

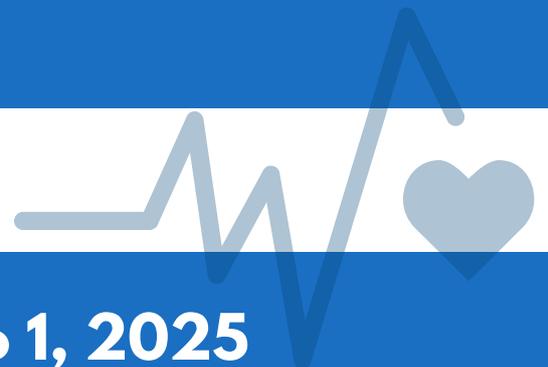


Universidad  
Interamericana  
de Panamá



# VISIÓN 360

REVISTA CIENTÍFICA DE ENFERMERIA



Volumen 4 | Número 1, 2025

[portalrevista360escueladeenfermeria.com](http://portalrevista360escueladeenfermeria.com)

# Índice

01

Importancia de los criterios de selección en el diagnóstico de Oropouche.

02

El papel de los electrolitos en el equilibrio hidroelectrolítico y su relevancia en la práctica de Enfermería

03

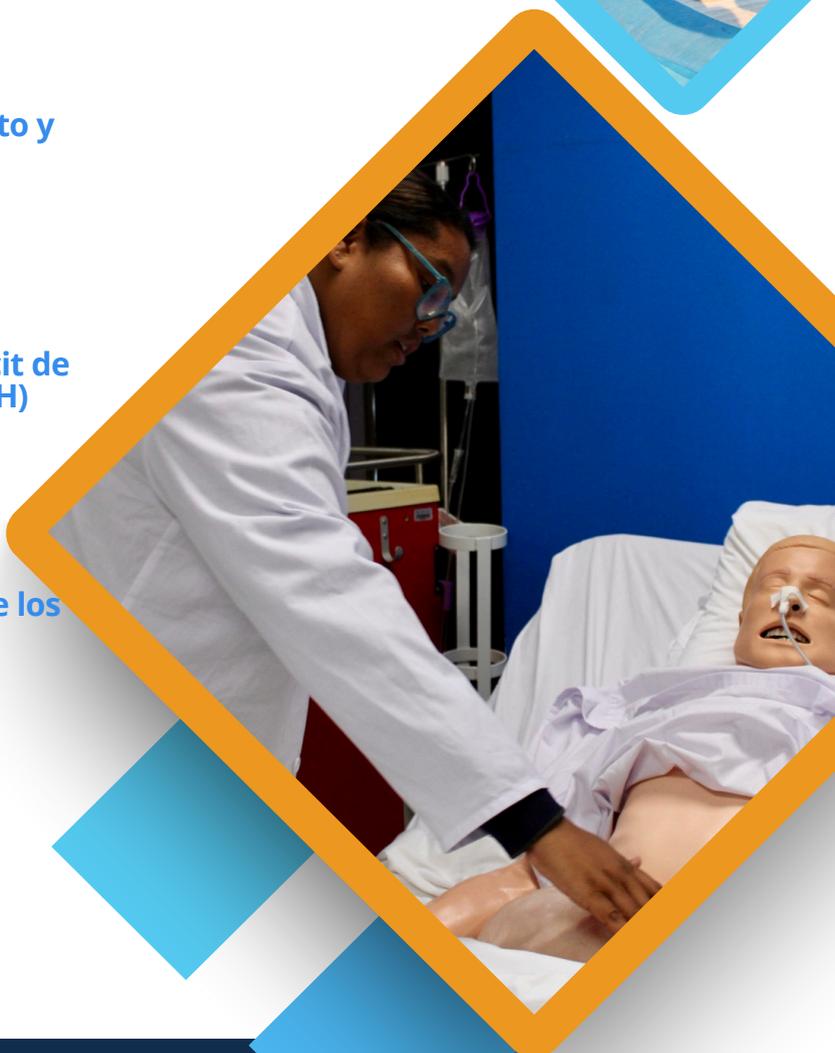
“Primeros auxilios: conocimiento y habilidades que marcan la diferencia en la enfermería”.

04

Impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el desempeño escolar.

05

Úlceras por presión: Más allá de los desafíos Explorando nuevas oportunidades



# Índice

06

Impacto de las barreras de comunicación lingüística en el proceso de atención enfermera-paciente hemato-oncológico en The Panamá Clinic.

