versículo.

Sagrada Biblia. Traducido de la Vulgata Latina por José Miguel Petisco. 9a ed.. Madrid: Editorial Apostolado de la Prensa; 1964. Sabiduría 18: 5-25.

30) Diccionarios y obras de consulta

Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 28a ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1997. Difteria; p. 537.

31) Escritos clásicos

Título de la obra: Acto, escena, párrafo. Título del libro. Lugar de publicación: Editorial; año. El mercader de Venecia: Acto 3, escena primera, párrafo 21-23. Obras Completas de William Shakespeare. Madrid: Aguilar; 1981.

Material no publicado

32) En prensa

(Nota: NLM prefiere “de próxima aparición” porque no todos los temas serán impresos).

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.

33) Artículo de revista en formato electrónico

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en:

Transmission of Hepatitis C Virus infection associated infusion therapy for hemophilia. MMWR [en línea] 1997 July 4 [fecha de acceso 11 de enero de 2001]; 46 (26). URL disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00048303.htm>

34) Monografía en formato electrónico

Título. [Tipo de soporte] . Editores o productores. Edición. Versión. Lugar de publicación: Editorial; año.

Duane`s Ophthalmology en CD-ROM User Guide. [monografía en CD-ROM]. Tasman W, Jaeger E editor. version 2.0. Hagenstown: Lippincott-Raven; 1997.

35) Archivo informático

Autor.Título.[Tipo de soporte]. Versión. Lugar: Editorial; año.

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [programa de ordenador] . Versión 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Tablas

Mecanografíe o imprima cada tabla a doble espacio y en hoja aparte. No presente las tablas en forma de fotografías. Numere las tablas consecutivamente en el orden de su primera citación en el texto y asígneles un breve título a cada una de ellas. En cada columna figurará un breve encabezamiento. Las explicaciones precisas se podrán en notas a pie de página, no en la cabecera de la tabla. En estas notas se especificarán las abreviaturas no usuales

empleadas en cada tabla. Como llamadas para las notas al pie, utilícense los símbolos siguientes en la secuencia que a continuación se indica:*, †, ‡, ¶, **, ††, ‡‡, etc.

Identifique las medidas estadísticas de variación, tales como la desviación estándar el error estándar de la media.

No trace líneas horizontales ni verticales en el interior de las tablas.

Asegúrese de que cada tabla se halle citada en el texto.

Si en la tabla se incluyen datos, publicados o no, procedentes de otra fuente se deberá de contar con la autorización necesaria para reproducirlos y debe mencionar este hecho en la tabla.

La inclusión de un número excesivo de tablas en relación con la extensión del texto puede dificultar la composición de las páginas. Examine varios números recientes de la revista a la que vaya a remitir el artículo y calcule cuántas tablas se incluyen por cada mil palabras de texto.

Al aceptar un artículo, el director de la revista podrá recomendar que aquellas tablas complementarias que contienen datos de apoyo interesantes, pero que son demasiado extensas para su aplicación, queden depositadas en un servicio de archivo, como el *National Auxiliary Publications Service* (NASP) en los Estados Unidos, o que sean proporcionadas por los autores a quién lo solicite. En este caso, se incluirá una nota informativa al respecto en el texto. No obstante, dichas tablas se presentarán a la revista junto con el artículo para valorar su aceptación.

Ilustraciones (Figuras)

Envíe el número de juegos completos de figuras solicitado por la revista. Las figuras estarán dibujadas y fotografiadas de forma profesional; no se aceptará la rotulación a mano o mecanografiada. En vez de dibujos, radiografías

y otros materiales gráficos originales, envíe positivos fotográficos en blanco y negro, bien contrastados, en papel satinado y de un tamaño aproximado de 127' 17 mm (5' 7 pulgadas), sin que en ningún caso supere 203' 254 mm (8' 10 pulgadas). Las letras, números y símbolos serán claros y uniformes en todas las ilustraciones; tendrán, además, un tamaño suficiente para que sigan siendo legibles tras la reducción necesaria para su publicación. Los títulos y las explicaciones detalladas se incluirán en las leyendas de las ilustraciones y no en las mismas ilustraciones.

En el reverso de cada figura se pegará una etiqueta que indique el número de la figura, nombre del autor, y cuál es la parte superior de la misma. No escriba directamente sobre la parte posterior de las figuras ni las sujete con clips, pues quedan marcas y se puede llegar a estropear la figura. Las figuras no se doblarán ni se montarán sobre cartulina.

Las microfotografías deberán incluir en sí mismas un indicador de la escala. Los símbolos, flechas y letras usadas en éstas tendrán el contraste adecuado para distinguirse del fondo.

