

Guía de cuidado de enfermería en la detección del riesgo psicosocial

Enfermería basada en la evidencia (EBE)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANA

Alcalde Mayor de Bogotá
Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud
Mauricio Alberto Bustamante García

**Subsecretario de Servicios
de Salud y Aseguramiento**
Helver Guiovanni Rubiano García

**Jefe de la Oficina Asesora
de Comunicaciones en Salud**
Oriana Obagi Orozco

Corrección de estilo
Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación
Juan Carlos Vera

© Secretaría Distrital de Salud
ISBN: 978-958-8313-66-5

Documento controlado de Provisión
de Servicios de Salud

Impresión
Imprenta Distrital DDDI

Equipo técnico

**Dirección de Provisión
de Servicios de Salud**
Elsa Graciela Martínez Echeverry

**Coordinación del Grupo
Materno-Perinatal**
Martha Lucía Mora Moreno (2008-2014)
Marta Lucía Hincapié Molina (2014-2015)
Amanda Siachoque Rodríguez (2015)

**Apoyo Administrativo
al Grupo Materno-Perinatal**
Tatiana Valentina Cabrera Sierra
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

**Coordinación del proceso de
elaboración de las guías
de cuidado de enfermería**
Nubia Castiblanco López
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

**Revisión de las guías de cuidado
de enfermería**
Elizabeth Echandía Daza
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

Secretaría Distrital de Salud

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Declaración de intencionalidad

Los autores y colaboradores de la *Guía de detección de riesgo psicosocial, enfermería basada en evidencia*, en lo referente a neutralidad y fiabilidad, declaran que no tienen ningún tipo de conflicto de intereses.

Derechos de autor

Nubia Castiblanco López

Magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno perinatal, profesora Universidad Nacional de Colombia, profesional especializado SDS.

Elizabeth Elvira Echandía Daza

Enfermera auditora, epidemióloga. Profesional especializada del Grupo Materno-perinatal de la Secretaría Distrital de Salud.

Luz Mireya Castañeda

Enfermera Hospital Militar Central.

Paula Castañeda

Enfermera Sánitas.

Rosiris Cogollo

Enfermera Hospital La Victoria.

Marta Cristo

Psicóloga magíster Universidad de Quebec, psicóloga Programa Madre Canguro Integral.

Mildred Guarnizo López

Magíster, enfermera con énfasis en cuidado para la salud materno perinatal, docente Universidad El Bosque.

Dilia Constanza Lozada

Enfermera EPS Cafesalud, grupo SaludCoop.

Ivonne Puerto

Enfermera epidemióloga, docente Fundación Universitaria del Área Andina.

María Eugenia Ramírez

Enfermera epidemióloga.

Sonia Acosta (QEPD)

Enfermera materno-perinatal, docente Universidad El Bosque.

Leonor Amaya

Trabajadora social, profesional especializado SDS.

Martha Patricia Becerra

Enfermera epidemióloga, magíster en Salud Pública, profesional especializado SDS.

Nancy Bejarano

Enfermera perinatóloga, profesional especializado SDS.

Martha Patricia Bejarano

Enfermera especialista en materno-perinatal, docente Universidad Nacional de Colombia.

Lida Cendales

Enfermera EPS Compensar.

Esperanza Durán

Enfermera, docente FUCS.

Lady Eriza

Enfermera

Vilma Fandiño

Enfermera materno-perinatal, docente UDCA.

Rosalía Pilar Garzón

Enfermera, docente Pontificia Universidad Javeriana.

Martha Girón

Trabajadora social UPA 29.

Brunhilde Goethe Sánchez

Enfermera perinatóloga, especialista del Hospital Simón Bolívar. Docente asistente de la Universidad Nacional de Colombia.

Martha Lucía Mora Moreno

Gerente de servicios de salud, enfermera epidemióloga, profesional especializado SDS.

Nubia González Moreno

Psicóloga, profesional especializado SDS.

Ana Milena Moreno Quiroga

Psicóloga clínica, profesional especializado SDS.

Isabel Rodríguez

Magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal, docente Unisánitas.

Vilma Sarmiento

Enfermera, profesional especializado SDS.

Colaboradores

Sulma Barrero, Nury Corredor, Martha Cote, Denny Giraldo, Livainte Gómez, Viviana Gómez, Johana González, Blanca Lilia Méndez Calderón, César Monsalve, Nydia Esperanza Suárez Quintero, Andrea Villamizar, María del Pilar Zuluaga.

Revisores pares

Gloria Urbano

Profesora Universidad Nacional de Colombia.

María del Carmen Bernal Roldán

Profesora titular Universidad Nacional de Colombia.

Consumidores de la Guía

Profesionales, estudiantes y docentes universitarios del área de la salud y afines, grupos de investigación materna-perinatal en enfermería, psicología y trabajo social.

Niveles de evidencia científica cualitativa y cuantitativa

Nivel 1. Estudios generalizables: Revisiones sistemáticas cualitativas, metasíntesis y estudios cualitativos que incluyan saturación, varios grupos de comparación, análisis cualitativo-cuantitativo, investigación exhaustiva del tema y grado de generalización de los resultados.

Nivel 2. Estudios conceptuales: Estudios que puedan guiar la selección de la muestra. Los estudios incluyen características metodológicas de estudios cuantitativos y cualitativos como apropiada selección-reclutamiento de los participantes que demuestre la diversidad de la población, control de sesgos de investigador y recolección de datos. Se describen las limitaciones del estudio.

Nivel 3. Estudios descriptivos: Se enfocan en seleccionar un grupo específico de pacientes a un contexto particular. Estudios que describen simplemente las experiencias o puntos de vista de los participantes, se enfocan en citar textualmente los datos antes de analizarlos y analizar sus causas. Contienen sesgos de selección de participantes.

Nivel 4. Estudios de caso: Entrevistas con una o un número muy pequeño de personas, textos que proveen conocimiento acerca de un tema no explorado.

Grados de recomendación

- A.** Por lo menos un metaanálisis, revisión sistemática o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1 y que estén directamente aplicables a la población diana de la guía.
- B.** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 y que estén directamente aplicados a la población diana de la guía.
- C.** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 3 y que estén directamente aplicados a la población diana de la guía.
- D.** Evidencia científica de nivel 3 o 4.

Grado de recomendación por capítulos

Capítulo 1. La gestante en situación de desplazamiento	
Grado de recomendación	Recomendación
A	Los profesionales de enfermería deben reconocer los aspectos físicos de salud, valorar la red de apoyo de las gestantes en situación de desplazamiento y contar con el conocimiento del comportamiento cultural en sus prácticas de cuidado, ofrecer información acerca de instituciones o grupos de ayuda, con el fin de favorecer la salud de la gestante y su hijo por nacer.
A	Los profesionales de enfermería deben explorar las necesidades específicas de cuidado de la gestante a partir de sus propias creencias y prácticas teniendo como base las necesidades básicas donde lo primordial es alimentación, techo, salud y vestido.
A	Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) y Clasificación de resultados (NOC).

Capítulo 2. La importancia del apoyo familiar y social a la gestante

Grado de recomendación	Recomendación
A	Los profesionales de enfermería deben identificar factores de riesgo relacionados con la falta de apoyo del compañero y relaciones conflictivas con las personas con quienes convive.
A	Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC.

Capítulo 3. Estrés laboral

Grado de recomendación	Recomendación
A	Los profesionales de enfermería deben identificar factores de riesgo psicosocial relacionados con estrés laboral y condición de trabajos difíciles.
A	Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC.

Capítulo 4. El consumo de psicoactivos en la gestación

Grado de recomendación	Recomendación
A	Los profesionales de enfermería deben desaconsejar el consumo de tabaco o cigarrillo.
B	Los profesionales de enfermería deben incentivar la abstención de consumo de alcohol durante la gestación y la lactancia materna, con el fin de prevenir el síndrome alcohólico fetal (FAS)
A	Los profesionales de enfermería deben identificar el FAS y usar la escala de puntuación del grado de abstinencia (estos neonatos deben ser hospitalizados para tratamiento).
A	Usar la tabla de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC.

Capítulo 5. Violencia intrafamiliar y depresión

Grado de recomendación	Recomendación
B	Los profesionales de enfermería deben identificar a las víctimas de la violencia intrafamiliar o depresión, para asegurar la atención oportuna e integral a la gestante de conformidad con la normatividad vigente. Deben establecer programas de detección precoz y de intervenciones efectivas, asegurando la remisión a los profesionales competentes.
B	Los servicios de apoyo y protección a las víctimas tienen que extenderse y fortalecerse para prestarles orientación, asistencia jurídica, capacitación laboral y educativa. También es importante desarrollar servicios alternativos apropiados para los agresores.
A	Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC.

Capítulo 6. Etnias (indígenas, rom, raizales y afrodescendientes)

Grado de recomendación	Recomendación
A	Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC.

Capítulo 7. Trastornos de la conducta alimentaria

Grado de recomendación	Recomendación
B	Los profesionales de enfermería deben indagar sobre la historia actual o pasada de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los hábitos alimentarios o el deseo de alcanzar la delgadez; por ejemplo, pueden revelar la presencia o riesgo de un cuadro alimentario incluso en mujeres con peso dentro de los rangos normales.
B	Se necesita contar con más estudios que orienten a los profesionales de la salud, especialmente a aquellos encargados del control prenatal, en el reconocimiento temprano y prevención de estas afecciones durante el embarazo, en las cuales la detección e intervención oportunas con enfoque multidisciplinario mejoran ostensiblemente el desenlace y por ende el pronóstico.
A	Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC.

Capítulo 8. Alto riesgo de conducta suicida

Grado de recomendación	Recomendación
A	Los profesionales de enfermería deben detectar e intervenir de inmediato los tres factores de alto riesgo de conducta suicida: embarazo no deseado, manifestaciones psicológicas y emocionales (nerviosismo permanente, tristeza y llanto frecuente, aislamiento, agresividad, ideas repetitivas y fijas, falta de concentración, falta de sueño, ver imágenes o escuchar sonidos que otros no perciben, dificultad para permanecer quieta o multiconsultante) y pensamientos y acciones de autoagresión.
A	Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC.

Contenido

Siglas y acrónimos	8
Introducción	9
Justificación	10
Objetivo general	12
Interrelación NANDA, NIC y NOC sobre el riesgo psicosocial de la gestante	17
Capítulo 1.	
La gestante en situación de desplazamiento.....	27
Capítulo 2.	
La importancia del apoyo familiar y social en la gestante	28
Capítulo 3.	
Estrés laboral	30
Capítulo 4.	
El consumo de sustancias psicoactivas en la gestación	31
Capítulo 5.	
Violencia intrafamiliar y depresión	36
Capítulo 6.	
Etnias (indígenas, rrom, raizales y afrodescendientes).....	39
Capítulo 7.	
Trastornos de la conducta alimentaria.....	41
Capítulo 8.	
Alto riesgo de conducta suicida.....	43
Referencias	46
Anexos	50

Siglas y acrónimos

EBE	Enfermería basada en la evidencia
EDS	Edinburgh Depression Scale
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería)
NE	Nivel de evidencia
NIC	Nursing Interventions Classification (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería)
NOC	Nursing Outcomes Classification (Clasificación de los Resultados de Enfermería)
OMS	Organización Mundial de la Salud
R: A	Grado de recomendación A
R: B	Grado de recomendación B
R: C	Grado de recomendación C
R: D	Grado de recomendación D
SDS	Secretaría Distrital de Salud
ZEFP	Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the University Hospital in Zurich

Introducción

La gestación constituye un evento natural en el que la mujer experimenta cambios físicos fáciles de visibilizar y se enfrenta a una serie de factores psicosociales y culturales que podrían estar comprometiendo seriamente la vida de la gestante y la de su hijo por nacer.

Existen factores de riesgo psicosocial que pueden estar ocultos, no ser detectados, o sin una intervención oportuna por parte de los profesionales de la salud; por lo tanto, es importante empezar a incluir en el cuidado de enfermería a la mujer gestante la detección e intervención oportuna del riesgo psicosocial.

Uno de los problemas de salud que agobia a la mujer y a la familia es la depresión o ansiedad en los periodos preparto, parto y posparto, situación por la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) invita a los países a incluir la valoración y apoyo psicosocial de la mujer en estas etapas.

Los problemas de salud mental perinatales asociados con el embarazo, el parto y el primer año posterior al parto se reconocen como un asunto importante de salud pública, ya que hasta el 15 % de las mujeres que dan a luz tienen probabilidad de desarrollar un nuevo episodio de depresión mayor o menor en el intervalo entre la concepción y los tres primeros meses posteriores al parto.

Los trastornos que surgen en el período perinatal incluyen depresión menor y mayor, trastornos de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia y psicosis puerperal. En esta población son frecuentes los trastornos concomitantes, y las enfermedades mentales se suelen complicar por abuso de drogas y alcohol o violencia doméstica. La salud mental materna y la dependencia de drogas se encuentran entre las principales causas de muerte materna en el período perinatal.

La magnitud de los problemas de salud mental perinatales en los países en desarrollo, en gran parte, se desconocen, a pesar de que existen estudios sobre la prevalencia de la depresión posparto en pequeña escala realizados con pacientes de países en vías de desarrollo, principalmente con base en medidas autoinformadas de angustia materna, que mostraron tasas que varían del 32 % en la India al 61 % en Taiwán.

Para algunas pacientes hay un proceso continuo de síntomas depresivos desde el embarazo hasta el período posnatal, y en algunos casos los trastornos se vuelven crónicos y persisten a través de más de un embarazo (Austin, 2003). Entre el 20 % y el 40 % de las pacientes con antecedentes previos de depresión posparto tienen probabilidad de padecer una recaída después de un nuevo hijo.

También son comunes los síntomas de ansiedad durante el embarazo y el año posterior al parto, sea junto con síntomas depresivos o en el contexto de trastornos de ansiedad de diferentes espectros (Austin, 2003), aunque se han realizado pocos estudios epidemiológicos como el de España (Ascazo, García, Navarro, Aguado et al., 2003).

Se ha sugerido la necesidad de evaluar los síntomas de ansiedad y depresión en hombres y mujeres durante el período posterior al parto.

La evidencia de estudios de riesgo ha llevado a un interés cada vez mayor en el mundo por el cuidado psicosocial de la mujer y familia gestante, que a la vez permite a la OMS dar gran importancia al cuidado psicosocial de la mujer en el preparto, parto y posparto (Chalmers, Mangiaterra & Porter, 2001), recomendación que se viene estableciendo en los países al incluir la valoración psicosocial, que permite detectar a tiempo la depresión o la ansiedad en la mujer (Castaño, s. f.).

Se han expresado advertencias acerca del uso de la escala de Edinburgh Postnatal Depression (EPDS), conocida igualmente como la Edinburgh Depression Scale (EDS), durante el embarazo y sobre la actual falta de instrumentos para la detección que cumplan con los criterios para el uso prenatal habitual, incluidas la seguridad, la sencillez, la precisión y una adecuada validación (Austin, 2003). Aunque la evaluación psicosocial prenatal claramente requiere considerable evaluación adicional como estrategia de intervención preventiva y temprana, se sigue implementando en espera de validación y estudios de resultado a más largo plazo.

Una revisión sistemática exhaustiva (Austin, 2003) que evaluaba la capacidad del método de detección psicosocial prenatal para predecir la depresión posparto informó que ninguna de las herramientas desarrolladas hasta ese momento cumplía con los criterios para la práctica habitual en el período prenatal; en particular, ninguna de las herramientas tenía sensibilidad o valor predictivo positivo adecuados (Austin, Priest & Sullivan, 2008).

La importancia de la *Guía de cuidado de enfermería en la detección de riesgo psicosocial, enfermería basada en evidencia* es el aporte al conocimiento, ya que permite la detección de los factores de riesgo psicosocial a través de un instrumento que muestra los factores de riesgo por los cuales las gestantes podrían ser afectadas. La tabla de detección de riesgo psicosocial se constituye en una herramienta que permite a los profesionales de enfermería identificar tempranamente los riesgos para el binomio madre e hijo durante la etapa preconcepcional, el embarazo, parto y posparto y con base en los riesgos detectados remitir a otras disciplinas, asegurando de esta manera la atención integral a la gestante.

Justificación

“Recientemente, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido publicó guías para el tratamiento y servicio clínico para enfermedades mentales prenatales y postnatales” (NICE, 2007). Definen que el “método de detección” cumple dos funciones: predicción y detección. Luego definen predicción como “la identificación de factores de riesgo, actuales o pasados, que aumentan la probabilidad de la aparición de un trastorno de salud mental o de la recaída de un trastorno de salud mental anterior, en algún momento del futuro”. La detección es utilizada para referirse a “la identificación de un trastorno actual” (Austin, Priest & Sullivan, 2008).