07

Influencia del abuso infantil en el desarrollo de trastornos psiquiátricos.

08

“Primeros auxilios: conocimiento y habilidad”  
Reto de las Universidades en la formación del Recurso Humano Enfermería con inserción de las nuevas modalidades académicas. es que marcan la diferencia en la enfermería”.

09

¿Embarazo en adolescencia un problema de educación?



## NOTAS DEL EDITOR

### OCTAVIO A. PERÉN



La creación de una revista científica enfocada en el área de la salud implica un esfuerzo grande, en afán de practicar la gestión editorial, por eso es un honor presentar esta nueva edición de la revista VISIÓN 360, un espacio comprometido con la difusión del conocimiento científico y la reflexión crítica en el campo de la enfermería. En un entorno sanitario en constante evolución, el rol de la enfermería continúa expandiéndose, demandando una formación sólida, capacidad de liderazgo y una mirada humanista que sitúe al paciente en el centro de cuidado. En un momento en que los sistemas de salud enfrentan desafíos complejos, la enfermería se consolida como una disciplina esencial en la generación de respuestas integrales, éticas y basadas en evidencia.

Esta revista se ha constituido como un espacio de diálogo académico que promueve la producción y el intercambio de saberes entre profesionales, investigadores, docentes y estudiantes, con el objetivo de contribuir al desarrollo disciplinar y a la mejora continua de la calidad en la atención en salud.

Este número reúne una variedad de artículos que abordan temáticas actuales y de gran relevancia, cada trabajo refleja el esfuerzo para construir una enfermería más sólida, basada en la evidencia y orientada a la mejora continua de la calidad asistencial.

Aprovecho este espacio para felicitar a los estudiantes que han formado parte del proceso de investigación y desarrollo de esta revista, ya que conlleva retos y estándares muy altos que se deben mantener, uno de los principales retos es lograr la mayor difusión posible para que este instrumento educativo llegue a más lectores, nuestro compromiso es consolidar la calidad de la revista y ampliar su visibilidad.

Confiamos en que los contenidos aquí presentados estimulen la reflexión, el debate y la generación de nuevas ideas, y que contribuyan al fortalecimiento del conocimiento enfermero como base para una práctica profesional más segura, efectiva y humana

Invitamos a nuestros lectores a sumergirse en estas contribuciones que, sin duda, enriquecerán su práctica profesional y abrirán nuevos caminos para la investigación y el pensamiento crítico. Agradecemos profundamente a los autores, revisores y colaboradores que hacen posible la existencia de este espacio académico.

Finalmente comparto mi agradecimiento por el reto que se me ha brindado al dirigir esta prestigiosa revista y con la firme convicción de que seguiremos apoyando y guiando con compromiso y responsabilidad cada edición de VISIÓN 360.

# Importancia de los criterios de selección en el diagnóstico de Oropouche.

Brechla Moreno Arévalo, Docente, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Interamericana de Panamá, Panamá, República de Panamá. [brechla\\_moreno@uij.edu.pa](mailto:brechla_moreno@uij.edu.pa)

Resumen--El virus de Oropouche es un arbovirus de ARN monocatenario segmentado del género Orthobunyavirus transmitido a través de la picadura de insectos, generalmente por mosquitos *Culicoides paraensis* conocidos comúnmente como jejenes, y dentro de otros posibles vectores, los mosquitos *Culex quinquefasciatus*, *Coquillettidia venezuelensis* y *Aedes serratus*. La reemergencia de casos en Panamá ha permitido activar y reforzar los diferentes componentes del sistema de vigilancia garantizado una respuesta laboratorial oportuna y una atención/manejo de pacientes adecuada.

Palabras claves: virus Oropouche, arbovirus, aguda, convaleciente, suero, vigilancia.

Abstract--Oropouche virus is a segmented single-stranded RNA arbovirus of the Orthobunyavirus genus transmitted through insect bites, usually by *Culicoides paraensis* mosquitoes, commonly known as midges, and other possible vectors include the mosquitoes *Culex quinquefasciatus*, *Coquillettidia venezuelensis*, and *Aedes serratus*. The re-emergence of cases in Panama has allowed the activation and reinforcement of the different components of the surveillance system, ensuring a timely laboratory response and appropriate patient care/management.

Key words: Oropouche virus, arbovirus, acute, convalescent, serum, surveillance.