Si se emplean fotografías de personas, éstas no debieran ser identificables; de lo contrario, se deberá anexar el permiso por escrito para poder utilizarlas (véase el apartado de protección del derecho a la intimidad de los pacientes).

Las figuras se numerarán consecutivamente según su primera mención el texto. Si la figura

ya fue anteriormente publicada, cite la fuente original y presente el permiso escrito del titular de los derechos de autor para la reproducción del material. Dicha autorización es necesaria, independientemente de quién sea el autor o editorial; la única excepción se da en los documentos de dominio público.

Para las ilustraciones en color, compruebe si la revista necesita los negativos en color, diapositivas o impresiones fotográficas. La inclusión de un diagrama en el que se indique la parte de la fotografía que debe reproducirse puede ser útil al director. Algunas revistas, únicamente, publican ilustraciones en color si el autor paga el coste adicional.

Bibliografía:

Comité Internacional de Editores de Revistas de Medicina. *Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas*. (en línea). May.2000 (Fecha de acceso sept. 6 2005) Disponible en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. (*En Línea*) Updated Oct. 2004. (Fecha de Acceso sept. 6 2005). Disponible en: <http://www.icmje.org/index.html>

Preparación y envío de manuscritos a revistas biomédicas

* Comité Internacional de Editores de Revista Médicas. Requisitos de Uniformidad

Preparación del manuscrito

Los Editores y revisores externos dedican mucho tiempo a la lectura de manuscritos, y por esto valoran positivamente los trabajos fáciles de leer y de editar. Gran parte de la información incluida en las instrucciones para autores de las revistas está diseñada para alcanzar estos objetivos respetando las necesidades editoriales propias de cada publicación. Las siguientes recomendaciones establecen el marco general y los principios básicos a seguir en la preparación de un manuscrito para enviar a cualquier revista.

1. a. Principios generales

Habitualmente, pero no necesariamente, el texto principal de los estudios observacionales y experimentales se divide en las secciones de Introducción, Métodos, Resultados y Discusión. La así llamada estructura <IMRD> no es un formato arbitrario de publicación, sino un reflejo directo del propio proceso de investigación científica. En los artículos particularmente extensos puede ser necesario incluir en el texto apartado adicionales especialmente en las secciones de Resultados y Discusión para clarificar su contenido. Por otra parte, es posible asimismo que cierto tipo de trabajos, como los informes de casos, las revisiones o los editoriales, requieran otra estructura.

La publicación en la red permite añadir detalles o secciones enteras sólo en la versión electrónica: datos adicionales, enlaces cruzados, selección de partes de los artículos, etc. Autores y Editores deben trabajar conjuntamente en la preparación y utilización de estos nuevos recursos. Los

materiales remitidos como información adicional para la red deben seguir también el proceso de revisión externa por expertos.

Se debe escribir a doble espacio y dejar márgenes generosos en todas las partes del manuscrito incluyendo la página del título, el resumen, el texto principal, los agradecimientos, la bibliografía, las tablas y las leyendas__, lo que facilitará la tarea de Editores y revisores en la corrección del texto línea a línea y en la inclusión de comentarios o preguntas directamente sobre la copia en papel. Esta recomendación es también aplicable a los manuscritos remitidos por vía electrónica, ya que puede ser necesario imprimir el documento para su revisión y proceso de edición.

Durante el proceso editorial, Editores y revisores necesitarán con frecuencia referirse a partes específicas del manuscritos lo que resulta dificultoso a menos que se hayan numerado las páginas. Por tanto, el manuscrito debe estar numerado en todas sus páginas, empezando por la página del título.

1. b. Recomendaciones para la publicación de estudios con diseños específicos.

Frecuentemente en los trabajos de investigación falta información esencial. Los escritos presentados en este documento se refieren a cuestiones generales, comunes a cualquier tipo de trabajo. Pero se recomienda a los autores que consulten también, si existen, las guías sobre publicación de estudios con diseños específicos. En el caso de ensayos clínicos controlados

aleatorizados, los autores deben seguir las recomendaciones recogidas en la Declaración CONSORT (www.consort-statement.org). En otros elementos, la Declaración CONSORT incluye una lista de comprobación de la información que debe encontrarse en el manuscrito y un esquema normalizado para presentar el diagrama de flujo de los sujetos del estudio.

También se han desarrollado recomendaciones para la publicación de estudios con otros diseños u algunas revistas pueden exigir a los autores que atiendan dichos criterios. Los autores deben consultar las instrucciones de la revista sobre este particular.