La evaluación del riesgo obstétrico ha sido de gran valor en el cuidado prenatal para identificar gestantes que tienen alto riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales. En Norteamérica se utiliza en el cuidado primario prenatal la Escala de Morrison y Olson, que ha demostrado un buen grado de predicción para la mortalidad perinatal, con buen impacto en los programas preventivos de cuidado prenatal. Los factores de riesgo psicosocial, en especial el estrés y la disfunción familiar, han demostrado ser un factor de riesgo, y el apoyo social ha sido un factor que contrarresta los efectos negativos del estrés con respecto a la morbilidad materna y perinatal.

El estrés en la gestante puede deprimirle la capacidad de respuesta inmunológica, aumentar significativamente el riesgo para desarrollar preeclampsia y parto prematuro y puede aumentar la resistencia vascular, la resistencia a la insulina y la producción de citocinas proinflamatorias, como la interleucina 6, que facilitan el desarrollo de disfunción endotelial y preeclampsia.

En Colombia y Latinoamérica se ha encontrado que las diferencias de género, la discriminación, la violencia intrafamiliar y el maltrato a la mujer y ser adolescente son factores que influyen en la presencia de problemas de salud tanto biológicos como psicoafectivos. Los bajos ingresos o el desempleo, la falta de apoyo familiar, las adicciones (al alcohol, al cigarrillo, a las drogas), el bajo nivel académico, entre otros, durante el embarazo se convierten en factores de riesgo psicosocial, los cuales son de alta incidencia en la sociedad actual y van a impactar negativamente la salud del binomio madre e hijo, lo que repercute en el aumento de las tasas de morbimortalidad materna perinatal, por lo cual los profesionales de salud, entre ellos, enfermería, deben implementar medidas de mejoramiento, entre estas la utilización de la presente *Guía*, que debe convertirse en una herramienta fundamental para el control prenatal y aun para la atención de enfermería en todas las etapas del embarazo, atención del parto y posparto.

Esta *Guía* está basada en la evidencia; su elaboración contó con la participación interdisciplinaria y colaboración de profesionales de la salud —como psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras(os)— que han tenido experiencia en la atención del binomio madre e hijo durante las etapas anteriormente mencionadas, así como de docentes en enfermería de las universidades de Bogotá.

En la práctica se ha evidenciado la ausencia de un instrumento que permita detectar e intervenir oportunamente frente a los factores de riesgo psicosocial por los cuales puede atravesar la mujer durante su gestación, o inclusive antes, por hacer parte de la sociedad colombiana, en una época colmada de adversidades.

Por consiguiente, es necesario que el profesional de enfermería pueda contar con un instrumento para detectar e intervenir oportunamente a fin de atenuar o eliminar los riesgos psicosociales que podrían afectar seriamente la vida de las gestantes y la de los(as) niños(as), la estabilidad de la familia, la sociedad y el país.

Objetivo general

Brindar una herramienta (tabla de detección de riesgo psicosocial) a los profesionales de enfermería para que identifiquen tempranamente los riesgos para el binomio madre e hijo durante la etapa preconcepcional, el embarazo, parto y posparto y brinden la atención necesaria al respecto promoviendo la participación interdisciplinaria y el manejo integral según el caso específico.

Objetivos específicos

1. Elaborar un instrumento para identificar los factores de alto riesgo psicosocial para el binomio madre e hijo que pueda aplicarse en la consulta preconcepcional y en el control prenatal por enfermería.
2. Identificar las actividades que el profesional de enfermería debe realizar una vez identificado el riesgo psicosocial en la mujer gestante.
3. Identificar el momento y las especialidades a las que el profesional de enfermería debe remitir a la mujer gestante según riesgos identificados.
4. Implementar medidas de seguimiento por parte de los profesionales de enfermería para las mujeres gestantes que se han identificado en riesgo psicosocial.
5. Diseñar la interrelación NANDA, NIC y NOC que contribuya a detectar, intervenir y evaluar factores de riesgo psicosocial en la gestante.
6. Establecer recomendaciones precisas basadas en evidencia.
7. Promover la implementación de investigación a partir de la práctica.

Metodología

La metodología utilizada para la elaboración de esta *Guía* inicia con una revisión sistemática de la evidencia científica. Se realizaron búsquedas en Cochrane, Medline, Scielo, Cuiden, Cuidatgen, consultas de revistas indexadas y búsquedas manuales de trabajos de tesis para recopilar el contenido basado en evidencia. Además, se hizo revisión bibliográfica hasta septiembre de 2012 para elaborar la situación actual, que respalda el establecimiento de los factores de riesgo psicosocial por detectar.

Posteriormente se construyó la tabla de detección de riesgo psicosocial para la mujer gestante, con su aplicabilidad por parte de los profesionales de enfermería en la ciudad de Bogotá; se establece el riesgo psicosocial para el binomio madre e hijo con base en 28 factores de riesgo, los cuales se organizan en una tabla, con varios capítulos (la gestante en condición de desplazamiento, importancia del apoyo familiar y social en la gestante, estrés laboral, consumo de psicoactivos en la gestación, violencia intrafamiliar y depresión, etnias —indígenas, rrom, raizales y afrodescendientes—, TCA y alto riesgo de conducta suicida). Asimismo, se acuerda el uso de un sistema de calificación de acuerdo con la escala de Likert.

Para la validación del instrumento (tabla) y el cálculo de la muestra se parte de los datos preliminares de Estadísticas Vitales DANE 2009, tomando como base el total de los nacidos = nacidos vivos (114.156) + muertes perinatales (1.446) = 115.602.

Para calcular la muestra con un margen de error del 5 % y un nivel de confianza del 95 %, se aplicó una fórmula estadística, quedando de la siguiente manera:

N Z² P Q		Z = 1,64 1,96 2,24 2,58				
$n = \frac{N Z^2 P Q}{E^2}$ <= Tamaño de la muestra		n	90,0%	95,0%	97,5%	99,5%
$N E^2 + Z^2 P Q$		10%	68	96	125	197
N=	115.602 <= Introducir Tamaño de la población	9%	83	118	155	243
P=	0,5 <= Introducir valor de P	8%	106	150	196	308
Q=	0,5 <= (1-P)	7%	138	196	255	401
E=	5% <= Margen de Error	6%	188	266	347	546
Z=	1,645 1,96 2,24 2,81	5,0%	270	383	500	784
Nivel	90,00% 95,00% 97,50% 99,50%	4%	421	597	779	1.221
de significación		3%	747	1.057	1.377	2.153
Z²	2,706025 3,8416 5,0176 7,8961	2%	1.667	2.352	3.053	4.733
E²	0,0025	1%	6.391	8.867	11.316	16.861
n=	270,0 382,9 499,6 784,3	Error				

Fuente: elaboración de las autoras epidemiólogas del grupo.

Al utilizar la fórmula con n = 115.602 (total de nacidos 2009) con el margen de error establecido del 5 % y el nivel de confianza del 95 %, la muestra para validar los instrumentos es de 383.

La tabla se valida mediante su aplicación por parte de profesionales de enfermería en la atención de control prenatal realizada a 387 mujeres gestantes, de los regímenes subsidiado, vinculado y contributivo, en las cuatro subredes de Bogotá, con previo consentimiento informado.

Por último, se consolidó la interrelación NANDA, NIC NOC riesgo psicosocial en la gestante, siendo estas herramientas sólidas que van a ayudar al profesional de enfermería a actuar con evidencia y claridad, en pro de la salud materno-perinatal, las cuales facilitan la valoración, análisis, diagnóstico y determinación de la conducta que debe seguir el profesional, para asegurar la detección temprana y la atención integral psicosocial del binomio madre e hijo por parte del equipo de salud.

Confiabilidad de la tabla de detección de riesgo psicosocial, enfermería basada en evidencia

Para asegurar la confiabilidad de la tabla de detección de riesgo psicosocial, un grupo de expertos de diferentes disciplinas—enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogas—con participación de líderes pertenecientes a etnias indígenas y gitanos (rrom) realizaron una revisión de artículos para determinar los factores de riesgo psicosocial que afectan la salud de las mujeres, sus hijos por nacer y la familia. Se encontraron 28 de dichos factores (anexos 1 y 2):

1. *Falta de apoyo familiar o social:* Es la ausencia de apoyo de familiares, amigos, vecinos o redes sociales. El apoyo incluye lo económico, emocional y actividades de cuidado cotidiano.
2. *Falta de apoyo del (la) compañero(a):* No se cuenta con la compañía, apoyo emocional del otro integrante de la pareja.
3. *Familia reconstruida:* Cuando se habla de familia reconstruida, se hace referencia a aquella formada en segundas nupcias o uniones
4. *Diferencia amplia de edad entre la pareja (10 o más años):* Existen más de 10 años de diferencia de edad entre la pareja.
5. *Relaciones conflictivas con quienes se convive:* Las relaciones con otras personas son conflictivas con agresiones físicas, psicológicas o ambientales.
6. *Madre cabeza de familia:* Cuando el sustento económico se deriva de la mujer.
7. *La gestante tiene a cargo niños(as) menores de 5 años o personas con discapacidad.*
8. *Bajo nivel educativo de la pareja gestante:* Incluye ser uno o ambos analfabetos o haber cursado solo la primaria.
9. *Nivel de ingresos bajo:* Menos de medio salario mínimo al mes por familia.
10. *Violencia intrafamiliar:* La violencia durante el embarazo se define como una situación de coacción y control que incluye la agresión física, sexual o emocional o combinación de ellas y amenazas contra una mujer, por su pareja o ex pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo.
11. *Abuso sexual:* Es toda conducta en la que la persona es utilizada [como objeto sexual por parte de otra persona con la que mantiene una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a la edad, la madurez o el poder.
12. *Explotación sexual, comercial de la niñez y adolescencia:* Es una actividad lucrativa e ilícita. Se trata de un fenómeno en el que el adulto ve a la persona menor de edad como un objeto o producto comerciable (susceptible de ser comprado o vendido) para la satisfacción propia o de otros de sus propios deseos o fantasías.
13. *Consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o la pareja:* Incluye consumo de alcohol, tabaco y drogas alucinógenas o hipnóticas ya sea de la gestante, de la pareja o de las personas con quien convive.
14. *Difícil acceso geográfico:* Dificultad en el desplazamiento para llegar a la institución de salud.
15. *Traslado frecuente de domicilio:* Cambio de domicilio más de cuatro veces al año.
16. *Situación de desplazamiento* (víctimas del conflicto armado): Personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, circunstancia que les genera altos niveles de pobreza, inequidad, desarraigo y demás problemas que afectan el desarrollo como personas en la sociedad.
17. *Habitante de calle:* Persona cuya vida se desenvuelve fundamentalmente en la calle, como espacio físico-social, donde resuelve necesidades vitales y construye relaciones afectivas y mediaciones socioculturales, estructurando un estilo de vida propio.
18. *Reinsertada:* Persona reintegrada o readaptada en la sociedad después de haber estado durante un tiempo al margen de ella. La afirmación *el Gobierno se comprometió a reinsertar a las personas al modelo institucional* concibe la ayuda social como una función del Estado y como un derecho legal.

19. *Privada de la libertad o en detención domiciliaria*: Persona que se encuentra en la prisión o en su domicilio (casa, vivienda) pagando una pena impuesta por el Estado.
20. *Estrés laboral*: Conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción, entendiéndose como el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo.
21. *Condición de trabajo difícil*: Es la alta carga de trabajo o el conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometida la mujer embarazada durante la jornada laboral, en la que se requiere un esfuerzo físico que consume energía y aumentan los ritmos cardíacos y respiratorios, afectando la salud de la gestante y al feto.
22. *Etnia (indígenas, rrom [gitanos], raizales, afrodescendientes o creencias religiosas)*: Cultura que determina algunas prácticas arraigadas de cuidado, manejo de la salud y de la gestación, de forma que obstaculice el adecuado control prenatal en el sistema de salud establecido.
23. *Gestante en condición de discapacidad permanente*: Deficiencias o lesiones de órganos y tejidos con limitaciones para el desarrollo de actividades o con restricciones para la participación social (ceguera, sordera, mudez, trauma raquímedular, amputaciones, síndrome de Down y patologías mentales).
24. *Experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores*: El síndrome de estrés postraumático es el conjunto de síntomas que se pueden desarrollar tras una experiencia traumática o negativa (accidente, muerte violenta, delito, guerra o violación) o a través de un parto complicado con vivencias negativas en el servicio, o percepción de maltrato por parte del personal de salud, barreras de acceso y otros.
25. *Trastornos en conducta alimentaria (anorexia o bulimia)*: En relación con el impacto de los TCA sobre el embarazo, la mayoría de la evidencia advierte consecuencias para la madre y el feto. Generalmente, están acompañados de comorbilidad de trastornos afectivos, ansiedad, dados por la anorexia y la bulimia nerviosa, relacionadas con la percepción de la figura, autoestima y autopercepción. Además del seguimiento por enfermería, se recomienda la valoración psiquiátrica.
26. *Embarazo no deseado*: También denominado embarazo indeseado, no querido, imprevisto o inoportuno, que se produce sin el deseo o planificación previa y por la ausencia o falla del método anticonceptivo empleado. La mujer con un embarazo no deseado puede conservar su hijo, tenerlo para darlo en adopción o recurrir al aborto provocado. Si se encuentra este factor de riesgo, existe alto riesgo de conducta suicida; remita de inmediato a psicología.
27. *Manifestaciones psicológicas y emocionales*: Nerviosismo permanente, tristeza frecuente, aislamiento, agresividad, llanto frecuente, ideas repetitivas y fijas, falta de concentración, falta de sueño, ver imágenes o escuchar sonidos que otros no perciben, dificultad para permanecer quieta o ser multiconsultante. Si se encuentran estas conductas en la mujer gestante, existe alto riesgo de conducta suicida; remita de inmediato a psicología.

28. *Pensamientos y acciones de autoagresión:* La gestante ha intentado hacerse daño a sí misma o al bebé; por lo tanto, existe alto riesgo de conducta suicida. Remita de inmediato a psicología y psiquiatría

Los diferentes factores de riesgo enunciados anteriormente requieren la atención de la (el) enfermera(o) en el momento de valorar a la mujer gestante, en parto o posparto. Una buena valoración permitirá el cuidado a tiempo. Por tal razón, la tabla de detección de riesgo psicosocial fue desarrollada por los autores mencionados en la Guía de detección de riesgo psicosocial en la gestante, enfermería basada en evidencia, consta de los 28 factores de riesgo con una puntuación nominal que no es sumatoria por considerarse que la presencia de un solo factor puede significar alto riesgo y se debe intervenir de inmediato como lo muestran el instructivo y la tabla.

Por consiguiente, los factores de riesgo tienen un puntaje nominal que indica lo severo del riesgo y la urgencia de la necesidad de atención, que permite clasificarlos en los siguientes tres tipos:

Riesgo 1: Se debe continuar indagando y haciendo seguimiento, pero se podría esperar hasta la próxima cita.

Riesgo 2: Se debe hacer remisión a otras disciplinas o intervención en el lapso de una semana. Realizar seguimiento por enfermería.

Riesgo 3: Está en peligro la vida y la salud de la madre o las del niño, o las de ambos, así que la remisión y atención deben ser inmediatas.

NOTA: Si al hacer la valoración se encuentra en la *tabla de detección de riesgo psicosocial* el factor de riesgo en antecedente (ocurrió antes de la gestación actual), al igual que si se evidencia en la gestación actual, se debe encerrar en un círculo el número y tenerlo en cuenta para su intervención (este llamado de alerta va incluido en el instructivo de la tabla para que se tenga precaución cuando se valore el riesgo psicosocial).

Pruebas de confiabilidad

Luego de diseñar la tabla de detección de riesgo psicosocial y su respectivo instructivo, se sometió a pruebas de confiabilidad para medir el grado de comprensión y entendimiento de cada factor de riesgo por parte de los profesionales de enfermería con una escala de tipo Likert con una puntuación así:

1. Totalmente de acuerdo.
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, porque...
4. En desacuerdo, porque...
5. Totalmente en desacuerdo, porque...

Los profesionales de enfermería aplicaron 387 tablas de detección de riesgo psicosocial con consentimiento informado a las mujeres gestantes, quienes participaron voluntariamente. En caso de encontrar alto riesgo psicosocial, se hizo la intervención de inmediato y se remitió oportunamente.

La tabla de riesgo psicosocial se aplicó en IPS de las cuatro subredes (Norte, Sur, Centro-orientado y Suroccidente de la ciudad de Bogotá (Colombia) a la población de régimen subsidiado, vinculado y contributivo.