## I- INTRODUCCIÓN

El virus de Oropouche (OROV) es una virus de ARN monocatenario segmentado perteneciente a la familia Orthobunyavirus, género Peribunyaviridae. Su genoma viral se divide en tres segmentos: S (small), M (medium), L (large), cuyas denominaciones son en función al número relativo de nucleótidos de cada segmento, los cuales codifican a 4 proteínas estructurales: nucleocápside, dos glicoproteínas externas y la RNA polimerasa, respectivamente [1] (Fig. 1).

La fiebre de Oropouche tiene como principal vector a los mosquitos *Culicoides paraensis* (jején o chitra), sin embargo se ha descrito a los mosquitos *Culex quinquefasciatus*, como otro vector eficiente [2] (Fig. 2).

Panamá reportó en 1989, un brote ocasionado por el OROV en Bejuco, Chilibre y San Miguelito [1], lo que hace reemergente esta arbovirosis en el país, con 243 casos confirmados a la Semana Epidemiológica 11 (224 casos confirmados en la región de Darién y 19 casos en la región de Panamá Este) [2].

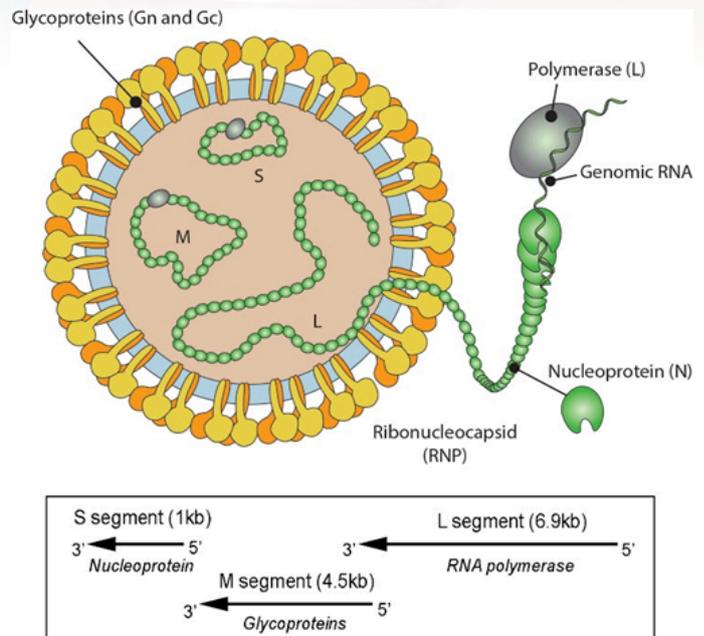


Fig. 1. Representación esquemática del género Orthobunyavirus. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1286457917302204?via%3Dihub#fig2>



Fig. 2. De izquierda a derecha: *Culicoides paraensis* y el *Culex quinquefasciatus*.

<https://www.nacion.com/ciencia/salud/oropouche-que-es-como-se-contagia-y-cuales-son-los/SLWDLJPJRW5FJFPNJ7CIX2R7ZZE/story/>

## II- DIAGNÓSTICO

El diagnóstico confirmatorio para el OROV se hace mediante intento de aislamiento viral y pruebas moleculares, la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR en tiempo real) lo que permite hacer la detección de partículas virales en suero del paciente en la fase aguda de la enfermedad,

considerada esta hasta los 5 días de evolución (fig. 3). Es de relevancia mencionar que hay factores determinantes en el resultado de la prueba. No solo si hay material genético del virus en la muestra, sino también la calidad de la muestra: su recolección dentro los 5 días de enfermedad, la debida conservación y transporte de la muestra al Instituto Comemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), manteniendo siempre la cadena de frío. Cuando se habla de cadena de frío, se hace referencia a evitar múltiples ciclos de congelación-descongelación, que hace que la muestra se vaya deteriorando (pérdida de partículas virales):

Ø Conservar muestra en refrigeración (2 – 8°C) si muestra será enviada dentro las 48 horas de haberse recolectado

Ø Conservar muestra en congelación (-10 a -20°C) si muestra será enviada >48 horas <7 días de haberse recolectado

Ø Conservar muestra en congelación (-70°C o menos) si muestra será enviada >7 días de haberse recolectado. [3]

Toda muestra debe ser enviada utilizando triple embalaje.