2. Página del título

En la primera página del manuscrito debe figurar la siguiente información:

1. Título del trabajo. Los títulos concisos son más fáciles de leer que títulos los largos en intrincados. Sin embargo, en los títulos demasiado breves puede faltar información útil, como el diseño del estudio (que es particularmente importante para identificar ensayos clínicos controlados aleatorizados). Los autores deben incluir en el título toda la información que maximice la sensibilidad y la especificidad en la recuperación del trabajo a través de una búsqueda electrónica.
2. Nombres de los autores y sus filiaciones institucionales. Algunas revistas publicarán también el grado académico más alto de cada autor, pero no todas.
3. Nombres del o los departamentos e instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.
4. Renuncias de responsabilidad, si las hubiera.
5. Autor responsable de la correspondencia. Debe identificarse el nombre, dirección postal, teléfono y fax y dirección electrónica del autor responsable de la correspondencia relacionada con el manuscrito. El autor responsable de la correspondencia puede o no ser el autor <responsable> de la integridad del trabajo en su conjunto, si algún autor es identificado como tal (véase sección II.A.1. Autores firmantes). El autor responsable de la correspondencia debe indicar claramente si desea o no que se publique su dirección electrónica.
6. Nombre del autor o autores a los que se deben solicitar las separatas del artículo o, en su defecto, aviso de que no se podrán solicitar separatas a los autores.
7. Fuentes de ayuda en forma de becas equipos, medicamentos o todas ellas.
8. Título breve. Algunas revistas solicitan un título breve, generalmente de no más de 40 caracteres (incluyendo letras y espacios) al pie de la página del título. La mayoría de las revistas publican estos títulos breves, y también resultan útiles para registrar e identificar los manuscritos en el proceso editorial.
9. Recuento de palabras. El conocimiento del número de palabras del texto principal del manuscrito (excluyendo el resumen, los agradecimientos, las leyendas de las figuras y la bibliografía) permitirá a Editores y revisores valorar si la información contenida en el manuscrito justifica el espacio ocupado y si el manuscrito se ajusta a los límites de extensión establecidos por la revista. Por los mismos motivos, también resulta útil el recuento diferenciado del número de palabras del resumen.
10. Número de figuras y tablas. Para redactores editoriales y revisores puede resultar difícil saber si se han incluido realmente las figuras y tablas que deben acompañar al manuscrito a menos que se especifique el número de figuras y tablas del trabajo en la página del título.

3. Página para la declaración de conflictos de intereses

Para evitar que la información sobre potenciales conflictos de intereses de los autores pase desapercibida o no aparezca en el lugar apropiado, es necesario que dicha información forme parte del manuscrito. Por tanto, debe incluirse también en una o mas páginas separadas, inmediatamente a continuación de la página del título. Sin embargo algunas revistas pueden no estar de acuerdo en solicitar esta información a los autores y otras prefieren no remitir la información sobre conflicto de intereses a los revisores externos (véase sección II.D. conflictos de interés).

4. Resumen y palabras clave

A continuación de la página del título (o, en su caso, de la página de declaración de conflictos de intereses) debe encontrarse el resumen, cuyo formato. (estructura o no) y extensión es variable según la revista. El resumen debe informar sobre el marco o fundamentos del estudio y debe presentar los objetivos del estudio, los procedimientos básicos su realización (selección de los sujetos del estudio o de los animales de laboratorio, métodos observacionales y analíticos), los principales resultados (incluyendo la magnitud de los efectos y su significación estadísticas, si fuera posible) y las principales conclusiones. Se deben destacar los aspectos más novedosos y relevantes del trabajo.

Puesto que el resumen es la única parte significativa del artículo que se incluirá en la mayoría de las bases de datos electrónicas, y la única parte a la que accederán muchos lectores, los autores deben asegurarse de que el resumen recoge de manera exacta los contenidos principales del artículo. Desgraciadamente, con frecuencia la información incluida en los resúmenes no coincide con la contenida en el cuerpo del artículo.

El formato de los resúmenes estructurados varía de unas revistas a otras, y en algunas se utilizan diferentes formatos. Los autores deben preparar sus resúmenes siguiendo las instrucciones de la revista elegida.

Algunas revistas solicitan que, a continuación del resumen, los autores incluyan e identifiquen de tres a diez palabras clave o locuciones breves que describan el tema principal del artículo. Esta información será útil para el proceso de indización cruzada del trabajo, y puede también ser publicada junto con el resumen.

Se deben utilizar términos del Medical Subject Index (MeSH, en su traducción al castellano Descriptores de Ciencias de la Salud) del Index Medicus. Si no existen todavía descriptores MeSH adecuados para términos de reciente introducción, se pueden utilizar directamente estos términos nuevos.