Los datos fueron tabulados y analizados en conjunto con Epidemiología, mostrando que el factor de riesgo primipaternidad fue considerado como no factor de riesgo psicosocial y que algunos términos que no eran claros en el instructivo.

Luego de realizar los ajustes pertinentes a la tabla de detección de riesgo psicosocial y su correspondiente instructivo, se aplicó la re prueba aplicando 20 tablas y finalmente se tabularon y analizaron los datos en conjunto con Epidemiología, encontrándose el factor de primipaternidad sin evidencia y según resultados obtenidos se excluye de la tabla, quedando 28 factores de riesgo psicosocial, con una confiabilidad mayor del 95 % en comprensión y entendimiento para los profesionales de enfermería.

Aunque no se evidenciaron estudios sobre algunos factores —como familia reconstruida, difícil acceso geográfico, reinsertadas y privadas de la libertad—, por consenso de expertos se determina incluir dichos factores, porque hacen parte de la realidad por la que atraviesa el país y no son situaciones ajenas que interfieren con el bienestar materno-fetal y que podrían llegar a aumentar la morbilidad y mortalidad de la mujer gestante y su hijo por nacer.

En el futuro la expectativa es utilizar la tabla de detección de riesgo psicosocial como herramienta en la identificación e intervención oportuna del riesgo psicosocial, especialmente en la población gestante por parte de enfermería.

Para lograr esta intervención en los factores psicosociales, la profesión de enfermería cuenta con herramientas como el sistema clasificatorio de diagnósticos, aprobados por la NANDA —para diagnosticar—, la NIC —con sus respectivas actividades, para intervenir— y la NOC —para evaluar los resultados de la intervención—, como se especifica a continuación.

Interrelación NANDA, NIC y NOC sobre riesgo psicosocial en la gestante

A continuación se presentan algunos diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados que podrían ser de gran utilidad en la detección e intervención oportuna para prevenir, reducir o mitigar el daño, de factores de riesgo psicosocial que ponen en riesgo la vida y la salud de la gestante y su hijo por nacer:

Diagnóstico NANDA Riesgo de alteración de la díada materno-fetal (00209)

Dominio 8: Sexualidad

Clase: Reproducción

Definición: Riesgo de alteración de la díada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

Factores de riesgo:

- Complicaciones del embarazo (ruptura prematura de membranas, placenta previa o desprendimiento de placenta, retraso en los cuidados prenatales, gestación múltiple).
- Compromiso del transporte de O₂ (anemia, enfermedad cardíaca, asma, hipertensión, convulsiones, parto prematuro, hemorragia).
- Deterioro del metabolismo de la glucosa (diabetes, uso de esteroides).
- Abuso físico.
- Abuso de sustancias (tabaco, alcohol, drogas).
- Efectos colaterales relacionados con el tratamiento (medicamentos, cirugía, quimioterapia).

NIC Asesoramiento antes de la concepción

6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo

6610 Identificación de riesgos (**)

6960 Cuidados prenatales

NANDA Riesgo de suicidio (00150)

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 3: Violencia

Definición: Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.

Factores de riesgo:

Conductuales: Compra de arma de fuego, cambiar el testamento, donar las posesiones, historias de intentos previos de suicidio, impulsividad, hacer testamento, cambios notables de actitud y conducta, acumulación de medicinas, súbita recuperación eufórica de una depresión grave.

Demográficos: Edad adolescente, viudedad.

Psicológicos: Maltrato en la infancia, historia familiar de suicidio, culpa, trastorno psiquiátrico, abuso de sustancias.

Situacionales: Adolescentes que viven en centro de reinserción social o prisión, inestabilidad económica, vivir solo, pérdida de autonomía e independencia, disponibilidad de armas de fuego en el domicilio.

Sociales: Alteración de la vida familiar, problemas disciplinarios, duelo, problemas legales, soledad, pérdida de relaciones importantes, sistemas de soporte insuficientes, aislamiento social.

Verbales: Expresa deseos de morir, amenazas de matarse.

NANDA Síndrome traumático de la violación (00142)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 1: Respuestas postraumáticas

Definición: Persistencia de una respuesta desadaptada a una penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento.

Evidenciado por:

Agresión, agitación, cólera, ansiedad, confusión, negación, depresión, temor, culpa, impotencia, humillación, deterioro de la capacidad para tomar decisiones, pérdida de autoestima, tensión muscular, pesadillas, fobias, trauma físico, impotencia, vergüenza, disfunción sexual, trastornos del sueño, shock, abusos de sustancias, intentos suicidas, vulnerabilidad.

Relacionado con violación.

NANDA Procesos familiares disfuncionales

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 2: Relaciones familiares

Definición: Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.

Evidenciado por:

Conducta: Abuso de alcohol, agitación, caos, control de la comunicación, negación de los problemas, dependencia, dificultad en las transiciones del ciclo vital, disminución del contacto físico, alteración de la concentración, incapacidad para afrontar de forma constructiva las experiencias traumáticas.

Sentimientos: Abandono, cólera, ansiedad, no ser querido, sufrimiento, depresión, fracaso, temor, falta de identidad, rechazo, impotencia, rabia reprimida, desconfianza.

Rol relaciones: Alteración de la función del rol, problemas familiares crónicos, deterioro de las relaciones familiares, trastornos de la dinámica familiar, problemas económicos, comunicación inefectiva con el cónyuge, percepción de poco soporte parental. Relacionado con abuso de alcohol, personalidad adictiva, antecedentes familiares de alcoholismo, antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de afrontamiento inadecuadas y falta de habilidades para la solución de problemas.

NANDA Desesperanza (00124)

Dominio 6: Auto percepción

Clase 1: Auto concepto

Definición: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

Evidenciado por:

Cerrar los ojos, disminución de las emociones, disminución del apetito, disminución de la respuesta a estímulos, disminución de la verbalización, falta de implicación en los cuidados, pasividad, encogerse de hombros en respuesta a la persona que le habla, trastorno del patrón del sueño, claves verbales (pesimista; "no puedo", suspiros).

Relacionado con abandono, deterioro del estado fisiológico, pérdida de la fe en un poder espiritual y en los valores trascendentales, estrés de larga duración, prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento.

NIC Asesoramiento 5240

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos de la paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Actividades

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.
- Establecer metas.
- Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información objetiva.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Ayudar a la paciente a identificar el problema.
- Practicar técnicas de reflexión para facilitar la expresión de preocupaciones.
- Pedir a la paciente que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.
- Ayudar a la paciente a que elabore una lista de prioridades de las alternativas posibles al problema.
- Identificar diferencias entre el punto de vista de la paciente y los seres queridos.
- Determinar cómo afecta a la paciente el comportamiento de la familia.
- Expresar la discrepancia entre los sentimientos y la conducta de la paciente.
- Utilizar herramientas de valoración (papel, lápiz, audio).
- Ayudar a la paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.
- Desaconsejar la toma de decisiones cuando la paciente se encuentre bajo mucho estrés.
- Asesoramiento antes de la concepción.
- Cuidados del embarazo de alto riesgo.
- Identificación de riesgos.
- Cuidados prenatales.

NIC Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

Definición: Facilitar el apoyo de la paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Actividades

- Calcular la respuesta psicológica a la situación.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales.
- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar el grado de apoyo económico de la familia.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.
- Observar la situación familiar actual.
- Animar a la paciente a trabajar en actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir a un grupo de autoayuda, si se considera oportuno.
- Remitir a programas comunitarios de fomento, prevención, tratamiento, rehabilitación, si procede.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo.
- Implicar a la familia, seres queridos y amigos en los cuidados de la gestante y del hijo por nacer.
- Explicar a los implicados la manera en que pueden ayudar.

NIC Facilitar el duelo 5290

Definición: Ayuda en la resolución de una pérdida importante.

Actividades

- Identificar la pérdida.
- Ayudar a la paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.
- Fomentar la expresión de sentimientos.
- Escuchar las expresiones de duelo.
- Fomentar las experiencias de pérdidas anteriores.
- Animar a la paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.
- Hacer afirmaciones enfáticas sobre el duelo.
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto de la pérdida.
- Instruir en fases del proceso de aflicción.
- Apoyar la progresión a través de los estadios de aflicción personal.
- Incluir a los seres queridos en la discusión y decisiones, si procede.
- Ayudar a la paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas.
- Animar a la paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.
- Utilizar palabras claras.
- Identificar fuentes de apoyo comunitario.
- Apoyar los esfuerzos para resolver conflictos anteriores.
- Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de aflicción.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

NIC Prevención del suicidio (6340)

Definición: Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

Actividades

- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Determinar si la paciente dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio.
- Considerar la hospitalización de la paciente que tiene un alto riesgo de conducta suicida.
- Tratar y controlar la enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner a la paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del humor, alucinaciones, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de la personalidad, alteraciones orgánicas, crisis).
- Administrar medicación, si procede.
- Recomendar aspectos de calidad de vida.
- Controlar los efectos secundarios y los resultados deseados de la medicación.
- Enseñar a la paciente estrategias para enfrentarse a los problemas (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular), si procede.
- Acordar con la paciente (verbalmente o por escrito) que no se autolesionará durante un periodo especificado, volviéndolo a acordar a intervalos especificados.
- Implantar acciones necesarias para reducir el distrés inmediato del individuo al negociar un contrato de no autolesión o seguridad.
- Ayudar a la paciente a comentar sus sentimientos acerca del contrato.
- Vigilar si el individuo presenta signos de incongruencia que puedan indicar falta de acuerdo para cumplir el contrato.
- Realizar acciones para prevenir que la paciente se lesione o mate (aumentar la observación y retirar objetos que puedan usarse para autolesionarse).
- Relacionarse con la paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza, y para darle oportunidad de hablar de sus sentimientos.
- Utilizar una forma de hablar directa y sin emitir juicios para comentar el suicidio.
- Animar a la paciente a buscar a los cuidadores para hablar cuando se produzca el deseo de autolesión.
- Evitar comentar repetidamente la historia del intento de suicidio pasado, manteniendo discusiones orientadas al presente y el futuro.
- Discutir planes para hacer frente a las ideas suicidas en el futuro (factores precipitantes, a quién contactar, dónde pedir ayuda, maneras de aliviar los impulsos de autolesión).
- Colocar a la paciente en el entorno menos restrictivo posible que permita el nivel necesario de observación.
- Continuar una valoración del riesgo de suicidio, como mínimo a diario, para ajustar adecuadamente las precauciones.
- Consultar con el equipo de tratamiento antes de modificar las precauciones.
- Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar los peligros.
- Limitar el acceso a ventanas.
- Limitar a la paciente el uso de armas potenciales (cuerdas, objetos afilados).
- Comunicar el riesgo a los cuidadores.
- Considerar estrategias para disminuir el aislamiento y la oportunidad de actuar de acuerdo con los pensamientos dañinos.
- Facilitar el apoyo de la paciente por parte de la familia y los amigos.
- Implicar a la familia en la planificación del alta.
- Remitir a la paciente a un especialista de cuidados de la salud (psiquiatría, enfermera especialista en salud mental), para la evaluación y el tratamiento de las ideas y conductas suicidas, según sea necesario.
- Mejorar el acceso a servicios de salud mental.
- Aumentar el conocimiento público de que el suicidio es un problema de salud evitable.

NIC Tratamiento del trauma de la violación (6300)

Definición: Proporcionar apoyo emocional y físico inmediatamente al informar de una violación.

Actividades

- Ofrecer una persona de apoyo para acompañar a la paciente.
- Explicar a la paciente los procedimientos legales disponibles.
- Explicar el protocolo de actuación tras una violación y obtener el consentimiento para actuar de acuerdo con él.
- Registrar si la paciente se ha duchado, bañado, desde el incidente.
- Registrar el estado mental, físico (ropa, suciedad, restos), historia del incidente, pruebas de violación e historial ginecológico anterior.
- Determinar la presencia de cortes, magulladuras, hemorragia, laceraciones y demás señales de violencia física.
- Poner en práctica el protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector de salud.
- Proteger las muestras como evidencia legal; etiquetar y guardar ropa sucia, secreciones vaginales y vello púbico según lo establece la cadena de custodia.
- Realizar asesoramiento de intervención en la crisis.
- Ofrecer medicación para evitar el embarazo, si procede (anticoncepción de emergencia).
- Informar a la paciente acerca de las pruebas del VIH.
- Ofrecer medicación antibiótica profiláctica para VIH e ITS, ordenada por médico.
- Dar instrucciones claras por escrito acerca del uso de los medicamentos, servicio de apoyo de crisis y apoyo legal.
- Remitir a la paciente a un programa de defensa jurídica contra violaciones.
- Documentar de acuerdo con el departamento de policía.
- Notificar el caso al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM).
- Informar sobre causales de la sentencia C-355 de 2006 —interrupción voluntaria del embarazo—.
- Hacer seguimiento de los casos.

NIC Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge (6403)

Definición: Identificación de las relaciones y acciones domésticas dependientes de alto riesgo para prevenir que se inflija posterior daño físico, sexual o emocional, o la explotación de uno de los cónyuges.

Actividades

- Investigar si existen factores de riesgo asociados con el abuso doméstico.
- Investigar si existen síntomas de abuso doméstico.
- Observar si hay signos y síntomas de abuso físico (laceraciones, hematomas o contusiones en cara, nalgas —especialmente periorbitarios—, boca, torso, espalda, nalgas y extremidades, fracturas de cráneo, nariz, costillas o cadera, zonas sin cabello en la cabeza, magulladuras o excoriaciones en las muñecas o en los tobillos u otras marcas de ataduras, marcas de mordeduras humanas).
- Observar si hay signos y síntomas de abuso sexual (presencia de semen o sangre seca, lesiones en genitales, ano; comprobar los latidos cardiacos fetales, ITS).
- Observar si hay signos y síntomas de abuso emocional (baja autoestima, depresión, humillación y sentimientos de derrota, actitudes suicidas).
- Observar si hay signos y síntomas de explotación (provisión inadecuada de las necesidades básicas cuando se dispone de recursos adecuados, privación de posesiones personales, falta de conocimiento de las finanzas personales o asuntos legales).
- Documentar la evidencia de abusos físicos o sexuales utilizando herramientas estandarizadas de valoración.
- Escuchar atentamente.
- Identificar incongruencias en la explicación de la causa de las lesiones.
- Determinar la correlación entre el tipo de lesión y la causa.
- Entrevistar a la paciente en ausencia del cónyuge.
- Observar si el individuo muestra una excesiva sumisión, como someterse en forma pasiva a procedimientos del hospital.
- Observar si hay deterioro progresivo del estado físico o emocional.
- Observar si se repiten las visitas a clínicas, urgencias por problemas menores.
- Animar la expresión de preocupaciones, sentimientos, miedo, culpabilidad, desconcierto.
- Proporcionar apoyo.
- Ayudar a superar las situaciones estresantes.
- Remitir a profesionales apropiados.
- Remitir al cónyuge que abusa a especialista y servicios apropiados.
- Proporcionar información confidencial respecto a los albergues para personas que sufren violencia doméstica.
- Iniciar el desarrollo de un plan de seguridad.
- Informar de cualquier situación en la que se sospeche abuso.
- Iniciar programas de educación de la comunidad diseñados para disminuir la violencia.

NIC Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500)

Definición: Potenciar un estilo de vida que evite el uso de alcohol, cigarrillo y drogas.

Actividades

- Ayudar al (la) niño(a) a tolerar el aumento de los niveles de estrés.
- Prepararlo(a) para sucesos difíciles o dolorosos.
- Disminuir el estrés ambiental irritante o frustrante.
- Disminuir el aislamiento social.
- Apoyar las medidas de regulación de venta y distribución de alcohol a menores.
- Dirigir programas en las escuelas sobre la supresión del alcohol y de las drogas como actividades recreativas.
- Fomentar la toma de decisiones responsables.
- Recomendar campañas en los medios de comunicación acerca del tema de las drogas en la comunidad.
- Educar a los padres sobre la importancia del ejemplo en el uso de sustancias nocivas.
- Instruir a los padres y profesores en la identificación de signos y síntomas de la adicción.
- Apoyar u organizar grupos comunitarios para disminuir lesiones por conductores alcohólicos.
- Animar a los padres a participar en las actividades de sus hijos.
- Realizar investigación sobre el uso de alcohol y drogas en los grados de primaria y secundaria.

NIC Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retiro de las drogas (4514)

Definición: Cuidados de un paciente que pasa por un proceso de desintoxicación de drogas.