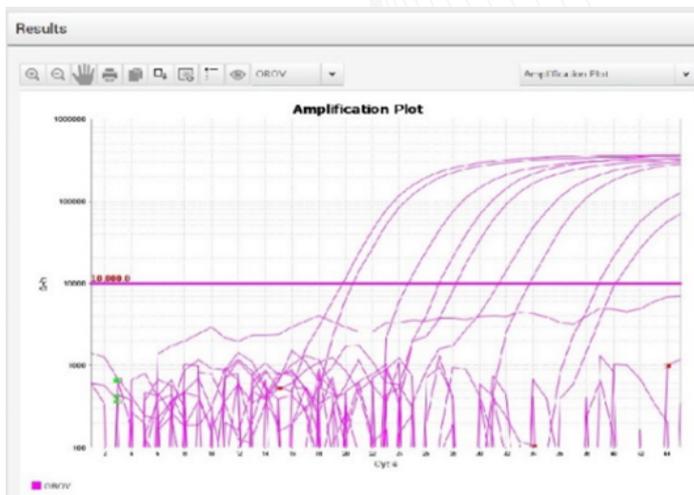


Fig. 3. Resultados de RT-PCR en tiempo real para la detección de OROV. Laboratorio Modular/Virología-ICGES

Hay otros tipos de muestras que son también empleadas para el diagnóstico del OROV en caso de que el paciente tenga más de 5 días de enfermedad, principalmente en pacientes embarazadas y pacientes con signos neurológicos: orina, líquido cefalorraquídeo (sujeto a criterio médico).

Países como Cuba y Brasil, han reportado posible transmisión vertical de OROV lo que hace de importancia analizar otras muestras adicionales como sangre del cordón umbilical, cordón umbilical (tejido), placenta, suero del recién nacido, líquido amniótico (sujeto a criterio médico); en casos fatales, se sugiere analizar tejidos: cerebro, hígado, riñón, producto de aborto [4].

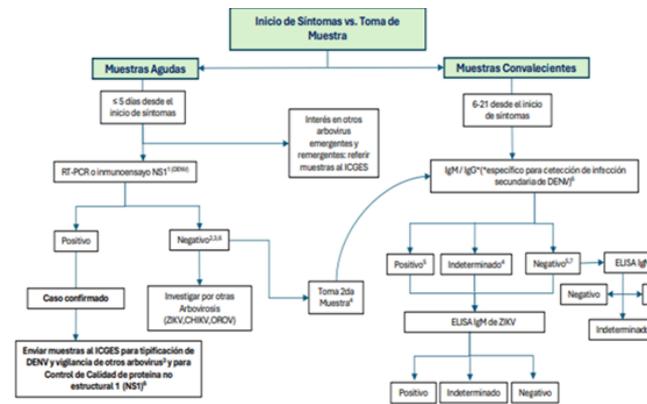
A la fecha no hay estuches moleculares ni serológicos para la determinación de anticuerpos IgM e IgG validados y con registro sanitario, por lo que sólo deben utilizarse protocolos validados en el ICGES, laboratorio de referencia del país.

El uso inapropiado de metodologías conlleva a un diagnóstico inadecuado, impactando en la calidad y veracidad de los resultados, así como el mal uso de los recursos.

Por ello, la existencia y divulgación oportuna de protocolos, normativas y la capacitación del personal de salud, bajo el enfoque de Una Sola Salud, juegan un rol importante en el abordaje de los eventos de importancia para la Salud Pública.

complejo, sin embargo hay que integrar la vigilancia de OROV dentro la vigilancia laboratorial de arbovirus circulantes en el país y en la región [2].

En este contexto, el país ha actualizado el Algoritmo Laboratorial para el diagnóstico y vigilancia de arbovirus, reuniendo los requisitos para control de calidad de los resultados que se obtengan en las instalaciones de salud y para la serotipificación de Dengue y vigilancia de otros arbovirus (fig. 4).



1. Inmunoensayo (Incluye ELISA, ELFA y otras metodologías relacionadas).
2. Un resultado negativo no descarta la enfermedad.
3. Enviar 20% de muestras positivas y 10% muestras negativas mensualmente. Laboratorio modular/Virología-ICGES.
4. Tomar segunda muestra 15 días después de la primera muestra.
5. Si el paciente cumple con el criterio médico, enviar muestra al LCRSP-ICGES para ELISA IgM de ZIKV.
6. Enviar 10% de muestras positivas y negativas para control de calidad. Sección de inmunovirología-LCRSP.
7. Si el médico lo considera por la clínica del paciente, realizar la prueba.

Fig. 4. Algoritmo laboratorial para el diagnóstico y vigilancia de Arbovirus en Panamá. Boletín epidemiológico N°5 de Oropouche, Ministerio de Salud 21 marzo 2025.