5. Introducción

En esta sección se debe describir el marco o los fundamentos del estudio (por ejemplo, la naturaleza del problema y su relevancia). También deben enunciarse los objetivos específicos o de investigación o la hipótesis evaluada en el trabajo. En ocasiones, el objetivo del trabajo se puede presentar muy claramente en forma de pregunta. Se deben expresar claramente los objetivos principales y secundarios del trabajo, así como cualquier análisis de subgrupos previsto en el protocolo del estudio. Se deben incluir sólo las referencias bibliográficas pertinentes, y nunca se deben presentar datos o conclusiones del propio estudio.

6. Métodos

La sección de Métodos debe incluir sólo la información disponible cuando se diseñó el proyecto o protocolo del estudio. Toda la información obtenida a partir de la ejecución del mismo pertenece a la sección de resultados.

6.a. Selección y descripción de los participantes.

Se deben describir claramente el proceso de selección de los sujetos de observación o experimentales (pacientes o animales de laboratorio, incluyendo los controles), los criterios de inclusión y exclusión de dichos sujetos y su población de origen. Puesto que la relevancia de variables tales como la edad y el sexo no siempre es evidente en relación con los objetivos del estudio los autores deben justificar sus criterios sobre estas variables cuando se consideran de alguna forma en el trabajo, por ejemplo, los autores deben explicar por qué se incluyeron sólo sujetos de determinados grupos de edad o por qué se excluyeron las mujeres.

El objetivo fundamental debe ser exponer con la máxima claridad cómo se llevó a cabo el estudio y por qué se hizo así. Cuando se utilicen variables como raza o etnia, se debe definir cómo se midieron tales variables y justificar su relevancia en el estudio.

6.b. Información técnica.

Se deben identificar los métodos, aparatos (con el nombre y dirección de fabricante entre paréntesis) y procedimientos con suficiente nivel de detalle como para permitir que otros investigadores reproduzcan los resultados.

Se deben incluir sólo referencias bibliográficas para las técnicas conocidas incluyendo los métodos estadísticos (véase a continuación), y en el caso de métodos publicados pero no conocidos de forma general una descripción breve de estos además de las referencias pertinentes. Deben describirse los métodos nuevos o modificados considerablemente, justificando las razones para utilizarlos y valorando sus limitaciones. Todos los fármacos y sustancias químicas utilizadas deben identificarse de manera exacta, incluyendo nombres genéricos, dosis y vías de administración.

En los trabajos de revisión se deben incluir una sección en la que se describan los métodos utilizados para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar los datos. Tales métodos deben presentarse también sintéticamente en el resumen.

6.c. Análisis estadísticos.

Los métodos estadísticos empleados deben describirse en el manuscrito con el nivel de detalle necesario para que un lector experto con acceso a los datos originales pudiera verificar los resultados del estudio. Siempre que sea posible, se deben cuantificar los resultados y presentarlos con los apropiados índices estadísticos de precisión o de incertidumbre (tales como los intervalos de confianza). Los autores deben evitar la confianza exclusiva en pruebas estadísticas de hipótesis, por ejemplo valores p , que no aportan la información de interés sobre la magnitud del efecto. Siempre que sea posible, las referencias bibliográficas relacionadas con el diseño y los métodos estadísticos del estudio deben ser de publicaciones clásicas y conocidas (con especificación de las páginas correspondientes). Será también necesario definir los términos estadísticos, las abreviaturas y la mayoría de los símbolos. Se debe especificar el programa informático utilizado.

7. Resultados

Los resultados deben presentarse siguiendo una secuencia lógica en texto, tablas e ilustraciones, los resultados principales o más importantes deben aparecer en primer lugar. No se deben repetir en el texto todos los datos incluidos en tablas o ilustraciones: es suficiente con destacar o resumir sólo los resultados más relevantes. Se puede incluir información adicional o materiales complementarios en un apéndice, siempre que sea accesible, pero sin que se interrumpa el discurso del texto. Otra opción es publicar estos materiales sólo en la versión electrónica de la revista.

Cuando se resumen los datos en la sección de resultados, no deben presentarse sólo resultados numéricos derivados (por ejemplo, porcentajes), sino también los valores absolutos de los que se obtienen dichos derivados.

Se deben especificar los métodos estadísticos utilizados en cada análisis. Tablas y figuras deben limitarse sólo a las estrictamente necesarias para apoyar los fundamentos de trabajo y poder valorar los argumentos presentados. Son preferibles las gráficas a las tablas con múltiples entradas. No deben repetirse los datos presentados en tablas y figuras. Se debe evitar la utilización coloquial de términos estadísticos técnicos tales como aleatorio, (que implica una estrategia de aleatorización), normal, significativo correlación, o muestra.