Actividades

- Proporcionar manejo de síntomas durante el periodo de desintoxicación.
- Determinar el historial de consumo de sustancias nocivas.
- Discutir con la paciente el papel que juegan las drogas en su vida.
- Ayudar a la paciente a reconocer que las drogas proporcionan una sensación de afirmación, aumento de la autoestima y tolerancia a la frustración.
- Ayudar a la paciente a identificar otros medios de alivio de la frustración y aumento de la autoestima.
- Observar si se producen paranoia y dudas en la confianza hacia los demás.
- Fomentar la apertura interior de la paciente.
- Observar si se producen distorsiones de la imagen corporal y anorexia.
- Proporcionar una nutrición adecuada.
- Observar si hay hipertensión y taquicardia.
- Observar si se producen depresión o tendencias suicidas.
- Fomentar el ejercicio para liberación de endorfinas.
- Facilitar el apoyo familiar.
- Fomentar la implicación en grupos de apoyo.

Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retiro del alcohol (4512)

Definición: Cuidado de un paciente que experimenta el retiro brusco en el consumo de alcohol.

Actividades

- Crear un ambiente de baja estimulación, para la desintoxicación.
- Vigilar los signos vitales.
- Monitorizar si hay *delirium tremens*.
- Administrar medicamentos prescritos.
- Enfocar la conducta abusiva de la paciente de una forma neutral.
- Tratar las alucinaciones de una manera terapéutica.
- Mantener una ingesta nutritiva y de líquidos adecuada.
- Administrar vitaminas si se considera oportuno.
- Observar si hay consumo de alcohol encubierto durante la desintoxicación.
- Escuchar las inquietudes de la paciente acerca de su abandono del alcohol.
- Proporcionar apoyo emocional a la paciente y a su familia.
- Proporcionar tranquilidad verbal.
- Proporcionar orientación sobre la realidad.
- Tranquilizar a la paciente explicando que es común que la depresión y la fatiga se produzcan durante el abandono del alcohol.

NIC Aumentar el afrontamiento del estrés 5230

Definición: Ayudar a la paciente a adaptarse a los actores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades

- Valorar el impacto de la situación vital de la paciente en los roles y relaciones.
- Evaluar la capacidad de la paciente para tomar decisiones.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Ayudar a la paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Ayudar a la paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Alentar la manifestación de sentimientos y miedos.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Instruir a la paciente en el uso de técnicas de relajación si resulta necesario.

NOC Conducta sanitaria prenatal (1607)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Conducta de salud (Q)

Definición: Acciones personales para fomentar una gestación sana y un recién nacido sano.

Código	Indicadores	NOC inicial	NOC meta	NOC final
160701	Mantiene un estado saludable antes de la gestación			
160707	Asiste a clases de educación prenatal			
160711	Practica sexo seguro			
160715	Evita las drogas			
160716	Se abstiene del consumo de alcohol			
160717	Se abstiene del consumo de tabaco			
160718	Evita agentes teratógenos			
160719	Evita situaciones abusivas			
Resultados		/40	/40	/40

Escala de evaluación: 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. N/A: No se aplica.

NOC Autocontrol del impulso suicida (1408)

Dominio: Salud psicosocial

Clase: Autocontrol

Definición: Acciones personales para contener intentos de suicidio.

Código	Indicadores	NOC inicial	NOC meta	NOC final
140801	Expresa sentimientos			
140802	Expresa esperanza			
140803	Mantiene vinculaciones en las relaciones			
140804	Obtiene ayuda cuando es necesario			
140805	Verbaliza ideas de suicidio si existen			
140806	Se reprime para argumentar el suicidio			
140807	No regala las posesiones			
140809	Se contiene de usar sustancias modificadoras del estado de ánimo			
140810	Revela planes de suicidio si existen			
140811	Defiende el suicidio			
140812	Mantiene el autocontrol sin la supervisión			
140813	No intenta suicidarse			
140816	No intenta causarse lesiones graves			
140821	Utiliza un grupo de apoyo social			
140822	Hace planes para el futuro			
140824	Obtiene tratamiento para la depresión			
140825	Obtiene tratamiento para el abuso de sustancias			
140826	Utiliza recursos para la prevención del suicidio			
Resultados		/90	/90	/90

Escala de evaluación: 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. N/A: No se aplica.

NOC Conocimientos gestación (01810)

Dominio: Salud percibida

Clase: Conocimientos sobre salud

Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el mantenimiento de una gestación saludable y la prevención de complicaciones.

Código	Indicadores	NOC inicial	NOC meta	NOC final
181003	Signos de aviso de las complicaciones de la gestación			
181005	Cambios físicos y fisiológicos de la gestación			

181006	Cambios psicológicos de la gestación			
181007	Estrategias para equilibrar actividad y reposo			
181008	Mecanismos corporales apropiados			
181009	Beneficios de la actividad y el ejercicio			
181010	Prácticas nutricionales saludables			
181011	Patrón de aumento de peso saludable			
181014	Autocuidado apropiado de las molestias de la gestación			
181015	Actividad sexual segura			
181016	Uso adecuado de autoseguridad			
181021	Métodos para escapar de la violencia doméstica			
181022	Formas para preparar a los miembros de la familia			
181023	Riesgos medioambientales			
181024	Agentes teratógenos			
181026	Importancia del cuidado prenatal			
181027	Importancia de la educación prenatal			
181028	Importancia de las visitas frecuentes			
181030	Cambios emocionales asociados a la gestación			
181031	Uso correcto de suplementos nutricionales			
181032	Uso correcto de la medicación			
181033	Uso correcto de la medicación con prescripción			
181035	Signos de potencial abuso doméstico			
181036	Efectos del tabaco sobre el feto			
181037	Efectos del alcohol sobre el feto			
181038	Efectos del uso de drogas ilegales sobre el feto			
Resultados		/130	/130	/130

Escala de evaluación: 1. Ningún conocimiento. 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento moderado. 4. Conocimiento sustancial. 5. Conocimiento extenso. N/A: No se aplica.

NOC Creencias sobre la salud: percepción de control (1702)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud

Clase: Creencias sobre salud

Definición: Convicción personal de que una persona puede influir en el resultado sobre la salud.

Código	Indicadores	NOC inicial	NOC meta	NOC final
170201	Responsabilidad percibida por decisiones sobre la salud			
170202	Implicación requerida en decisiones sobre la salud			
170203	Esfuerzos para conseguir información			
170204	Creencia de que las propias decisiones controlan los resultados de salud			
170205	Creencia de que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud			
170206	Voluntad para designar marcadores indirectos de decisión			
170207	Voluntad para seguir viviendo			
Resultados		/35	/35	/35

Escala de evaluación: 1. Muy débil. 2. Débil. 3. Moderado. 4. Intenso. 5. Muy intenso.

NOC Imagen corporal (1200)

Dominio: Salud psicosocial

Clase: Bienestar psicológico

Definición: Percepción de la propia apariencia.

Código	Indicadores	NOC inicial	NOC meta	NOC final
120001	Imagen interna de sí mismo			
120002	Congruencia entre realidad corporal, idea corporal e imagen corporal			

120017	Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto			
120005	Satisfacción con el aspecto físico			
120006	Satisfacción con la función corporal			
120007	Adaptación a cambios en el aspecto físico			
120008	Adaptación a cambios en la función corporal			
120009	Adaptación a cambios en el estado de salud			
Resultados		/45	/45	/45

Escala de evaluación: 1. Nunca positivo. 2. Raramente positivo. 3. A veces positivo. 4. Frecuentemente positivo. 5. Siempre positivo. N/A: No se aplica.

NOC Estado de comodidad: sociocultural (2012)

Dominio: Salud percibida
Clase: Salud y calidad de vida
Definición: Tranquilidad social referente a relaciones interpersonales, familiares y sociales en un contexto cultural.

Código	Indicadores	NOC inicial	NOC meta	NOC final
201201	Apoyo social de la familia			
201202	Apoyo social de los amigos			
201203	Relaciones con la familia			
201204	Relaciones con los amigos			
201205	Confianza en las relaciones con la familia			
201206	Confianza en las relaciones con los amigos			
201207	Interacciones sociales con otros			
201208	Cuidados compatible con creencias culturales			
201209	Disponibilidad de alimentos específicos según la cultura			
201210	Incorporación de creencias culturales en las actividades diarias			
201211	Uso del lenguaje hablado			
201212	Capacidad de comunicar necesidades			
201213	Uso de estrategias para favorecer la comunicación			
201214	Deseo de pedir ayuda a otros			
201215	Uso de la divulgación			
Resultados		/75	/75	/75

Escala de evaluación: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido N/A: No se aplica.

NOC Estado de comodidad: psicoespiritual (2011)

Dominio: Salud percibida
Clase: Salud y calidad de vida
Definición: Tranquilidad psicoespiritual relacionada con autoconcepto, bienestar emocional, fuente de inspiración, significado y objetivo de la propia vida.

Código	Indicadores	NOC inicial	NOC meta	NOC final
201101	Bienestar psicológico			
201102	Fe			
201103	Esperanza			
201104	Autoconcepto			
201105	Imagen interna del yo			
201106	Afecto tranquilo y calmado			
201107	Expresiones de optimismo			
201108	Establecer objetivos			
201109	Significado y objetivo de la vida			

201110	Satisfacción espiritual			
201111	Conexión con el propio interior			
Resultados		/55	/55	/55
Escala de evaluación: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. N/A: No se aplica.				
201112	Depresión			
201213	Ansiedad			
201214	Estrés			
201215	Miedo			
201216	Pérdida de fe			
201217	Sensación de abandono espiritual			
201218	Ideas suicidas			
Resultados		/35	/35	/35
Escala de evaluación: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno. N/A: No se aplica.				

A continuación se presentan los capítulos desarrollados en la *Guía de cuidado de enfermería en la detección del riesgo psicosocial. Enfermería basada en la evidencia (EBE)*.

Capítulo 1

La gestante en situación de desplazamiento

Argote y Vásquez (2007), en un estudio cualitativo etnográfico con nueve gestantes desplazadas, encontraron que lo que les interesa a estas mujeres es que el niño nazca bien y eso significa que lo conseguirán mientras logren llevar a cabo los cuidados que vieron practicar a la madre, a las tías y a muchas mujeres de su tierra.

Están convencidas de que en la ciudad será igual a cuando estaban en el campo y que las costumbres durante el periodo de gestación pueden ser similares a las que conocen. Durante este periodo realizan acciones primordialmente orientadas a “procurar que el niño se acomode bien”, es decir, con la cabecita “boca abajo”; “evitar hacer una mala fuerza”; “mantener en el cuerpo el equilibrio entre el calor y el frío”; “alimentarse bien”; “transmitir seguridad y bienestar al hijo” y por último “cultivar la colaboración y el apoyo familiar”. Los patrones indicados se entrelazan y producen una sinergia en torno a conseguir que el hijo nazca bien (N. E. 1) (Argote & Vásquez, 2007).

Bernal Roldán, Muñoz de Rodríguez y Ruiz de Cadenas (2007), en un estudio cualitativo etnográfico con nueve gestantes desplazadas del municipio de Cáqueza y de los departamentos de Tolima, Arauca, Cundinamarca, Bolívar, Guainía y Cauca, con edades entre 14 y 34 años y que llegan a Bogotá (localidades de Suba y Ciudad Bolívar), encontraron como tema el surgimiento de la esperanza en medio de la dificultad del desplazamiento de la gestante y como subtemas la pérdida, el abandono y el camino por seguir, con efectos como la soledad, cambio de la alimentación, cambios en sus vidas, recuerdo de lo sucedido, carencias, preocupaciones sobre las necesidades reales como son vivienda de difícil acceso, hacinamiento, alimentación y vestido insuficiente. Por lo tanto, el cuidado de enfermería no puede ser igual, se debe comprender que el desplazamiento forzado es una realidad del país. (N. E. 1) (Bernal et al., 2007).

Recomendaciones

1. Los profesionales de enfermería deben reconocer los aspectos físicos de salud, valorar la red de apoyo de las gestantes en situación de desplazamiento y contar con el conocimiento del comportamiento cultural en sus prácticas de cuidado, así como ofrecer información acerca de instituciones o grupos de ayuda, con el fin de favorecer la salud de la gestante y su hijo por nacer.
2. Los profesionales de enfermería deben explorar las necesidades específicas de cuidado de la gestante a partir de sus propias creencias y prácticas teniendo como base las necesidades básicas, donde lo primordial es alimentación, techo, salud y vestido.
3. Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC.

Capítulo 2

La importancia del apoyo familiar y social en la gestante

Miralba, Martínez y Pérez (2002) en un estudio cuantitativo descriptivo encontraron que de 150 casos estudiados, el 62,7 % pertenecen a la zona rural y el 37,3 % a la urbana. La menarquia predominó entre los 9 y 13 años (132 casos, 88 %). Se evidenció además una temprana edad de inicio de las relaciones sexuales: el mayor porcentaje está en las edades de 14 a 15 años (65 casos, 43,3 %), y el menor se observa en las de 18 a 19 años.

En relación con las variables asociadas con los aspectos psicológicos, que resultaron altamente significativas, se obtuvo: no haberse dado cuenta a tiempo del embarazo (85,3 %); el temor a decírselo a sus padres y el desconocimiento del uso de medios anticonceptivos (62 %); no conocía nada sobre la sexualidad (50 %). Se resalta que solo el 49 % deseaba tener el hijo; el 38,6 % refería miedo a la interrupción del embarazo; y, lo que resulta más alarmante, solo el 14,6 % contó con apoyo familiar (N. E. 2) (Miralba et al., 2002).

El apoyo social

Muchos estudios han investigado los principales temores que surgen en las gestantes; Klein, (1950, citado por Salvatierra, 1989) en un estudio con 27 primigestantes logró identificar dos tipos de temores como fuentes de ansiedad.

El primero hace referencia al temor por ellas mismas (por su salud, complicaciones en el embarazo y en el parto, miedo al dolor y a la muerte), así como a problemas económicos.

El segundo gran temor identificado hace referencia al hijo (a un posible aborto, malformación, muerte intrauterina o neonatal, anormalidad mental y embarazo múltiple).

Otros investigadores —Light y Fenster (1974, citados por Salvatierra, 1989)— entrevistaron a 202 mujeres embarazadas acerca de sus preocupaciones, identificando como los temores más frecuentes los relacionados con los quebrantos de salud y la anomalía del niño, el deterioro del atractivo físico por el embarazo, el parto y lactancia, así como buscar una forma más efectiva de control natal.

Por otra parte, Condon y Corkindale (1997) llevaron a cabo un estudio con el objeto de evaluar en qué medida el estado emocional de la mujer embarazada puede influir en su apego maternal tanto durante como después de esos nueve meses. Los resultados del estudio pusieron de manifiesto que las madres con menor apego a sus hijos fueron

aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación de pareja. Estos resultados indican por tanto que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye notablemente en su apego maternal. (N. E. 1).

Recomendaciones

Los profesionales de enfermería deben identificar factores de riesgo relacionados con la falta de apoyo del compañero y relaciones conflictivas con las personas con quienes convive la embarazada (R: A).

1. Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC (R: A).

Capítulo 3

Estrés laboral

Marrero (2007), en un estudio prospectivo observacional-longitudinal de casos y controles con 90 trabajadoras embarazadas con edades de 19 a 25 años, evaluó el nivel de estrés psicosocial laboral según los modelos Demanda-Control y Esfuerzo-Recompensa y halló asociaciones entre el estrés psicosocial laboral y sus consecuencias sobre el peso del bebé al nacer.

Las trabajadoras jóvenes embarazadas consideraron su labor como de alto esfuerzo y baja recompensa.

Las altas demandas, la baja autonomía de decisión y el poco empleo de las habilidades (bajo control) que el trabajo genera a la embarazada constituyen un factor de riesgo por el bajo peso del bebé al nacer.

El trabajo físicamente exigente y las demandas laborales crecientes están influyendo no solo en el peso del bebé al nacer, sino también en la vivencia de estrés laboral.

El tiempo de trabajo durante el embarazo con una labor de altas demandas, bajo control y un esfuerzo extrínseco está influyendo en el peso al nacer del neonato.

El tipo de tarea (intelectual), el sector laboral (servicios) y los riesgos laborales (físicos, biológicos y psicosociales) están asociados al peso del bebé al nacer (N. E. 2) (Marrero, 2007).

Recomendaciones

1. Los profesionales de enfermería deben identificar factores de riesgo psicosocial relacionados con estrés laboral y condición de trabajos difíciles (N. E. 2).
2. Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC.

Capítulo 4

El consumo de sustancias psicoactivas en la gestación

Se ha comprobado la influencia nefasta del tabaquismo durante la gestación en relación con el bajo peso del bebé al nacer; es mucho más marcada durante la segunda mitad del embarazo.