## IV- BIOSEGURIDAD

Toda muestra biológica es considerada potencialmente infecciosa por lo que el uso de equipo de protección personal, durante el manejo y procesamiento de las muestras en profesionales idóneos y entrenados es indispensable. El uso de cabinas de bioseguridad tipo II son requeridas durante el procesamiento de las muestras.

## REFERENCIAS

- [1] Romero-Alvarez, D., & Escobar, L. E. (2018). Oropouche fever, an emergent disease from the Americas. In *Microbes and Infection* (Vol. 20, Issue 3, pp. 135–146). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.micinf.2017.11.013>
- [2] boletin\_oropouche\_panama\_no\_5\_se\_11\_de. Ministerio de Salud Panamá. Marzo 21, 2025.
- [3] Directrices para la Detección y Vigilancia de Arbovirus Emergentes en el Contexto de la Circulación de Otros Arbovirus. Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud. Abril 18, 2024.
- [4] Directrices para la Detección y Vigilancia de Oropouche en posibles casos de infección vertical, malformación congénita o muerte fetal. Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud. Julio 17, 2024.

# El papel de los electrolitos en el equilibrio hidroelectrolítico y su relevancia en la práctica de Enfermería

Magíster Ismael Sánchez, Docente, Universidad Interamericana de Panamá, Panamá, República de Panamá

## I. INTRODUCCIÓN

El equilibrio entre los líquidos y los electrolitos en el cuerpo es esencial para mantenerlo funcionando correctamente. Electrolitos como el sodio, el potasio, el calcio y el magnesio juegan un papel clave en procesos tan importantes como la transmisión de señales nerviosas, la contracción de los músculos o incluso el control del pH en la sangre. Cuando las concentraciones de estos minerales se desajustan pueden surgir problemas serios, como arritmias cardíacas o complicaciones neurológicas. Esto hace evidente lo crucial que es vigilar estos niveles, especialmente en entornos de atención médica.

En este contexto, los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental. Son quienes primero detectan signos de desequilibrio a través de la observación clínica y los análisis de laboratorio. Además, son quienes implementan las medidas necesarias para corregir estas alteraciones antes de que se conviertan en problemas mayores. Para hacerlo bien, no solo deben tener un buen conocimiento de cómo funcionan los electrolitos en el cuerpo, sino también estar atentos a cómo se manifiestan sus cambios en cada paciente.

Situaciones cotidianas en los hospitales, como la deshidratación, problemas renales o el uso de ciertos medicamentos (como diuréticos), pueden poner en riesgo este delicado equilibrio. En esos casos, es vital actuar rápido y con criterio basado en evidencia científica. Este artículo busca precisamente destacar la importancia de manejar adecuadamente los electrolitos en la práctica diaria, ofreciendo herramientas prácticas que ayuden al personal de enfermería a prevenir complicaciones y mejorar los resultados para sus pacientes.

## II. DESARROLLO

### *Fundamentos bioquímicos del equilibrio hidroelectrolítico.*

El cuerpo humano es un sistema dinámico que depende del equilibrio entre el agua y los electrolitos para mantener sus funciones vitales. Este equilibrio hidroelectrolítico es esencial para la estabilidad del medio interno y permite procesos como la contracción muscular, la conducción nerviosa y la regulación del pH. A nivel bioquímico, los líquidos corporales están distribuidos en compartimientos intra y extracelulares, separados por membranas celulares semipermeables que regulan el paso de sustancias mediante diversos mecanismos de transporte.

Uno de los procesos clave en este equilibrio es el transporte iónico. La difusión permite el movimiento pasivo de moléculas desde un área de mayor concentración a una de menor concentración, un proceso que se da naturalmente sin gasto de energía. En el caso de la ósmosis, el agua se desplaza a través de la membrana celular hacia la zona con mayor concentración de solutos, regulando el volumen celular y evitando cambios bruscos que podrían comprometer la función celular. Por otro lado, el transporte activo, como el que realiza la bomba sodio-potasio ( $\text{Na}^+/\text{K}^-$  ATPasa), requiere energía en forma de ATP para mover los iones contra su gradiente de concentración, garantizando la excitabilidad celular y la estabilidad osmótica.

Además de esta bomba, existen otros sistemas de transporte activo, como los cotransportadores, que permiten el ingreso simultáneo de iones y moléculas esenciales, asegurando el mantenimiento de funciones vitales como la contracción muscular y la transmisión nerviosa.