Siempre que sea científicamente relevante, se deben incluir en el análisis de los datos variables tales como la edad o el sexo.

8. Discusión

Se deben destacar los aspectos novedosos y relevantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos. No se deben repetir con detalle los datos u otra información ya presentados en las secciones de Introducción o Resultados. En el caso de estudios experimentales, resulta útil empezar la discusión con un breve resumen de los principales resultados, y a continuación explorar los posibles mecanismos o explicaciones para dichos resultados, comparar y contrastar los resultados obtenidos con los de otros estudios relevantes, presentar las limitaciones del estudio y, por último, comentar las implicaciones del estudio para futuras investigaciones y para la práctica sanitaria.

Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio. Evitando afirmaciones no contrastadas y conclusiones no respaldadas suficientemente por los datos disponibles. En especial, los autores deben evitar afirmaciones acerca de beneficios y costes económicos a menos que el manuscrito incluya los correspondientes datos y análisis económicos. No se deben establecer prioridades ni extraer

conclusiones prematuras de trabajos todavía en curso. Si está justificando, se pueden presentar nuevas hipótesis, pero siempre deben estar claramente identificadas como tales.

9. Referencias bibliográficas

9.a. Consideraciones generales sobre las referencias bibliográficas

Aunque las citas bibliográficas de trabajos de revisión pueden servir para que el lector acceda de manera eficiente a un área específica de la literatura médica, los artículos de revisión no siempre reflejan fielmente los contenidos de los trabajos originales. Por tanto, siempre que sea posible se deben incluir las referencias a los trabajos originales. Por otra parte, la inclusión en la bibliografía de un número excesivo de trabajos originales consume demasiado espacio en la página impresa. Una selección de los trabajos clave con frecuencia será más útil que un listado extenso de citas, especialmente ahora que es posible extender el número de referencias bibliográficas en la versión electrónica del artículo y que las búsquedas bibliográficas electrónicas permiten a los lectores recuperar fácilmente los trabajos publicados.

Se debe evitar la utilización de los resúmenes como referencias bibliográficas. Las citas a manuscritos aceptados pero todavía no publicados deben identificarse como <en prensa> o <de próxima aparición>.

Los autores deben conseguir los correspondientes permisos para citar este tipo de trabajos, así como la confirmación de que están aceptados para su publicación. La información procedente de manuscritos enviados para su publicación pero todavía no aceptados debe citarse en el texto como <observaciones no publicadas>, disponiendo también del correspondiente permiso escrito de la fuente.

Hay que evitar las referencias a comunicaciones personales, a menos que aporten información

esencial y no disponible en fuentes públicas, en cuyo caso se debe citar entre paréntesis en el texto el nombre de la persona que proporciona la información y la fecha de la comunicación. En el caso de artículos científicos, los autores deben obtener además la correspondiente autorización por escrito y la confirmación de la exactitud de la información.

No todas las revistas comprueban la exactitud de las citas bibliográficas, que a veces contienen errores en la versión publicada del artículo. Por tanto, para minimizar tales errores los autores deben verificar las referencias bibliográficas con los documentos originales.

9.b. Estilo y formato de las referencias bibliográficas.

El estilo de los Requisitos de Uniformidad se basa principalmente en una norma de estilo ANSI adaptada por la National Library of Medicine (NLM) en www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html el formato de los distintos tipos de referencias bibliográficas.

Se deben numerar las referencias bibliográficas consecutivamente, siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto. Las referencias en el texto, en las tablas y en las leyendas se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas sólo en las tablas o figuras deben numerarse siguiendo el orden con el que éstas son mencionadas por primera vez en el texto. Se deben abreviar los nombres de las revistas según el estilo utilizado por el Index Medicus. Consulte el listado de revistas indizadas en el Index Medicus, publicado anualmente por la NLM en un documento específico y que también aparece en el número de enero del Index Medicus. Asimismo, este listado se pueden obtener en la dirección electrónica de la NLM (www.nlm.nih.gov)

Según la revista, las referencias electrónicas se pueden citar entre paréntesis en el texto o aparecer numeradas como el resto de referencias bibliográficas en la sección de Bibliografía. Los

autores deben consultar este aspecto en las instrucciones de la revista elegida para remitir su trabajo.

10. Tablas

Las tablas recogen la información de manera resumida y la presentan de manera eficiente. También permiten mostrar la información con el nivel deseado de detalle y precisión. La inclusión de datos en las tablas en lugar de en el texto habitualmente permite reducir la extensión del mismo.

Se debe preparar o imprimir cada tabla a doble espacio en páginas diferentes.