También se ha comprobado que el tabaco ejerce una acción directa sobre el feto, ya que se ha encontrado taquicardia fetal después de que la gestante ha consumido algún cigarrillo, y que afecta la circulación placentaria, pues provoca vasoconstricción y aumento de estrés oxidativo (disfunción endotelial).

El hábito tabáquico en pacientes gestantes puede resultar un factor muy adverso para la salud del feto, puesto que se asocia a bajo peso al nacer —puede producirse hasta una disminución de 200 gramos en el momento del nacimiento—, incrementa el riesgo de parto pretérmino, *abruptio placentae*, muerte fetal y abortos espontáneos, así como aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio en el recién nacido.

Existen datos que indican que el 10 % de la mortalidad perinatal se podría deber al tabaquismo. Es prioritario desaconsejar su consumo. El efecto del tabaquismo pasivo en gestantes es un hecho todavía controvertido, aunque se cree que está asociado al bajo peso del bebé al nacer (Capitán & Cabrera, 2001).

Caraballo (1999) informó en su estudio sobre bajo peso al nacer y tabaquismo que el riesgo de tener un hijo con bajo peso al nacer fue 2,5 veces mayor en las mujeres que habían fumado durante el embarazo, respecto de las no fumadoras, mientras que Cabrales, Sáenz, Grau, De Rojas, González, Pina y Lizano (2002), encuentran todavía un riesgo más elevado en el grupo de las fumadoras (6,5 veces mayor). Otros autores refieren también resultados similares (Ortiz, 2001; Vélez, Barros, Echevarría & Hornaza, 2006; Matijasevich, Barros, Díaz-Rossello, Bergel & Fortaleza, 2004; Santos, Guimarães & Medina, 1997; López JI, Lugones, Valdespino & Virella, 2004; Grau, Sáenz & Cabrales, 1999) (N. E. 2).

Fajardo, Cruz y Gómez (2008), en un estudio observacional analítico de tipo caso-control con 108 mujeres residentes en La Habana (Cuba), encontraron que el 60,1 % de las mujeres del grupo de estudio fumaron durante el embarazo, y esto solo se halló en el 39,3 % de las gestantes del grupo control, diferencia que fue significativa, y el OR tuvo un valor de 2,32. En 1957, Simpson fue el primero en informar una disminución del peso al nacer en la descendencia de madres que fumaron durante el embarazo, y luego muchos estudios han corroborado este hecho (Miller, Hassanein & Hensleigh, 1976; Grandi, 2003).

Favela, Alonso y López (2008), en un estudio descriptivo-correlacional para determinar los factores personales y creencias relacionados con el consumo de alcohol en 165 mujeres embarazadas, encontraron que el 61,3 % de la población corresponde al grupo de edad de 18 a 25 años. En lo que se refiere al estado marital, el 80 % tiene pareja, y la mayoría de las participantes se dedica al hogar (89,1 %). La media de edad fue de 24 años; la escolaridad presentó una media de nueve años, que corresponde a educación media básica (secundaria). En relación con el número de copas que consume la mujer en un día habitual, se encontró un promedio de tres; en cuanto al número de copas que consumen las mujeres embarazadas, presentó una media de 0,5. En el cuestionario TWEAK reportaron las mujeres una media de un punto, lo que indica un consumo sensato. Asimismo, sobre el consumo de alcohol antes del embarazo, se destaca que el 62,4 % lo ha hecho en más de una ocasión en su vida. También se señala el consumo de alcohol que presentaron las mujeres durante el embarazo (el 14,5 %), que ha sido en más de una ocasión.

Respecto a la puntuación de la escala del instrumento TWEAK, el 68,9 % de las mujeres que bebieron alcohol en más de una ocasión antes del embarazo reportaron menos de 2 puntos, lo que indica un consumo sensato. Sin embargo, el 20,4 % reportó tener 2 puntos, lo que refleja que estas mujeres presentan consumo riesgoso o probable riesgo de tener adicción al alcohol, y un 10,7 % presentó de 3 a 7 puntos, lo que significa probable adicción al alcohol o alcoholismo.

Para verificar la primera hipótesis, que plantea que el consumo de alcohol en mujeres embarazadas —diferente según la edad antes y durante el embarazo—, se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis (William Kruskal y W. Allen Wallis), y se observó una diferencia significativa ($H = 11,15$, $p < 0,05$) de la edad de las mujeres con respecto al consumo de alcohol antes del embarazo, en la cual se observa que existe un mayor consumo de alcohol en las mujeres del grupo de edad de 18 a 25 años.

Para dar respuesta a la segunda hipótesis de investigación —que refiere que los años de escolaridad de las mujeres embarazadas se relacionan con el consumo de alcohol antes y durante el embarazo—, se encontró que no existe relación significativa de consumo de alcohol antes ($r_s = 0,106$, $p = 0,285$) y durante ($r_s = -0,096$, $p = 0,654$) el embarazo con los años de escolaridad de la mujer, por lo que no se acepta la hipótesis de investigación.

Respecto a la tercera hipótesis —que plantea que el consumo de alcohol antes y durante el embarazo es diferente según el estado marital—, se realizó la prueba U, de Mann-Whitney (Henry B. Mann y Donald Ransom Whitney), en la que se observó que no existe diferencia significativa de consumo de alcohol antes ($U = 736,50$, $p = 0,081$) y durante ($U = 34,50$, $p = 0,199$) el embarazo con el estado marital de la mujer. Sin embargo, se observan medias de consumo de alcohol más altas en mujeres sin pareja; llama la atención que en las mujeres que se encuentran embarazadas la media es de 2,67, que equivale al consumo de riesgo de adicción al alcohol.

Para dar respuesta a la cuarta hipótesis se observa que el número de embarazos previos no se relaciona con el consumo de alcohol durante el embarazo ($r_s = 0,029$, $p = 0,891$); sin embargo, la edad gestacional se relaciona negativa y significativamente con el consumo de alcohol durante el embarazo ($r_s = -0,46$, $p = 0,023$), lo cual significa que a menor edad gestacional existe mayor consumo de alcohol.

Para responder a la pregunta de investigación, ¿cuáles son las creencias de las mujeres embarazadas acerca del consumo de alcohol antes y durante la gestación?, se describieron las representaciones sociales de las mujeres embarazadas. Al preguntar al total de las mujeres embarazadas que consumen y no consumen alcohol acerca de las razones que tiene una mujer para consumir alcohol en general, el 48 % cree que las que consumen alcohol lo hacen por estar en fiestas, en reuniones sociales, en ocasiones especiales, para sentirse bien, por diversión, por ser bebedoras sociales, por antojo, porque les gusta y para relajarse.

El 22 % piensa que este fenómeno ocurre por problemas emocionales, depresión, ansiedad, tristeza, desesperación, enfado, para olvidar los problemas y porque se sienten mal. De las mujeres embarazadas que consumen y no consumen alcohol durante el embarazo, el 72,1 % menciona que una de las razones para dejar de consumir alcohol durante el embarazo es para proteger la salud del bebé.

El 16,3 % refiere que es por el cariño que le tienen al bebé, y el 11,5 % por cuidar la salud de la mujer. Se observó que del total de las entrevistadas, el 24,4 % cree que las mujeres embarazadas continúan consumiendo alcohol durante el embarazo por presentar un vicio o adicción; el 20,9 % porque no quieren al bebé o no les importa el embarazo; el 18,6 % cree que lo hacen por depresión, soledad y problemas emocionales, y el 11,6 % refiere no saber.

Respecto a las creencias sociales que han conocido en su contexto social sobre el consumo de alcohol en el período de gestación, el 37,9 % refiere que otras personas les han informado que es malo y que está mal visto por la sociedad; el 17,3 % señala que le produce daños al bebé, como malformaciones; al 12,2 % le han informado que las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo no quieren al bebé, y el 6,7 % señaló que ha sabido que consumir una cerveza al día durante el embarazo ayuda en la lactancia materna (Favela et al., 2008) (N. E. 2).

Capitán Jurado y Cabrera Vélez (2001). Abuso de alcohol: El consumo excesivo de alcohol (28 a 56 g) en etapas tempranas de la gestación puede producir FAS hasta en el 11% de los embarazos. Supone la principal causa de retraso mental prevenible.

Además, se asocia a muerte intraútero, retraso del crecimiento pre- y posnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y alteraciones de la conducta.

El FAS es un trastorno devastador del desarrollo que afecta a los hijos de madres que abusaron del alcohol durante el embarazo; por lo tanto, se debe desincentivar su consumo durante la gestación.

Drogas ilegales: Numerosas alteraciones congénitas como malformaciones genitourinarias, alteraciones cardíacas, anomalías del SNC, alteraciones oftalmológicas o alteraciones en las extremidades han sido asociadas al consumo de cocaína en gestantes (Capitán & Cabrera, 2001) (N. E. 2).

Rodríguez (2008), en un estudio para determinar las causas frecuentes de condiciones críticas de salud madre-hijo en los hospitales universitarios de La Samaritana y del Valle entre febrero y junio del 2005, encontró que la mayoría de los recién nacidos correspondieron al género masculino, con peso promedio de 2.411 gramos, con promedio de edad gestacional de 33,14 semanas (26-43). La patología de mayor incidencia fue la membrana hialina seguida de la sepsis.

El rango de edad estuvo entre 12 y 46 años; el mayor porcentaje se encontró en las comprendidas entre 15 y 19 años. El 28 % eran procedentes de zona rural; el 3 % vivían en la calle; el 24 % se encontraba en condiciones de desplazamiento; el 9 % consumió licor o droga antes y durante el embarazo; 21 % son cabeza de familia; el 26 % son madres solteras.

El promedio de asistencia a los controles prenatales fue de tres, demostrando desconocimiento de la importancia de estos. Algunas consumieron sustancias psicoactivas (licor y marihuana) antes y durante el embarazo; un alto porcentaje eran muy jóvenes (entre 12 y 17 años). Se detectó una fuerte relación entre las enfermedades de la madre —como síndrome de HELLP, ruptura prematura de membrana y eclampsia— y las enfermedades del bebé —como sepsis, cardiopatía y membrana hialina— También se observó que dichas enfermedades tienden a generar partos antes de 32 semanas de gestación (N. E. 2) (Rodríguez, 2008).

Roa, Echandía y Rodríguez (2003) estudiaron a 117 gestantes captadas durante 19 meses; el 25 (21 %) aceptó el consumo de pasta básica de cocaína (bazuco); 92 (79 %) no aceptaron el consumo de bazuco, pero presentaban complicaciones como placenta previa, parto prematuro, desprendimiento de placenta, preeclampsia, eclampsia; algunas admitieron haber consumido alcohol, cigarrillo o marihuana durante el embarazo. El promedio de edad de las que aceptaron consumo de alcohol fue de 25 años (rango entre 14 y 39 años).

En cuanto a los recién nacidos hijos de las madres que admitieron consumo, la edad gestacional promedio escala de Ballard fue de 36,6, con 52 % de prematuros. El 52 % registró bajo peso al nacer (promedio de peso de recién nacido: 2.343 gramos); el 20 % tuvo restricción del crecimiento intrauterino; el 12 % tuvo muy bajo peso al nacer; el 20 % padeció síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. A los 25 niños de este grupo les hicieron ecografía trans-fontanelar, lo cual reportó un total de dos recién nacidos con hidrocefalia obstructiva en el neonato en embarazo gemelar de madre adolescente farmacodependiente.

Del total de madres evaluadas, el 21 % afirmaron haber consumido pasta básica de cocaína durante el embarazo de ese momento; el 79 % tenía complicaciones en el embarazo y reconocieron haber consumido alcohol, marihuana o cigarrillo en ese estado.

A la mayoría de las madres que admitieron consumo no se les practicó control prenatal, tuvieron menor escolaridad, más enfermedades de transmisión sexual, mayor riesgo por consumo de alcohol (63 %), cigarrillo (84 %) o marihuana (44 %) durante el embarazo y han tenido mayor número de embarazos que las madres que se abstuvieron de consumo.

Afirmar que consumió marihuana se asocia a rastreo positivo en orina para cocaína por el consumo de diferentes psicofármacos. En el caso de las madres que dijeron haber consumido pasta básica de cocaína, el rastreo fue positivo en un alto porcentaje (72 %), el cual correspondía a consumos recientes. Los resultados negativos se deben quizás a consumos anteriores o a falsos negativos (Roa et al., 2003). (N. E. 2).

El cese brusco del aporte de psicoactivos, en especial de drogas ilícitas como heroína y cocaína, entre otras, hace que el recién nacido presente síndrome de abstinencia neonatal.

Recomendaciones

1. Los profesionales de enfermería deben desaconsejar el consumo de tabaco o cigarrillo (R:A).
2. Los profesionales de enfermería deben incentivar el no consumo de alcohol durante la gestación y la lactancia materna, con el fin de prevenir el FAS (R:B).
3. Los profesionales de enfermería deben identificar el FAS (R:B).
4. Se recomienda usar la tabla de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC (R:A).

Capítulo 5

Violencia intrafamiliar y depresión

Klevens (2001) encontró como factores principales para la ocurrencia de la violencia física contra la mujer la escolaridad, ingresos bajos, el tiempo de unión, número de hijos, ausencia de otros familiares en el hogar, conflicto de pareja, historia de maltrato en la familia y las prohibiciones por parte del compañero.

Se analizaron los datos recolectados desde septiembre de 1998 hasta septiembre de 1999 mediante entrevistas a las 3.971 mujeres con niños menores de 6 meses de edad que solicitaron consulta por diversas causas pediátricas (control del niño sano, vacunación o morbilidad del menor) o fueron atendidas por parto en la red de servicios de salud pública en la localidad de Suba, Bogotá, Colombia.

De la muestra indicada, 10 mujeres rehusaron participar y 804 no tenían compañero, por lo cual se excluyeron de los análisis.

Resultados

De las 3.157 participantes que convivían con un compañero íntimo, el 26,5 % informó que habían sido abofeteadas o empujadas por su compañero actual, y el 13,3 % que habían sido agredidas gravemente por medio de golpes con el puño cerrado, patadas, golpes con algún objeto, “golpizas” y amenazas con cuchillo o arma de fuego.

Además de lo anterior, el 26,2 % indicó que su compañero le imponía alguna prohibición. En los análisis bivariados, la violencia se asoció significativamente con menos escolaridad y menores ingresos ($p < 0,001$), mayor número de hijos ($p < 0,001$), mayor tiempo de unión con el compañero actual ($p < 0,001$), mayor frecuencia de conflicto con la pareja ($p < 0,001$), ausencia de otros familiares en el hogar ($p < 0,01$), historia de maltrato en la familia de origen ($p < 0,001$) y prohibiciones por parte del compañero ($p < 0,001$). La frecuencia del conflicto con la pareja y las prohibiciones fueron los factores más fuertemente asociados con la violencia, según el análisis multivariado.

Conclusiones

Los servicios de salud pública son un buen lugar para detectar a las víctimas de la violencia intrafamiliar. Deben establecerse en ellos programas de detección precoz y de intervenciones efectivas.

Los servicios de apoyo y protección de las víctimas tienen que extenderse y fortalecerse para prestarles orientación, asistencia jurídica, y capacitación laboral y educativa. También es importante desarrollar servicios alternativos apropiados para los agresores” (Kleves, 2001). (N. E. 2).

En un estudio de corte transversal con 215 mujeres hospitalizadas y encuestadas de forma consecutiva desde el 1.º de febrero hasta el 31 de agosto del 2005, los resultados muestran la prevalencia de violencia física, psicológica y sexual (22 %, 33 % y 3 %, respectivamente). Los seis diferentes grupos de pacientes obtenidos en el análisis muestran la aparición de la violencia física con la psicológica, por una parte, y la relación entre la violencia psicológica con la sexual.

El consumo de alcohol es el factor más relacionado con la aparición de estos tipos de violencia. Mujeres que no han experimentado episodios de violencia tienen un porcentaje más bajo de amenaza de parto pretérmino que el promedio general (Milena, Gómez-Sánchez & Arévalo-Rodríguez, 2008). (N.E. 2).

Medina, Martínez, Suárez, Castro et al. (2001), en un estudio descriptivo prospectivo, 229 mujeres fueron encuestadas, 88 reportaron maltrato durante la gestación: 59 fueron víctimas de violencia psicológica, 26 de violencia física y psicológica y 3 de abuso físico. Los familiares y los compañeros fueron los principales agresores. (N. E. 2).