El equilibrio hidroelectrolítico también está estrechamente relacionado con el mantenimiento del pH y la homeostasis celular. Los sistemas amortiguadores, como el bicarbonato ( $\text{HCO}_3^-$ ), los pulmones y los riñones, trabajan en conjunto para evitar fluctuaciones extremas en la acidez o alcalinidad del organismo. Cuando el pH se altera, las células pueden perder su capacidad de funcionar correctamente, desencadenando desde disfunciones metabólicas hasta alteraciones en la actividad enzimática. Un claro ejemplo clínico es la acidosis metabólica en pacientes con insuficiencia renal, donde la acumulación de iones hidrógeno ( $\text{H}^+$ ) provoca fatiga extrema, confusión y disnea.

### *Electrolitos clave y sus funciones*

Los electrolitos son minerales con carga eléctrica que desempeñan funciones vitales en el cuerpo. Cada uno de ellos cumple un papel específico y su concentración en sangre debe mantenerse dentro de rangos fisiológicos óptimos.

El sodio ( $\text{Na}^+$ ) es el principal catión del líquido extracelular y es fundamental en la regulación del volumen plasmático y la presión arterial. Su equilibrio depende en gran parte de la hormona aldosterona y de la ingesta hídrica. En condiciones de deshidratación o insuficiencia renal, las alteraciones en la concentración de sodio pueden comprometer la perfusión de los tejidos y el funcionamiento neurológico.

El potasio ( $\text{K}^+$ ) es esencial para la excitabilidad neuromuscular y la regulación del ritmo cardíaco. Se encuentra principalmente en el compartimento intracelular y su homeostasis es controlada por la excreción renal. Cambios leves en sus niveles pueden afectar la conducción eléctrica del corazón, aumentando el riesgo de arritmias severas.

El calcio ( $\text{Ca}^{2+}$ ) es crucial para la contracción muscular, la coagulación sanguínea y la señalización celular. Su regulación está mediada por la hormona paratiroidea (PTH), la vitamina D y la calcitonina. Una deficiencia de calcio puede causar espasmos musculares y alteraciones óseas, mientras que su exceso puede inducir letargo y cálculos renales.

El magnesio ( $\text{Mg}^{2+}$ ) participa en la relajación muscular y la función enzimática. Además, modula la actividad de la ATPasa sodio-potasio y el metabolismo energético. Su deficiencia está relacionada con trastornos neuromusculares y metabólicos, como la resistencia a la insulina.

En la práctica clínica, estos electrolitos son monitoreados constantemente para prevenir desequilibrios que puedan afectar la estabilidad del paciente. Por ejemplo, en unidades de cuidados intensivos, el control del potasio sérico es crucial en pacientes con insuficiencia renal para evitar arritmias mortales.

También desempeñan un papel crucial los iones cloruro, bicarbonato y fosfato.

El cloruro (Cl<sup>-</sup>) es el anión principal del líquido extracelular y juega un papel esencial en el mantenimiento del equilibrio osmótico y la regulación del pH a través del sistema ácido-base. Su homeostasis está estrechamente ligada a la del sodio.

El bicarbonato (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>) es fundamental para el mantenimiento del equilibrio ácido-base, actuando como un importante sistema amortiguador en la sangre. Su regulación depende de los pulmones y los riñones, que ajustan su concentración para mantener un pH sanguíneo estable.

El fosfato (HPO<sub>4</sub><sup>2-</sup>/H<sub>2</sub>PO<sub>4</sub><sup>-</sup>) es crucial para la producción de ATP, el metabolismo óseo y la función celular. También participa en la regulación del pH intracelular y en la activación de enzimas esenciales para diversas reacciones bioquímicas.

### Desequilibrios electrolíticos comunes y sus implicaciones clínicas.

Las alteraciones en los niveles de electrolitos pueden tener consecuencias graves en la fisiología del paciente. La hiponatremia ocurre cuando el sodio en sangre es demasiado bajo, lo que puede generar edema cerebral y convulsiones. En contraste, la hipernatremia, asociada a deshidratación severa, provoca alteraciones neurológicas como confusión y coma.

En el caso del potasio, la hipokalemia se manifiesta con debilidad muscular, fatiga y arritmias cardíacas, mientras que la hiperkalemia puede ser mortal si desencadena fibrilación ventricular. El monitoreo de este electrolito es clave en pacientes sometidos a diálisis o que utilizan diuréticos ahorradores de potasio.