Las tablas deben ir numeradas consecutivamente, en el mismo orden con el que son citadas por primera vez en el texto. Cada tabla debe acompañarse de un título breve. Las tablas no deben contener líneas interiores horizontales o verticales.

Cada columna en la tabla debe contener un encabezado breve o abreviado. Las explicaciones se deben incluir en notas a pie de tabla, no en los títulos o encabezados. En las notas a pie de tabla se deben explicar todas las abreviaturas inusuales. Para las notas a pie de tabla deben utilizarse los siguientes símbolos, siguiendo el mismo orden presentado:

*, τ , ξ ,II,II,**,

Debe identificarse apropiadamente las medidas estadísticas de dispersión, tales como la desviación estándar o el error estándar de la media. Los autores deben asegurarse de que cada tabla aparece convenientemente referida en el texto. Si se presentan en las tablas datos de otras fuentes, publicados o no, se deben obtener los correspondientes permisos y reconocer públicamente las fuentes en cuestión.

Las tablas complementarias, con abundancia de datos y demasiado extensas para su publicación en papel, pueden incluirse en la versión electrónica de la revista, depositarse en un servicio de archivos o ponerse a disposición

de los lectores mediante petición directa a los autores. En estos casos, se añadirá al texto la información pertinente necesaria. Dichas tablas deben enviarse a la revista junto al manuscrito para su disponibilidad en el proceso de revisión externa por expertos.

11. Ilustraciones (figuras)

Se deben elaborar y fotografiar las figuras con calidad profesional, o bien remitir reproducciones digitales de calidad fotográfica. Además de exigir versiones de las figuras adecuadas para su impresión, algunas revistas solicitan también a los autores los correspondientes ficheros electrónicos en un formato que permita la reproducción de imágenes de alta calidad en la versión electrónica de la revista (por ejemplo, JPEG o GIF). Los autores deben comprobar estas imágenes en el ordenador y verificar que cumplen los requisitos necesarios de calidad.

En el caso de radiografías, ecografías u otras técnicas de diagnóstico por la imagen, así como de fotografías de especímenes patológicos o microfotografías, se deben utilizar reproducciones fotográficas en blanco y negro o en color, nítidas y satinadas, generalmente de tamaño 127 x 173 mm. Aunque algunas revistas vuelven a dibujar las figuras, muchas no lo hacen. Por tanto, las letras, números y símbolos incluidos en las figuras deben ser nítidos y uniformes y de tamaño suficiente para que cada carácter siga siendo legible en la versión reducida del artículo publicado. Las figuras deben ser explicativas en sí mismas tanto como sea posible, dado que muchas se reproducirán directamente como diapositivas para presentaciones científicas. Sin embargo, los títulos y las explicaciones detalladas deben incluirse en las leyendas, no en el cuerpo de las figuras.

Las microfotografías deben contener marcadores de escala. Los símbolos, flechas o letras incluidas en las microfotografías deben destacarse claramente sobre el fondo.

Si se utilizan fotografías de personas, éstas no deben ser identificables, o bien deben acompañarse de la correspondiente autorización por escrito que permita su uso (véase sección II. E.1 Pacientes y participantes en el estudio). Siempre que sea posible, se debe obtener un permiso específico para la publicación de estos materiales.

Se deben numerar las figuras consecutivamente siguiendo el orden con el que se citan por primera vez en el texto. Si se utiliza una figura previamente publicada, se debe identificar la fuente original y enviar junto con el manuscrito la autorización por escrito del propietario de los derechos de autor para reproducir el material. A menos que se trate de un documento del dominio público, esta autorización es necesaria con independencia de quiénes sean los autores o la compañía editorial.

Para las ilustraciones en color, se debe comprobar si la revista solicita negativos en color, transparencias positivadas o copias en color. un dibujo adjunto indicando la parte a reproducir de la fotografía puede ser útil para el trabajo de edición. Algunas revistas publican ilustraciones en color solamente si los autores pagan los costes adicionales.

Los autores deben consultar las instrucciones de la revista sobre el envío de figuras en formato electrónico.

12. Leyendas de las Ilustraciones (figuras)

Las leyendas de las ilustraciones deben prepararse o imprimirse a doble espacio en páginas separadas, con la misma numeración arábiga correspondiente a cada ilustración. Cuando se utilicen símbolos, flechas, números o letras para identificar partes de la figura, se debe identificar y explicar claramente el significado de todos ellos en la leyenda. También se debe explicar la escala interna de la imagen. En las microfotografías se debe describir el método de tinción utilizado.

13. Unidades de medida

Se deben emplear unidades métricas (metros, kilogramos o litros) o sus múltiplos decimales para las medidas de longitud, altura, peso y volumen.