Svetlana y Pámanes et al. (2007) realizaron un análisis secundario de una base de datos del estudio sobre condiciones de trabajo y salud en mujeres embarazadas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estas mujeres acudieron a control prenatal en cinco unidades de medicina familiar (UMF) en Ciudad de México entre septiembre del 2003 y agosto del 2004.

Enfermeras previamente capacitadas invitaron a contestar el cuestionario de violencia a 600 mujeres que aceptaron participar en un estudio sobre condiciones de trabajo y salud en mujeres embarazadas, asignando su consentimiento informado por escrito.

En este estudio encontraron que 120 (31,1 %) reportaron haber estado expuestas a la violencia psicológica o física o sexual por parte de su pareja masculina durante el embarazo de ese momento; el 10 % reportó violencia combinada y el 21 % violencia aislada. La violencia psicológica fue la más frecuentemente reportada (el 93 % del grupo “había experimentado violencia”). En relación con la percepción sobre la violencia, no había diferencias significativas entre los grupos de mujeres con y sin violencia. Solo alrededor del 20 % de las mujeres tenían conocimiento sobre los lugares donde atienden a las víctimas de violencia (Svetlana et al., 2007). (N. E. 2).

Recomendaciones

- 1.** Los profesionales de enfermería deben identificar a las víctimas de la violencia intrafamiliar o depresión, para asegurar la atención oportuna e integral a la gestante, de conformidad con la normatividad vigente. Deben establecer programas de detección precoz y de intervenciones efectivas, asegurando la remisión a los profesionales competentes (R:B).
- 2.** Los servicios de apoyo y protección de las víctimas tienen que extenderse y fortalecerse para prestarles orientación, asistencia jurídica, capacitación laboral y educativa. También es importante desarrollar servicios alternativos apropiados para los agresores (R:B).
- 3.** Usar la tabla de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC (R:A).

Capítulo 6

Etnias (indígenas, rrom, raizales y afrodescendientes)

La etnia se define como aquel conglomerado social o grupos sociales formados históricamente, que desarrollan y mantienen una identidad social común, es decir que forman un “nosotros” social que perdura por tiempos históricos normalmente muy largos, a partir de una historia común, de una convivencia que hace posible la reproducción del grupo y su permanencia a lo largo del tiempo. El grupo étnico es un nosotros, es formación social histórica, tiene un patrimonio cultural tangible e intangible y una matriz cultural que le da identidad colectiva.

- **Indígena:** Habitante ancestral de este continente americano que conforma grupos autóctonos, con un origen común, comparte usos y costumbres, mecanismos de producción y reproducción social y conserva sus tradiciones.
- **Población nativa de la sabana de Bogotá:** Población nativa del territorio colombiano que por diferentes procesos de migración/desplazamiento se encuentra habitando en el distrito.
- **Afrodescendiente:** Habitante perteneciente a las comunidades negras o afrodescendientes, que provienen principalmente de la costa pacífica, de la costa atlántica o de los valles interandinos y otras regiones del país.
- **Gitano:** Individuo que pertenece al pueblo rrom en Colombia, y que por lo tanto convive de manera colectiva en las unidades sociales básicas, o *kumpanias*, comparte un origen común, habla el dialecto *romanés* y posee en general una tradición nómada con recientes redefiniciones de itinerancias en respuesta al contacto con la sociedad mayoritaria o *gayde*.
- **Raizal:** Habitante originario de las islas de San Andrés y Providencia, con especificidad mitológica, ontológica, organizativa, relacional y lingüística (habla el *creole*).

Aspectos diferenciales

- Práctica de medicina tradicional ancestral.
- Difusión del saber ancestral (proceso de aprendizaje social).
- Factores étnicos afianzan aspectos de identidad.
- Inicio temprano en desempeño de roles conyugales y laborales.
- Tendencia marcada de respeto hacia las autoridades, ligado a la predominancia de la familia extensa.

Transversalidad de etnias: Elementos conceptuales, políticos, normativos

- Artículo 7.º de la C. P. Protección de la diversidad étnica y cultural.

- Ley 21 de 1991 (que aprueba y ratifica el Convenio 169, “sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes”).
- Ley 70 de 1993, sobre la reglamentación de los derechos de las comunidades negras.
- Ley 691 de 2001, “Protege el derecho a la salud de los indígenas.

Normatividad en el Distrito Capital para las comunidades étnicas

- Ley gitana para el caso del pueblo rrom, es la Ley Kriss Romaní.
- Consultiva distrital de comunidades afrocolombianas.
- Acuerdo 175 de 28 de septiembre de 2005 del Concejo de Bogotá, por medio del cual se establecen los lineamientos de la política pública para la población afrodescendiente residente en Bogotá.

Concepciones de la vida para los grupos étnicos

- Etapas de ciclo definidas desde conceptos de sociedad occidental.
- Difieren significativamente de la población general.
- Responden a las prácticas y tradiciones de la población (aspectos psicosocioculturales).
- Diferencias marcadas en los roles y expectativas sociales para la edad cronológica de poblaciones étnicas.
- Procesos de maduración, crecimiento y desarrollo asociados a factores biológicos suelen variar considerablemente frente al resto de la población (tomado de información proporcionada por el área de Salud Pública SDS 2011).

Recomendaciones

1. Usar la tabla de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC (R:A).

Capítulo 7

Trastornos de la conducta alimentaria

Behar, González, Ariza y Aguirre (2008) En relación con el impacto de los TCA sobre el embarazo, la mayoría de la evidencia advierte sobre consecuencias negativas prenatales y posnatales para la madre y el feto.

Objetivo: Determinar la presencia de comportamientos alimentarios anormales en gestantes controladas en atención primaria y analizar descriptiva y comparativamente a las pacientes con estas actitudes en relación con variables maternas, del embarazo, rasgos psicológicos y conductuales.

Método: 141 pacientes embarazadas fueron encuestadas con el test de actitudes alimentarias (EAT-40) y el inventario de trastornos alimentarios (EDI), a los cuales se añadieron preguntas relativas al embarazo e historia de TCA.

Resultados: El 23,4 % de las encuestadas obtuvieron puntajes en rango patológico de EAT-40, donde la historia previa de TCA emerge como un factor de riesgo importante para el desarrollo de un desorden alimentario en estas pacientes. Otras diferencias se observaron en los puntajes del EAT-40, el EDI y todas sus subescalas.

El EAT-40 (31) comprende 40 preguntas que evalúan tres aspectos: 1. Dieta, relativo a la evitación de alimentos que engordan; 2. Control oral, que aborda el control en el hábito de comer y presión percibida de parte del resto de la población para aumentar de peso; y 3. Bulimia y preocupación por el alimento, referido a pensamientos relativos a la comida y conductas bulímicas. Cada respuesta tiene un valor máximo de 3 puntos. Un puntaje igual o superior a 30 en el EAT-40 indica un TCA clínicamente evidente o subclínico, que pudiera desencadenarse bajo ciertas circunstancias.

El EDI (32) consta de 64 preguntas contenidas en 8 ítems que miden: 1. Motivación por la delgadez: una preocupación desmedida en relación con la comida y el peso; 2. Conciencia interoceptiva: La incapacidad para identificar sensaciones y emociones propias; 3. Bulimia: Presencia de comilonas y purgas; 4. Insatisfacción corporal: La distorsión de la imagen del propio cuerpo; 5. Sensación de ineficacia: Sentimientos de inseguridad e inutilidad; 6. Temor a la madurez: El deseo de volver a la niñez frente a las responsabilidades y demandas de la edad adulta; 7. Perfeccionismo: Las expectativas excesivas orientadas a la obtención de metas superiores, y 8. Desconfianza interpersonal: Trata la dificultad para establecer relaciones cercanas con los demás.

Cada pregunta tiene un máximo de 3 puntos y no se consideró un punto de corte en su ponderación, analizándose cada ítem independientemente.

La mayoría de estas mujeres eran casadas (39,4 %), con un nivel de escolaridad media (60,6 %), dueñas de casa (60,6 %); su embarazo era deseado en el 78,8 % de los casos, y solo alrededor del 12 % poseía antecedente de historia previa de cuadros alimentarios. Dentro de los rasgos psicológicos y conductuales de estas pacientes se aprecia que son motivadas considerablemente para alcanzar la delgadez, presentan baja autoestima y dificultades para identificar las propias sensaciones y emociones. La historia de un TCA clínicamente diagnosticado surge claramente como un factor de riesgo de padecer una patología alimentaria aun durante el embarazo, reafirmando la tendencia a la cronicidad de estas afecciones.

Un adecuado control prenatal implica que el médico obstetra o la matrona logren relacionarse adecuadamente con la gestante, con el fin de obtener algunos indicadores de riesgo psicopatológico que permitan derivar oportunamente para la embarazada una interconsulta psicológica o psiquiátrica (Rapaport & Florenzano, 1999). Tan solo unas sencillas preguntas sobre historia actual o pasada de TCA, sobre los hábitos alimentarios o sobre el deseo de alcanzar la delgadez, por ejemplo, pueden revelar la presencia o el riesgo de un cuadro alimentario, incluso en mujeres con peso dentro de los rangos normales.

Con este estudio se espera además aportar datos nacionales preliminares sobre el tema, resaltando la necesidad de contar con más estudios que orienten a los profesionales de la salud, especialmente a aquellos encargados del control prenatal, en el reconocimiento temprano y prevención de estas afecciones durante el embarazo, en las cuales la detección e intervención oportunas con enfoque multidisciplinario mejoran ostensiblemente el desenlace y por ende el pronóstico.

Conclusión

La cifra alcanzada para conductas anormales de alimentación supera ampliamente la planteada para TCA clínicos, los que además reflejan tendencia a la cronicidad, aun en el embarazo. Se requieren estudios adicionales que orienten a los profesionales de salud en la prevención, detección y tratamiento (Behar et al., 2008). (N. E. 2).

Recomendaciones

1. Los profesionales de enfermería deben indagar sobre la historia actual o pasada de TCA. Los hábitos alimentarios o el deseo de alcanzar la delgadez, por ejemplo, pueden revelar la presencia o riesgo de un cuadro alimentario incluso en mujeres con peso dentro de los rangos normales (R: B).
2. Se necesita contar con más estudios que orienten a los profesionales de la salud, especialmente a aquellos encargados del control prenatal, en el reconocimiento temprano y prevención de estas afecciones durante el embarazo, en las cuales la detección e intervención oportunas con enfoque multidisciplinario mejoran ostensiblemente el desenlace y por ende el pronóstico (R:B).
3. Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC (R: A).

Capítulo 8

Alto riesgo de conducta suicida

Son factores de alto riesgo de conducta suicida: 1. Embarazo no deseado. 2. Manifestaciones psicológicas y emocionales (nerviosismo permanente, tristeza y llanto frecuente, aislamiento, agresividad, ideas repetitivas y fijas, falta de concentración, falta de sueño, ver imágenes o escuchar sonidos que otros no perciben, dificultad para permanecer quieta o multiconsulta). 3. Pensamientos y acciones de autoagresión.

Acosta, Ibáñez, Alfonso, Cifuentes et al. (2010), en un estudio observacional de corte transversal con 491 estudiantes universitarios de Bogotá, obtuvieron los siguientes datos: el sexo predominante fue el femenino (63,1 %); la edad promedio, $20,4 \pm 2,6$ años; el 80 % ya inició su actividad sexual y la edad de inicio predominante fue entre los 15 y los 18 años; el 10 % ha presentado embarazos, de los cuales el 75,3 % no han sido planeados y el 47,4 % han terminado en aborto, el 80 % inducidos.

Los autores de este estudio quisieron involucrar a los jóvenes en la búsqueda de soluciones y propuestas para desarrollar en un futuro en la universidad, que respondieran a sus necesidades, para lo cual se indagó sobre la viabilidad de implementar un programa de salud sexual y reproductiva.

Los medios preferidos para tener acceso a este programa fueron la consulta y asesoría individualizada y la página web.

Los temas de mayor interés fueron la prevención de las infecciones de transmisión sexual y la prevención de embarazos (Acosta et al., 2010). (N. E. 2).

Lara y Letechipía (2009) entrevistaron a 120 embarazadas que acudieron a control prenatal.

Instrumento: Un cuestionario estructurado con las siguientes áreas: 1. Información sociodemográfica. 2. Indicadores de ideación y comportamiento suicida: a) ¿Ha pensado mucho en la muerte, ya sea en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general?; b) ¿Ha deseado morir?; c) ¿Ha estado a punto de quitarse la vida?; y d) ¿Alguna vez, a propósito, se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida? 3. Momento en que ocurrió y motivos.

Si la conducta ocurrió alguna vez en la vida, se indagó si fue durante el embarazo y las razones para hacerlo.

Los resultados mostraron:

Ideación suicida. “Pensar mucho en la muerte” lo manifestaron 29 mujeres (24,8%) alguna vez en la vida y 44 (37,6%) durante la gestación. Debido al alto porcentaje que contestó pensar mucho en la muerte durante el embarazo, conviene evaluar cuántas respondieron solo a esta de las cuatro preguntas. Se encontraron 36 (30,8%).

Los motivos dados solo para este indicador y no para los demás fueron: separación de la pareja (5%, en el embarazo), muerte de un hijo (3% alguna vez en la vida y 5% en el embarazo), miedo al parto (20 %, en embarazo), temor a accidente o enfermedad (17% y 20%) e interés en el tema de la muerte (3% y 2%). Saberse embarazada (2 %, en embarazo), sentirse sola (3 % alguna vez en la vida y 2% en el embarazo), la muerte o enfermedad de una persona cercana (55% y 34%) y los problemas familiares (7 % y 5%) son también razones para los pensamientos de muerte, pero también para el deseo de morir.

Deseo de morir. Haber deseado morir en el pasado lo expresaron 29 (24,8%) y en nueve (7,7%) ocurrió durante el embarazo. Los motivos para desearlo comunes a los pensamientos de muerte, como ya se mencionó, fueron: saberse embarazada (11%, en el embarazo), sentirse sola (28%, alguna vez en la vida), muerte o enfermedad de una persona cercana (7 % alguna vez en la vida y 22% en el embarazo) y los problemas familiares (2% y 11%). Los problemas con la pareja (14% y 33%) y con los padres (34% y 11%), a los que aquí se alude, también estuvieron presentes entre los motivos para estar a punto de quitarse la vida y en el intento de suicidio.

Intención suicida. Trece dijeron haber estado a punto de quitarse la vida en algún momento en el pasado (11,1%) y tres (2,6%) en la preñez. Los problemas con la pareja (85% alguna vez en la vida, 100 % en embarazo) y con los padres (15%, alguna vez en la vida) son motivos en la intención suicida.

Intento suicida. Diez mujeres hablaron de intento (8,5%) alguna vez en la vida y una (0,9%) durante el embarazo. Los problemas con la pareja (30%) y con los padres (40%, alguna vez en la vida) y no importarle a nadie. La única mujer que lo intentó en el embarazo lo hizo motivada por problemas con la pareja

Consideremos las características de la población: mujeres jóvenes (media de 23 años), la mayoría con escolaridad máxima de secundaria, 69%; nivel socioeconómico con ingreso familiar de 3.876 pesos (13 pesos equivalen aproximadamente a un dólar); en unión libre, 63%, que es una posición vulnerable para la mujer; 26 no están aseguradas de servicios gubernamentales de salud: casi la mitad es primeriza, y 61% no planearon el embarazo.

Llama la atención la persistencia de pensar mucho en la muerte durante el embarazo (37,6%), que prevalece más que en cualquier otro momento de la vida (24,8%) (Lara & Letechipía, 2009).

Recomendaciones

1. Los profesionales de enfermería deben detectar e intervenir de inmediato en los tres factores de alto riesgo de conducta suicida: embarazo no deseado, manifestaciones psicológicas y emocionales (nerviosismo permanente, tristeza y llanto frecuente, aislamiento, agresividad, ideas repetitivas y fijas, falta de concentración, falta de sueño, ver imágenes o escuchar sonidos que otros no perciben, dificultad para permanecer quieta o multiconsulta) y pensamientos y acciones de autoagresión (R:A).
2. Usar la tabla de detección de riesgo psicosocial y la interrelación NANDA, NIC y NOC (R:A).