El calcio también puede sufrir alteraciones significativas. La hipocalcemia causa hiperexcitabilidad neuromuscular y puede desencadenar tetania (espasmos, calambres y contracciones musculares involuntarias), mientras que la hipercalcemia puede inducir letargo, cálculos renales y alteraciones gastrointestinales. En el caso del magnesio, su deficiencia (hipomagnesemia) se asocia con temblores, arritmias y convulsiones, mientras que su exceso (hipermagnesemia) puede causar depresión respiratoria y bradicardia.

El reconocimiento temprano de estos desequilibrios es fundamental en la práctica clínica. En un paciente postquirúrgico con vómitos persistentes, por ejemplo, es crucial evaluar el estado de sodio y potasio para prevenir complicaciones graves como alcalosis metabólica o arritmias.

Electrolito	Función principal	Desequilibrios	Manifestaciones clínicas
Sodio (Na <sup>+</sup> )	Regulación del volumen plasmático y presión arterial	Hiponatremia / Hipernatremia	Edema cerebral, convulsiones / Confusión, coma
Potasio (K <sup>+</sup> )	Excitabilidad neuromuscular y ritmo cardíaco	Hipokalemia / Hiperkalemia	Debilidad muscular, arritmias / Fibrilación ventricular, paro cardíaco
Calcio (Ca <sup>2+</sup> )	Contracción muscular, coagulación sanguínea y señalización celular	Hipocalcemia / Hipercalcemia	Tetania, calambres / Letargo, cálculos renales
Magnesio (Mg <sup>2+</sup> )	Relajación muscular y función enzimática	Hipomagnesemia / Hipermagnesemia	Temblores, convulsiones / Depresión respiratoria, bradicardia

Tabla No. 1. Principales electrolitos y sus desequilibrios

En la práctica clínica existen varios medicamentos o agentes moduladores clave para el manejo de los desequilibrios electrolíticos, los cuales el personal de enfermería debe conocer para administrar y monitorear adecuadamente a los pacientes hospitalizados. Entre los más importantes podemos mencionar los que se incluyen en la siguiente tabla:

Desequilibrio	Agente Regulador	Indicaciones y consideraciones clave
Hiponatremia	Suero salino hipertónico (NaCl al 3%)	Se usa en hiponatremia severa con síntomas neurológicos. Administrar lentamente para evitar el síndrome de desmielinización osmótica.
Hipernatremia	Solución salina al 0.45% o Dextrosa al 5%	Hidratación controlada para evitar edema cerebral. Monitorear la diuresis y el estado neurológico.
Hipokalemia	Cloruro de potasio (KCl) oral o IV	Nunca administrar KCl IV en bolo. Diluir en suero y administrar lentamente para evitar arritmias letales.
Hiperkalemia	Gluconato de calcio, insulina con dextrosa, diuréticos de asa [furosemida], resinas de intercambio (poliestireno sulfonato)	El gluconato de calcio estabiliza el miocardio, la insulina con dextrosa reduce K <sup>+</sup> sérico, y las resinas eliminan potasio por el intestino. Monitoreo cardíaco continuo.
Hipocalcemia	Gluconato de calcio IV o Carbonato de calcio oral	Administrar lentamente en infusión para evitar arritmias. En hipocalcemia crónica, combinar con vitamina D.
Hipercalcemia	Solución salina IV, bifosforatos (pamidronato, zoledronato), calcitonina	La hidratación promueve la excreción renal de calcio. Los bifosforatos inhiben la resorción ósea. Monitoreo de la función renal.
Hipomagnesemia	Sulfato de magnesio IV o Magnesio oral	Administración lenta para evitar hipotensión y depresión respiratoria. Vigilancia de reflejos tendinosos.
Hipermagnesemia	Gluconato de calcio IV y diuréticos	El gluconato de calcio contrarresta la toxicidad neuromuscular. Puede requerirse diálisis en casos graves.

Tabla No. 2. Agentes moduladores para el manejo de desequilibrios electrolíticos

El equipo de enfermería debe monitorear con frecuencia los niveles de electrolitos antes y después de la terapia para asegurar que se mantengan estables. Es crucial aplicar estos fármacos o agentes moduladores con cuidado, diluyéndolos adecuadamente y regulando la velocidad de administración para reducir riesgos. Asimismo, se debe observar cualquier cambio en la función neuromuscular, cardíaca o del sistema nervioso. También es esencial informar al paciente sobre posibles señales de alerta y proporcionarle pautas nutricionales apropiadas. Dado que estos medicamentos son de uso común en hospitales, su correcta gestión es clave para evitar complicaciones.