La temperatura debe expresarse en grados celsius. La tensión arterial debe medirse en milímetros de mercurio a menos que la revista solicite expresamente el uso de otras unidades.

Existen variaciones en las unidades utilizadas por las diferentes revistas para las mediciones hematológicas, de bioquímica clínica u otras. Los autores deben consultar las instrucciones de la revista relativas a este particular, y deben presentar los datos de laboratorio tanto en las unidades locales como en las unidades del Sistema Internacional (SI). Antes de la publicación algunos Editores pueden pedir a los autores que incluyan unidades alternativas o que no pertenezcan al SI, ya que las unidades del SI no son de uso generalizado. Para las concentraciones de fármacos se pueden utilizar unidades del SI o de masa, pero siempre que sea oportuno se presentarán también entre paréntesis las unidades alternativas.

14. Abreviaturas y símbolos

Se deben utilizar únicamente abreviaturas comunes: la utilización de abreviaturas poco habituales puede resultar extremadamente confusa para los lectores. Los autores deben evitar el uso de abreviaturas en el título del trabajo. La primera vez que aparezca una abreviatura en el texto debe estar precedida por el término completo al que se refiere, excepto en el caso de unidades de medida comunes.

Envío del manuscrito a la revista

Cada vez más revistas aceptan el envío electrónico de manuscritos, sea en un disquete, como adjunto en un correo electrónico o cargándolo directamente a través del espacio

en Internet de la revista. El envío electrónico ahorra tiempo y gastos de correo y facilita el manejo de manuscritos en las distintas fases del proceso editorial (por ejemplo, en el envío a los revisores externos). Para el envío electrónico de un manuscrito se deben consultar las instrucciones para los autores de la revista elegida.

Si se envía el manuscrito impreso en papel, se debe incluir el número de copias del manuscrito y de las figuras exigido por la revista. Todas estas copias son necesarias para la revisión externa por expertos y la edición del trabajo para su publicación, y no se debe esperar que el personal de la editorial prepare las copias requeridas.

Los manuscritos deben acompañarse de una carta de presentación que incluya la siguiente información :

- Una declaración completa acerca de cualquier trabajo enviado para publicación o ya publicado que se pueda considerar publicación redundante o muy similar al presente trabajo. Cualquier trabajo previo que pueda entrar en esta categoría debe identificarse específicamente en la carta de presentación y citarse en el manuscrito presentado. Se deben incluir también copias de estos trabajos previos con el objetivo de ayudar al Editor de la revista a decidir sobre esta cuestión.
- Una declaración de relaciones económicas o de otro tipo que pudieran ser motivo de conflicto de intereses, siempre que esta información no se incluya en el propio manuscrito (véase sección IV. A.3. página para la declaración de conflictos de intereses) o en el formulario para autores de la revista.
- Una declaración de que todos los autores han leído y aprueban el manuscrito, que todos ellos cumplen los requisitos de autoría, tal y como se han definido previamente en este documento, y que todos los autores

consideran que manuscrito presenta un trabajo honrado en el caso de que toda esta información no se recoja en algún formulario específico de la revista (véase más adelante).

- El nombre, dirección y teléfono del autor responsable de la correspondencia, que será también el responsable de comunicarse con los otros autores para las necesarias revisiones del manuscrito o para la aprobación final de las pruebas de imprenta, siempre que esta información no se incluye en el propio manuscrito.

En la carta de presentación se debe incluir cualquier información adicional que pueda resultar útil al Editor de la revista, por ejemplo el tipo de manuscrito según las diferentes categorías de trabajos publicados en la revista. Si se ha enviado el trabajo con anterioridad a otra publicación, resultará útil incluir copia de los comentarios del Editor y revisores previos y de la respuesta de los autores a dichos comentarios. Los Editores animan a los autores a enviar estas evaluaciones previas junto con el manuscrito, ya que de este modo se contribuye a acelerar el proceso de revisión.

Muchas revistas proporcionan una lista de comprobaciones previas al envío del manuscrito, que permiten a los autores asegurar que han atendido correctamente todos los requisitos necesarios para la remisión del manuscrito. Algunas revistas exigen también que los autores completen listas de comprobación para los estudios con determinados diseños (por ejemplo, la lista de comprobación propuesta por el grupo de trabajo CONSORT para los trabajos sobre ensayos clínicos controlados, aleatorizados). Los autores deben comprobar si la revista utiliza este tipo de listados y, en su caso, remitirlos junto al manuscrito si así lo exige la revista.