Referencias

- Acosta, S., Ibáñez, É., Alfonso, A., Cifuentes, L., Gamba, S., Mojica, C., ...Patiño, E. (2010). Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. *Nova*, 8(13), 30-41.
- Argote, L. Á., & Vásquez, M. L. (2007). Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante. *Colombia Médica*, 38 (4), 27-73.
- Ascaso Terrén, C., García Esteve L., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J., Tarragona. (2003). Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina Clínica*, 120 (8), 326-329.
- Austin, M. P., & Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107 (1), 10-7.
- Austin, M. P., Priest, S. R., & Sullivan, E. A. (2008). Evaluación psicosocial prenatal para la reducción de la morbilidad en salud mental perinatal. *Biblioteca Cochrane Plus*. Recuperado de <http://www.update-software.com>.
- Behar, A. R., González, A. J., Ariza, P. M., & Aguirre, S. A. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73 (3), 155-162.
- Bernal Roldán, M. C., Muñoz de Rodríguez, L., & Ruiz de Cadenas, C. H. (2007). La pérdida y el abandono en gestantes desplazadas. *Revista Avances Enfermería*, 25 (2), 22-35.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, M. J. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Versión en español de la quinta edición de la obra original en inglés Nursing Interventions Classification (NIC). España: Elsevier.
- Cabral, J. A., Sáenz, L., Grau, M. A., De Rojas, L., González, Y., Pina, N., & Lizano, R. (2002). Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un hospital cubano, 1997-2000. *Rev Panam Salud Pública*, 12 (3), 180-184.
- Capitán Jurado, M., & Cabrera Vélez, R. (2001). La consulta preconcepcional en atención primaria: evaluación de la futura gestante. *Medifam*, 11(4), 61-77.
- Caraballo, M. (1999). Bajo peso al nacer y tabaquismo. *Revista Cubana Salud Pública*, 25 (1), 1-7.
- Castañón, C. (s. f.) Depresión Postparto, que no se nos pase... Recuperado de <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/041.html>

- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). Who principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth, 28*, 202-207.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2009). *Estadísticas Vitales*. Bogotá: DANE.
- Fajardo, R., Cruz, J., Gómez E., Isla, A., & Hernández, P. (2008). Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana. *Revista Cubana, 24* (4).
- Favela, M. A., Alonso, M. M., & López, K. (2008). Factores personales y creencias relacionados con el consumo de alcohol en mujeres embarazadas. *Enfermería: Imagen y Desarrollo, 10* (2), 63-78.
- Grandi, C. A. (2003). Relación entre la antropometría materna y la ganancia de peso gestacional con el peso de nacimiento, y riesgos de peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y prematuridad en una población urbana de Buenos Aires. *ALAN, 53* (4), 1-15.
- Grau, M. A., Sáenz, L., & Cabrales, J. A. (1999). Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Rev Panam Salud Pública, 6*(2), 95-8.
- Herdman, H., Heath, C., Lunney, M., Scroggins, L., & Vassallo, B. (2010). *NANDA International Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones*. Versión en español de la obra original en inglés NANDA-I Nursing Diagnoses; definitions and classification, 2009-2011. España: Elsevier.
- Klevens, J. (2001). Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. *Rev Panam Salud Publica, 9* (2), 78-83.
- López, J. I., Lugones, M., Valdespino, L. M., & Virella, J. (2004). Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol., 30* (1), 1-10.
- Lara, M. A., & Letechipía, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental, 32*, 381-387.
- Marrero Santos, M. L. (2007). Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para el peso al nacer en trabajadoras embarazadas en la edad juvenil. *Revista Cubana de Salud y Trabajo, 8* (2), 20-6.
- Matijasevich, C., Barros, F. C., Díaz-Rossello, J. L., Bergel, E., & Fortaleza, C. (2004). Factores de riesgo para muy bajo peso al nacer y peso al nacer entre 1.500-2.499 g. *Arch Pediatr Urug., 75* (1), 1-12.

- Medina Meza, D. P., Martínez Salgado, J. C., Suárez Rodríguez, J. C., Castro Naranjo, L. J., Muriel Perea, Y. Y., & Obando Gómez, M. N. (2001). Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. *Investigación y Educación en Enfermería*, XIX. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105218125002>
- Milena López, S., Gómez-Sánchez, P. I. & Arévalo-Rodríguez, I. (2008). Violencia contra la mujer. Análisis en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, 2005: estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=195214324002>
- Miller, H. C., Hassanein, K., Hensleigh, P. A. (1976). Fetal growth retardation in relation to maternal smoking and weight gain in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.*, 125, 55-60.
- Miralba, L., Martínez, M., & Pérez, D. (2002). Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*, 18 (3), 175-183.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Versión en español de la cuarta edición de la obra en inglés Nursing Outcomes Classification (NOC). España: Elsevier.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2007). *Antenatal and Postnatal Mental Health (APMH)*. Recuperado de <http://www.nice.org.uk/guidance/cg45>
- Ortiz, E. I. (2001). Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo según la medicina basada en la evidencia. *Colomb Med.*, 32 (4), 159-62.
- Rapaport, E., & Florenzano, R. (1999). Enfermedades psiquiátricas y aspectos psicológicos del estado grávido-puerperal. En: Pérez, A., & Donoso, E., (Ed.), *Obstetricia* (pp. 820-830), 3ra. ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Roa, J., Echandía, C., Rodríguez María, Lozano, M., Arias, L., Ángel, M., ...Quevedo, K. (2003). Rastreo de cocaína en orina de recién nacidos hijos de madres consumidoras. *Revista Colombia Médica*, 34 (1), 24-30.
- Rodríguez, C. (2008). Causas frecuentes de condiciones críticas de salud madre-hijo, en los hospitales universitarios de La Samaritana y del Valle entre febrero y junio del 2005. *Rev. Fac Medicina. Unal.*, 56 (2), 22-30.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Santos, J. J., Guimarães, R. A., & Medina, M. G. (1997). La atención prenatal y el bajo peso al nacer. *Rev Panam Salud Pública, 16* (4), 1-10.
- Svetlana, I., Pámanes, V., Billings, D., & Torres, L. (2007). La violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública, 41*(4), 582-90.
- Vélez, M. P., Barros, F. C., Echevarría, L. G., & Hornaza, M. P. (2006). Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: unidad de atención y protección materno infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol., 57* (4), 264-270.

Anexo 1

Tabla de detección de riesgo psicosocial. Enfermería basada en la evidencia (EBE)

Los factores de riesgo psicosocial tienen un puntaje nominal que indica la severidad del riesgo y la urgencia de la necesidad de atención. Estos factores pueden ser de tres tipos:

- **Riesgo 1:** Se debe continuar indagando y haciendo seguimiento, pero podría esperar hasta la próxima cita.
- **Riesgo 2:** Se debe hacer remisión a otras disciplinas o intervención en el lapso de una semana. Hacer seguimiento por enfermería.
- **Riesgo 3:** La vida y la salud de la madre o del niño, o de ambos, están en riesgo, así que la remisión y la intervención deben ser inmediatas.

Si usted encuentra en la *Tabla de detección de riesgo psicosocial* el factor de riesgo en antecedente (ocurrió antes de la gestación actual), o si lo evidencia en la gestación actual, encierre en un círculo el número y téngalo en cuenta para su intervención; el puntaje nominal no se suma, y es importante consultar el instructivo para comprender mejor cada factor de riesgo.

Edad < 18 años	2
Edad > 35 años	2

Riesgo	Antecedentes	Gestación actual	Observaciones
Falta apoyo familiar o social	1	3	
Falta de apoyo del compañero o la compañera	1	3	
Familia reconstruida		1	
Diferencia amplia de edad (diez o más años) entre ambos	2	2	
Relaciones conflictivas con las personas con quienes convive		2	
Madre cabeza de familia	1	2	
La gestante tiene a cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad	1	2	
Bajo nivel educativo de la pareja gestante	1	3	
Nivel bajo de ingresos (menos de medio salario mínimo al mes)	3	3	
Violencia intrafamiliar	3	3	
Abuso sexual	3	3	
Explotación sexual	3	3	
Consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de la pareja	3	3	
Difícil acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a la institución de salud)		2	

Traslado constante de domicilio (ha cambiado de domicilio cuatro veces en el año)	2	3	
Situación de desplazamiento forzado	3	3	
Habitante de la calle	3	3	
Reinsertada	2	2	
Privada de la libertad o en detención domiciliaria	2	3	
Estrés laboral	1	3	
Condición de trabajo difícil	2	3	
Etnia (indígenas, afrodescendientes, rrom [gitanos], raizales); creencias religiosas y culturales	3	3	
Gestante en condición de discapacidad permanente	2	2	
Experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores	2	2	
Trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia)	2	3	
Embarazo no deseado	3	3	
Manifestaciones psicológicas y emocionales (nerviosismo permanente, tristeza y llanto constantes, aislamiento, agresividad, ideas repetitivas y fijas, falta de concentración, falta de sueño, ve o escucha cosas que otros no ven, no puede quedarse quieta o es multiconsultante)	3	3	
Pensamientos y acciones de autoagresión	3	3	

Elaborado por: Autores: Nubia Castiblanco López (coordinación general), Martha Lucía Mora, Elizabeth Echandía, Luz Mireya Castañeda, Marta Cristo, Ivonne Puerto, Lady Eriza, Rosiris Cogollo, Marta Becerra, Rosalía Pilar Garzón, María Eugenia Ramírez, Dilia Constanza Lozada, Lida Cendales, Ana Milena Moreno, Leonor Amaya, Brunilde Goethe, Esperanza Durán, Paula Castañeda, Vilma Sarmiento, Marcela Acelas, Sonia Acosta, Mildred Guarnizo, Marta Patricia Bejarano, Nancy Bejarano, Nubia González, Vilma Fandiño, Isabel Rodríguez y Elizabeth Echandía. Colaboradores: Livainte Gómez, Sulma Barrero, César Monsalve, Andrea Villamizar, Nury Corredor, Martha Girón, María del Pilar Zuluaga, Johana González, Martha Cote, Denny Giraldo y Viviana Gómez.

Anexo 2

Instructivo para el diligenciamiento de la tabla de detección de riesgo psicosocial. Enfermería basada en la evidencia (EBE)

El riesgo es una amenaza concreta de sufrir daños sobre la salud y la vida, y es una amenaza latente que mantiene a las personas expuestas a innumerables cantidades de situaciones de riesgo.

La existencia del riesgo psicosocial afecta el desempeño laboral y el estado de salud de las personas; se origina por diferentes aspectos que tienen una incidencia sobre la salud de la gestante a través de mecanismos psicológicos, fisiológicos y sociales.

Por lo anterior, es importante recordar que los riesgos pueden existir, pero lo más común es que haya coexistencia de riesgos y que sus efectos sean aditivos y multiplicativos. Así pues, mientras más factores de riesgo se detecten, mayor será el riesgo de la gestante.

Los factores de riesgo tienen un puntaje nominal que indica la severidad del riesgo y la urgencia de la necesidad de atención. Pueden ser de tres tipos:

- **Riesgo 1:** Se debe continuar indagando y haciendo seguimiento, pero podría esperar hasta la próxima cita.
- **Riesgo 2:** Se debe hacer remisión a otras disciplinas o intervención en el lapso de una semana. Hacer seguimiento por enfermería.
- **Riesgo 3:** La vida y la salud de la madre o el niño, o ambos, están en riesgo, así que la remisión y la atención debe ser inmediatas.

Si usted encuentra en la *Tabla de detección de riesgo psicosocial* el factor de riesgo en antecedente (ocurrió antes de la gestación actual), o si lo evidencia en la gestación actual, encierre en un círculo el número y téngalo en cuenta para su intervención.

Nota: Los puntajes identificados (encerrados en el círculo) no se suman.

1. Falta de apoyo familiar o social: Es la ausencia de apoyo de los familiares, los amigos, los vecinos o las redes sociales. El apoyo incluye lo económico, lo emocional y en las actividades de cuidado cotidiano.

- Indagar si cuenta con amigos y familiares; pregunte sobre las redes sociales con las que cuenta.
- Remita: Trabajo Social y Psicología.

2. Falta de apoyo del compañero o la compañera: No cuenta con la compañía ni el apoyo emocional de una pareja.

- Indagar sobre con quién convive permanentemente, o quién es su apoyo sentimental en la actualidad.
 - Remita: Trabajo Social.
- 3. *Familia reconstruida:*** Cuando hablamos de familias reconstruidas, queremos referirnos a las que formamos en nuestras segundas nupcias o uniones.
- Haga preguntas sobre los hijos de la pareja y sobre la existencia de hijos anteriores, si en la actualidad viven con la gestante.
- 4. *Diferencia amplia de edad entre la pareja (de diez a más años entre ambos):*** Hay más de diez años de diferencia de edad entre los miembros de la pareja.
- Indague las edades de la pareja, y analice la diferencia de edad entre ellos, el grado de madurez y responsabilidad frente a la gestación, la estabilidad emocional, etc.
 - Remita, dependiendo de la necesidad de la pareja, a Psicología, Trabajo social, Familias en acción.
- 5. *Relaciones conflictivas con las personas con quienes convive:*** Las relaciones con otras personas son conflictivas, en cuanto a agresiones físicas, psicológicas o ambientales.
- Preguntar si hay maltrato verbal o psicológico por parte de los distintos miembros de la familia; con uno solo que esté presente, clasifique el riesgo según la tabla.
 - Remita: Psicología.
- 6. *Madre cabeza de familia:*** Cuando el sustento económico se deriva de la mujer.
- Indague sobre el tipo de oficio que realiza actualmente, y si recibe apoyo económico de otra persona.
 - Remita: Familias en Acción.
- 7. *La gestante tiene a su cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad:***
- Indague y analice si la situación descrita puede ser una barrera para asistir a los controles prenatales; si lo es, ofrecer los servicios de la ruta de la salud.
 - Remita: Trabajo Social, Hogares Fami, Ruta de la Salud, Grupo de atención a los cuidadores.
- 8. *Bajo nivel educativo de la pareja gestante: incluye ser uno o ambos analfabetas o haber cursado solo la primaria:***
- Pregunte cuál fue el último año cursado de la gestante y el de su compañero.
 - El profesional de enfermería usará técnicas educativas que permitan el entendimiento y la comprensión del tema; por ejemplo, a través de dibujos.
- 9. *Nivel bajo de ingresos (menos de medio salario mínimo al mes):***
- Indague y analice si la situación descrita puede ser una barrera para asistir a los controles prenatales y para satisfacer las necesidades básicas.
 - Remita: Trabajo Social, Hogares Fami, Ruta de la Salud, Programa de Comedores, entre otros.
- 10. *Violencia intrafamiliar:*** La violencia durante el embarazo se define como una situación de coacción y control que incluye la agresión física, sexual o emocional, o una combinación de ellos, y amenazas contra una mujer, por parte de su pareja o su expareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo.
- Indague si existe abuso físico como un acto de agresión intencional repetitivo en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, un arma o una sustancia para sujetar o causar daño a la integridad física de la mujer, y encaminando a su sometimiento. Las formas de expresión pueden ser: negar las necesidades sexua-

les y afectivas, o inducir la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, manipulación o dominio de la pareja, y que causen daño.

- Indague si existe abuso no físico: consiste en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes de abandono y que provoquen en quien las recibe deterioro, disminución o afectación de su estructura de personalidad. El control de manejo del dinero y de las propiedades es otra forma de controlar a la mujer haciéndola dependiente.
- Remita: Psicología.

11. *Abuso sexual:* Es toda conducta en la que la persona es utilizada como objeto sexual por parte de otra persona con quien mantiene una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a la edad, la madurez o el poder.

- Pregunte si en su núcleo familiar ha habido una o más de estas conductas de abuso.
- Si el abuso es reciente, haga examen, suministre método de anticoncepción de urgencia (previa consejería) y trabaje en equipo interdisciplinario en el seguimiento del caso.
- Remita: Psiquiatría, Psicología o Medicina Legal.

12. *Explotación sexual:* Se trata de un fenómeno donde el adulto visualiza a la persona de menor de edad como un objeto o un producto comerciable (susceptible de ser comprado o vendido) para la satisfacción de sus propios deseos y fantasías. Es una actividad lucrativa e ilícita.

- Pregunte si en su núcleo familiar ha habido una o más de estas conductas.
- Remita: Psicología.

13. *Consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de la pareja:* Incluye el consumo de alcohol, de tabaco y de drogas alucinógenas o hipnóticas, ya sea por parte de la gestante, de su pareja o de las personas con quienes convive.

- Interrogue sobre el consumo de cigarrillos al día, si se consumen bebidas alcohólicas de manera permanente u ocasional, y sobre el uso y el abuso de sustancias alucinógenas.
- Remita: Psicología e instituciones del Estado que ofrecen servicios para los consumidores.
- Utilice la interrelación NANDA-NIC-NOC, descrita en la guía.

14. *Difícil acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a la institución de salud):*

- Preguntar si la llegada a la institución de salud es difícil: por ejemplo, si no hay transporte, si tiene que atravesar una montaña, un río, etc.
- Canalice: Rutas de Salud.