Junto al manuscrito se deben incluir también copias de los permisos obtenidos para reproducir materiales previamente publicados, para incluir fotografías o información sobre personas identificables o para mencionar en la sección de Agradecimientos a personas concretas por su colaboración en el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas citadas en este documento

1. Davidoff F for the CSE Task Force on Authorship. Who's the? Problems with biomedical authorship and some possible solutions. Science Editor. July – August 2000: volume 23 – Number 4: 111-119.
2. Yank V, Rennie D. Disclosure of researcher contributions: a study of original research articles in The Lancet. Ann Intern Med. 1999 Apr. 20,130(8):661-70.
3. Flanagan A, Fontanarosa PB, DeAngelis CD. Authorship for reserarch groups. JAMA 2002,288:3166-8.
4. Peer review in health sciences F. Godlee, T Jefferson. London: BMJ Books, 1999.
5. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA.2000 dec 20;284(23):3043-5.
6. Pitkin RM, Branagan MA, Burmeister LF. Accuracy of data in abstracts of Publisher research articles. JAMA. 1999 Mar 24-31;281(12): 1110-1.
7. Patrias K. National Library of Medicine recommended formats for bibliographic citation. Bethesda (MD): The Library; 1991.

Rev Esp Cardiol 2004;57(6):538-56

La Biblioteca Virtual en Adolescencia - Honduras

Nace en 1999 con el apoyo del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, BIREME, La Secretaría de Salud a través del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) y por la Organización Panamericana de la Salud a través del Programa Regional de Adolescencia y del Centro de Documentación e Información en salud de la Representación de la OPS en Honduras.

En el año 2003, la Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras asume como Centro Coordinador de la BVS-ADOLEC en Honduras, coordinando un trabajo cooperativo entre el PAIA y centros de documentación, bibliotecas y/o instituciones relacionadas con esta temática.

El objetivo de la BVS-ADOLEC Honduras es facilitar el acceso a la información científico-técnica nacional e internacional para el desarrollo integral del adolescente. En este sitio puede obtener información sobre el Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia, textos completos, bases de datos, etc.

Información: Sistema Bibliotecario UNAH 232-5804

www.bvs.hn

La suscripción es válida por un año

VALOR DE LA SUSCRIPCIÓN

HONDURAS:

Lps.60.00 Por un año (2 números)

EXTERIOR:

\$4.00 Por un año (2 números)

Para mayor información comunicarse
con las oficinas de la UTES en la
siguiente dirección:

Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Tecnología Educacional
en Salud, (UTES)
Contiguo Hospital-Escuela
Telefax: (504) 232-2044

E-Mail: revistafcm@unah.edu.hn

CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN REVISTA DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Nombre: _____

Departamento o Unidad: _____

Dirección de envío: _____

Teléfono: _____ E.mail _____

País: _____



CARRERA DE ENFERMERIA

ACTIVIDADES

- XIII Congreso Nacional de Profesionales de Enfermería en Juticalpa, Olancho, del 10 al 13 de Mayo 2006.
- II Taller Nacional de Revisión curricular con Enfoque de Género y Tendencias Mundiales, del 22 al 26 de Mayo 2006.
- Inicio de la IV Promoción de Especialistas en Atención Integral al Niño y Adolescente, inicia el 03 de Abril 2006.
- Jornada Científica de la Carrera de Enfermería, del 15 al 19 de Mayo 2006.
- Celebración del Día Internacional de la Enfermera, 12 de Mayo 2006.
- Investigación para Validación de instrumentos de Salud Familiar en países Iberoamericanos. Trabajo colaborativo de investigadores de once países incluyendo docentes del Pre-Grado y Post-Grado de Enfermería de la UNAH. Enero a Agosto 2006.



AVISO UIC

- La Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas tiene el agrado de hacer del conocimiento público, que este año se llevará a cabo del 25-29 de septiembre de 2006 la XIII Jornada Científica de las Ciencias de la salud, en forma simultanea la XVIII Semana científica de la UNAH y el III Congreso Nacional de Parasitología.
- Por lo que se les exhorta a estudiantes, docentes y demás personal administrativo a participar en este evento.
- La fecha máxima de entrega de resúmenes será el 15 de junio de 2006. Pueden pedir sus hojas de resúmenes a partir del mes de abril, en las oficina de la UIC, o comunicarse al 239-0131.

Estos son algunos de los derechos de todos los niños y niñas:

- Igualdad de trato
 - Tener un nombre
- Ser tratados con dignidad
 - Participación
- Salud
 - Educación de calidad
- Recreación
 - Una familia
 - Protección especial
- La vida



Honsuras, C.A.



Para toda la infancia
Salud, Educación, Igualdad, Protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA

unicef 



Los niños y las niñas tienen derecho a un buen comienzo en la vida