15. *Traslado frecuente de domicilio:* Cambia de domicilio más de cuatro veces al año. Preguntar cuántas veces ha cambiado de vivienda a lo largo del último año.

16. *Situación de desplazamiento (víctimas del conflicto armado):* Personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus hogares o sus sitios de residencia habitual, circunstancia que les genera altos niveles de pobreza, inequidad, desarraigo y demás problemas que afectan su desarrollo como personas en la sociedad.

- Indagar si ha sido forzada a salir de su pueblo, su vereda o su lugar de residencia habitual.
- Remita: Acción Social, Trabajo Social.

- 17. *Habitante de la calle:*** Persona cuya vida se desenvuelve fundamentalmente en la calle, como espacio físico-social, donde resuelve sus necesidades vitales y donde construye relaciones afectivas y mediaciones socioculturales, y así estructura un estilo de vida propio.
- Indagar su lugar de vivienda.
 - Remita: Trabajo Social.
- 18. *Reinsertada:*** Volver a integrar o a adaptar a una persona en la sociedad tras haber estado durante un tiempo al margen de ella: el gobierno se comprometió a reinsertar a las personas al modelo institucional, pues concibe la ayuda social como una función del Estado y como un derecho legal.
- Hacer preguntas sobre si en la actualidad se reciben ayudas del gobierno, y por qué motivo.
 - Remita: Psicología.
- 19. *Privadas de la libertad o en detención domiciliaria:*** Personas que se encuentran pagando en su domicilio (casa, vivienda) o en la prisión una pena impuesta por el Estado.
- Si la gestante se halla en la condición descrita, indague sobre aspectos como permisos para asistir a los controles médicos o dificultades para dirigirse al servicio de urgencias en caso de que se presente un signo de alarma.
- 20. *Estrés laboral:*** Conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción; se entiende como el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo.
- Pregunte si la gestante trabaja.
 - Pregunte si el trabajo es independiente o si es empleada.
 - Pregunte si es empleada de planta, por contrato u otro.
 - ¿Qué trabajo realiza?
 - Si es empleada, ¿cómo están las relaciones con su patrón, sus compañeros y las demás personas de la empresa?
 - ¿Tiene permisos para asistir a los controles prenatales por médico y enfermería, al curso de preparación para la maternidad y paternidad y a exámenes de laboratorio?
 - Analice el caso, y si es necesario, remita a Psicología y al programa de salud ocupacional de la empresa.
- 21. *Condición de trabajo difícil:*** Es la alta carga de trabajo o el conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometida la persona durante la jornada laboral en la que se requiere un esfuerzo físico que se consume energía y aumentan los ritmos cardíaco y respiratorio, lo cual afecta la salud de la gestante y la del feto.
- ¿No le dan permiso para controles prenatales, cursos de preparación para la maternidad y la paternidad, etc.? ¿La gestante o su compañero no tienen contrato? ¿Trabaja por ventas o logros, durante jornadas laborales extensas?
 - ¿Trabaja con cueros, insecticidas o en cultivos de flores?
 - Haga sus recomendaciones, y si es necesario, remita a Salud Ocupacional.
- 22. *Etnia (indígenas, afrodescendientes, rrom [gitanos], raizales) creencias religiosas y culturales:*** Cultura que le determina algunas prácticas arraigadas de cuidado, manejo de la salud y de la gestación, de forma que obstaculice el adecuado control prenatal.

- Indague a qué religión pertenece (Testigos de Jehová/transfusiones sanguíneas).
- ¿Pertenece a alguna etnia específica? ¿Cuál?
- ¿Qué se acostumbra en su grupo para el cuidado de las mujeres en embarazo y del recién nacido (por ejemplo: baños con plantas como el brevo, baños de asiento, desahumerios, etc., o para curar el estómago del bebé le dan a probar frijoles con cerdo por varios días)?
- Corrija, señale con prudencia las costumbres que usted considera que le hacen daño a la madre y al recién nacido, utilizando un lenguaje acorde con el nivel educativo de la gestante y con un tono de amabilidad.

23. Gestante en condición de discapacidad permanente: Deficiencias o lesiones de órganos y tejidos con limitaciones para el desarrollo de actividades, o con las restricciones para la participación social (ceguera, sordomudez, trauma raquimedular, amputaciones, síndrome de Down y patologías mentales).

- Averigüe qué tipo de discapacidad tiene la gestante según los ítems mencionados.
- Valore, según el tipo de discapacidad, el apoyo que recibe la gestante por parte de un familiar, o si lo recibe a escala institucional, y determine si dicho apoyo es fuerte o débil, para que haga la remisión correspondiente.
- Remita: según la situación de la gestante.

24. Experiencias negativas y traumáticas durante gestaciones y partos anteriores: El síndrome de estrés postraumático comprende el conjunto de síntomas que se pueden desarrollar tras una experiencia traumática o negativa; generalmente, lo observamos en accidentes, muertes violentas, delitos, guerras o violaciones. Pero también se puede desarrollar a través de un parto complicado, con vivencias negativas en el servicio, con percepción de maltrato por parte del personal de salud, con barreras de acceso y otros.

- Indague aspectos de percepción de la atención por parte del servicio de salud.
- Indague el grado de satisfacción en la atención de partos anteriores y de control prenatal.
- Indague sobre sensaciones que experimentó la gestante, tales como enfados, desacuerdos, angustia, dolor y sufrimiento.
- Si durante el relato usted encuentra manifestaciones importantes de la situación descrita, haga intervención en duelo, y remita a Psicología, si es necesario.

25. Trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia): En relación con el impacto de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) sobre el embarazo, la mayoría de la evidencia advierte consecuencias para la madre y para el feto. Dichos trastornos están dados por la anorexia y la bulimia nerviosa, relacionadas, a su vez, con la percepción de la figura, la autoestima y la autopercepción.

- Indague sobre la percepción de la figura, los horarios y el tipo de alimentación.
- Si es necesario, remita a Psicología.

26. Embarazo no deseado: También denominado embarazo indeseado, no querido, imprevisto o inoportuno, es el que se produce sin el deseo o la planificación previa, y ante la ausencia o la falla de los métodos anticonceptivos.

- La mujer con un embarazo no deseado puede conservar a su hijo, tenerlo para darlo en adopción o recurrir al aborto provocado.
- ¿Utilizaba algún método de planificación?

- ¿Qué sintió cuando le dijeron que estaba en embarazo?
- ¿Actualmente qué piensa de su embarazo?
- Utilice la interrelación NANDA-NIC-NOC, descrita en la guía.
- El principal riesgo es la conducta suicida; por lo tanto, haga de inmediato la intervención, y remita a Psicología.

27. Manifestaciones psicológicas y emocionales: Corresponden a las de la gestante que muestra nerviosismo permanente, tristeza constante, aislamiento, agresividad, llanto constante, ideas repetitivas y fijas, falta de concentración o falta de sueño, que ve o escucha cosas que otros no ven, no puede quedarse quieta o es multicon-sultante. Si usted encuentra dicho factor de riesgo, hay un alto riesgo de conducta suicida; remita de inmediato a Psicología.

- Observe el comportamiento de la gestante desde cuando ingresa al consultorio, y durante el control valore si hay presencia de alguna de las manifestaciones mencionadas.
- Remita: Psicología-Psiquiatría.

28. Pensamientos y acciones de autoagresión: La gestante ha intentado hacerse daño a sí misma o al bebé; por lo tanto, hay un alto riesgo de conducta suicida. Remita de inmediato a Psicología y Psiquiatría.

Los riesgos mencionados, generalmente, incluyen la remisión a Trabajo Social o a Psicología. En algunos casos, implican remitir a otros especialistas o instancias.

Se remite a *Trabajo Social* cuando la problemática tiene que ver con el lugar de residencia, las condiciones de vida, la manutención, la salud o inconvenientes para el pago de cuotas moderadoras y otros.

Se remite a *Psicología* cuando la problemática tiene que ver con la historia y la vivencia emocional de la madre, el padre o la familia, con violencia intrafamiliar, con salud mental, con la personalidad de la madre o de sus familiares cercanos, con el rechazo del embarazo o con duelos vividos, estrés laboral o autoagresión.

Elaborado por:

Autores: Nubia Castiblanco López (coordinación general), Martha Lucía Mora, Elizabeth Echandía, Luz Mireya Castañeda, Marta Cristo, Ivonne Puerto, Lady Eriza, Rosiris Cogollo, Marta Becerra, Rosalía Pilar Garzón, María Eugenia Ramírez, Dilia Constantza Lozada, Lida Cendales, Ana Milena Moreno, Leonor Amaya, Brunilde Goethe, Esperanza Durán, Paula Castañeda, Vilma Sarmiento, Marcela Acelas, Sonia Acosta, Mildred Guarnizo, Marta Patricia Bejarano, Nancy Bejarano, Nubia González, Vilma Fandiño, Isabel Rodríguez y Elizabeth Echandía.

Colaboradores: Livainte Gómez, Sulma Barrero, César Monsalve, Andrea Villamizar, Nury Corredor, Martha Girón, María del Pilar Zuluaga, Johana González, Martha Cote, Denny Giraldo y Viviana Gómez.

Anexo 3.

Resultados

Guía de detección de riesgo psicosocial en la gestación. Enfermería basada en evidencia

No.	Preguntas	Dificultad	No.	%	Observaciones
1	Falta apoyo familiar o social	1	373	96,4	No es específica = 2
		2	10	2,6	La persona requiere explicación = 1
		4	4	1	Incluye lo económico = 1
2	Falta de apoyo del compañero(a)	1	379	97,9	Si el esposo falleció qué pasa = 1
		2	6	1,6	
		4	1	0,3	
		Sin dato	1	0,3	
3	Primipaternidad	1	330	85,3	La paciente no entiende el término = 22
		2	14	3,6	La primipaternidad no es riesgo porque tiene el apoyo de su nuevo compañero = 1
		3	4	1	No se considera riesgo = 20
		4	19	4,9	
		5	20	5,2	
4	Diferencia amplia de edad entre la pareja	1	354	91,5	Confuso = 2
		2	23	5,9	Especificar más esta diferencia = 1
		3	9	2,3	No es clara = 1
		4	1	0,3	Para qué se pregunta = 1
5	Familia recompuesta	1	327	84,5	Aclarar término igual = 1
		2	22	5,7	Confuso = 8
		3	29	7,5	Diferente término en el instructivo = 29
		4	7	1,8	Numeración repetida = 1
		5	2	0,5	
6	Tener relaciones conflictivas con las personas con quienes convive	1	373	96,4	Sin observaciones
		2	14	3,62	
7	Madre cabeza de familia	1	381	98,4	Sin observaciones
		2	1	0,3	
		Sin dato	5	1,29	
8	Tiene dos o más hijos menores de 5 años	1	341	88,1	Muy cerrada la edad de los hijos y el número de hijos = 15
		2	5	1,3	No es clara, hay que replantear definición = 1
		3	36	9,3	Se incluyen hijos que no son de la madre en una familia recompuesta = 20
		Sin dato	5	1,3	
9	Difícil acceso geográfico	1	333	86	Especificar el acceso a donde = 2
		2	13	3,4	La paciente no entiende el término = 2
		3	22	5,7	No es clara la definición = 15
		4	5	1,3	Parecida a la 15 = 8
		Sin dato	14	3,6	

10	Bajo nivel educativo de los padres	1	329	85	Se puede pensar que son los padres de la gestante = 23
		2	9	2,3	Qué padres = 6
		3	8	2,1	El nivel educativo de los padres es independiente a la situación actual de la gestante = 1
		4	26	6,7	Padres del bebé = 1
		Sin dato	15	3,9	Cómo influye si no se convive con ellos = 1
					Se entendió el nivel educativo de los padres de la gestante
11	Violencia intrafamiliar	1	372	96,1	Difícil de preguntar = 1
		2	7	1,81	Falta especificar = 2
		3	1	0,3	
		4	2	0,5	
		Sin dato	5	1,3	
12	Abuso sexual	1	326	84,2	Difícil de preguntar = 2
		2	18	4,65	Instructivo hace referencia al abuso infantil, debe incluirse la gestante = 20
		3	38	9,82	Forma de hacer la pregunta = 1
		Sin dato	5	1,3	No cerrar edad en cualquier momento de la vida afecta = 15
13	Explotación sexual	1	329	85	Como entrar en el tema = 1
		2	16	4,1	El instructivo hace referencia a infantil, debe incluirse la gestante = 20
		3	37	9,6	Solo tiene en cuenta a la familia y no a la gestante = 15
		Sin dato	5	1,3	
14	Consumo psicoactivos	1	356	92	Solo se incluye a la gestante y no a la pareja o familia con la que convive = 20
		2	6	1,6	
		3	20	5,2	
		Sin dato	5	1,3	
15	Traslado frecuente de domicilio	1	357	92,2	Parecida a la 9 = 8
		2	2	0,5	Tiene en cuenta el traslado territorial y no el domiciliario = 15
		3	20	5,2	
		4	3	0,8	
		Sin dato	5	1,3	
16	Situación de desplazamiento	1	381	98,4	Sin observaciones
		2	1	0,3	
		Sin dato	5	1,3	
17	Habitante de la calle	1	378	97,7	Sin observaciones
		2	4	1	
		Sin dato	5	1,3	
18	Reinsertada	1	377	94,4	La paciente no entendió el término = 3
		2	3	0,78	
		4	2	0,52	
		Sin dato	5	1,29	
19	Privadas de la libertad o en detención domiciliaria	1	375	96,9	Difícil para la encuestada = 1
		2	3	0,8	Incómodo para la encuestada = 1
		4	2	0,5	No aplica para etnias = 2
		5	2	0,5	
		Sin dato	5	1,3	

20	Nivel socioeconómico bajo	1	345	89,1	No es claro a que estrato se refiere = 1
		2	18	4,7	Aclarar = 2
		3	4	1	Hacer referencia si es a nivel de ingresos = 15
		4	15	3,9	Evaluar estabilidad de salario, se puede recibir más de medio salario mínimo, pero no todos
		Sin dato	5	1,3	Los meses = 1
21	Alteraciones en hábitos alimenticios	1	306	79,1	Debe ser parte de manifestaciones psicológicas y emocionales o cambiar el nombre del ítem = 2
		2	20	5,2	Mal formulada no es coherente con lo que se debe indagar a pesar del instructivo = 20
		3	18	4,7	Todas las gestantes tiene alteraciones pero esto no las lleva a sufrir enfermedad = 1
		4	20	5,2	Los hábitos alimentarios son cambiantes en todas las usuarias = 1
		Sin dato	23	5,9	No es correcta = 1
					No se entiende a qué se refiere = 2 Se entendió hábitos de la madre = 13
22	Estrés laboral	1	346	89,4	La puntuación como antecedente debería ser 2 = 20
		2	16	4,1	
		3	20	5,2	
		Sin dato	5	1,3	
23	Condición de trabajo difícil	1	339	87,6	Las gitanas no trabajan = 2
		2	18	4,7	Puede interpretarse como actividades dentro del ámbito laboral = 20
		3	22	5,7	Especificar cuáles condiciones de trabajo se consideran difíciles = 1
		4	1	0,3	
		5	2	0,5	
		Sin dato	5	1,3	
24	Etnia (indígenas, rom, gitanos, afrodescendientes, raizales) creencias	1	346	89,4	Puntuación muy alta debería ser 2 = 20
		2	16	4,1	
		3	20	5,2	
		Sin dato	5	1,3	
25	Gestante en condición de discapacidad permanente	1	361	93,3	Especificar tipo de discapacidad = 15
		2	2	0,5	La paciente no entendió el término = 2
		3	17	4,4	
		4	2	0,5	
		Sin dato	5	1,3	
26	Experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores	1	377	97,4	Sin observaciones
		2	5	1,3	
		Sin dato	5	1,3	
27	Embarazo no deseado	1	348	89,9	Aclarar si es el padre o la madre = 1
		2	13	3,4	El número no corresponde a la secuencia = 5
		3	21	5,4	Instructivo confuso, se debe especificar = 15
		Sin dato	5	1,3	

28	Manifestaciones psicológicas y emocionales	1	333	86	Cuáles = 2
		2	20	5,17	Difícil evaluar en una consulta = 1
		3	7	1,81	Especificar qué tipo de manifestaciones = 1
		4	22	5,68	Inespecífica = 1
		Sin dato	5	1,29	No es clara enfermedad de tipo psicológico = 1
					No es clara hay que leer siempre el instructivo = 20
29	Pensamientos y acciones de autoagresión				No es clara ni específica = 1
		1	369	95,3	Sin observaciones
		2	13	3,4	
		Sin dato	5	1,3	