### Rol del personal de enfermería

El personal de enfermería desempeña un papel clave en la identificación y manejo de los desequilibrios hidroelectrolíticos. La evaluación constante de signos y síntomas, como alteraciones en la conciencia, debilidad muscular o cambios en la frecuencia cardíaca, permite detectar problemas antes de que se conviertan en una emergencia.

La administración segura de soluciones intravenosas y suplementos electrolíticos es una de las responsabilidades más importantes en la atención hospitalaria. Se requiere un monitoreo riguroso para evitar correcciones demasiado rápidas, que podrían derivar en complicaciones graves como edema cerebral en la corrección de la hiponatremia o parálisis flácida en el tratamiento de la hiperkalemia.

Además, la educación del paciente juega un papel fundamental en la prevención de recaídas. Enseñar sobre el adecuado consumo de agua y electrolitos, el reconocimiento temprano de síntomas de desequilibrio y la adherencia a tratamientos médicos es clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas como insuficiencia renal o insuficiencia cardíaca.

## III. CONCLUSIÓN

El equilibrio hidroelectrolítico es un pilar fundamental en la homeostasis del organismo y su alteración puede tener repercusiones críticas en la salud del paciente. Comprender los fundamentos bioquímicos, el papel de los electrolitos y la importancia de su regulación permite al personal de enfermería tomar decisiones informadas y brindar un cuidado más efectivo. La observación clínica, el monitoreo constante y la educación del paciente son herramientas esenciales para prevenir y tratar estos desequilibrios, asegurando una atención integral y de calidad.

## REFERENCIAS

- [1] Alcázar, R. (2008). Alteraciones electrolíticas y del equilibrio ácido-base en la enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología, Supl. 3, 87-93 <https://revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699508032246>
- [2] Bender, D. A., Botham, K. M., Kennelly, P. J., Rodwell, V. W., & Weil, P. A. (2016). Harper. Bioquímica Ilustrada. McGraw Hill
- [3] Boron, W. F., & Boulpaep, E. L. (2022). Manual de Fisiología Médica. Elsevier.
- [4] Devlin, T. M. (2006). Bioquímica: Libro de Texto con Aplicaciones Clínicas. Reverté.
- [5] Lewis, J. (2023) Introducción a los electrolitos. MANUAL MSD, Versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/equilibrio-electrol%C3%ADtico/introducci%C3%B3n-a-los-electr%C3%B3litos>
- [6] MedlinePlus en español. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) (2024). Equilibrio hidroelectrolítico. <https://medlineplus.gov/spanish/fluidandelectrolytebalance.html>
- [7] Molina, R. & Martín, A. (2025) Tema 3. Equilibrio Hidroeléctrico. SALUSPLAY. <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-medico-quirurgicos/tema-3-equilibrio-hidroelectrico>
- [8] Patton, K. T. & Thibodeau, G. A. (2021). Estructura y Función del cuerpo humano. Elsevier.



# “Primeros auxilios: conocimiento y habilidades que marcan la diferencia en la enfermería”.

Magister. Marcos Antonio Marquín G.  
Homenaje a Regulo Marquín Q.E.P.D

**Resumen---** En 1862, apareció en Ginebra un texto corto, destinada sólo para algunos amigos oligarcas; un pequeño libro, que narraba los recuerdos de una batalla cuyas secuelas de sangre y desamparo dieron a Dunant la necesidad de redactar sus recuerdos de lo vivido en una cruel guerra, lo que este hombre había intentado hacer, para apoyar a esas personas necesitadas y víctimas de una guerra,” Recuerdo de Solferino”, Dando a los inicios de lo que hoy conocemos como la organización humanitaria más grande en el mundo, la Cruz Roja, y con esto los principios de los primeros auxilios. La voluntad caritativa y artículos jurídicos que se entablaron como instrumentos y guías del que hacer como ciudadano, han logrado verdaderos prodigios en conflictos cada vez más en escala; las guerras, las emergencias, las enfermedades repentinas, no se libran sólo contra los enemigos y desconocidos, sino también contra el espíritu de la caridad y contra el derecho de los seres humanos, a una atención rápida y oportuna. Como consecuencia del esfuerzo y valentía a menudo se ha atribuido poderes casi sobrenaturales a los profesionales de la salud, de resolver diferentes tipos de emergencias médicas.

La enfermería desde su inicio se centró en la experiencia de la guerra de Crimea de Florence Nightingale, principios científicos que establecieron estándares para el cuidado del paciente, el desarrollo de una práctica que ha sido esencial en el cuidado de la salud a lo largo de la existencia de la humanidad. Desde sus orígenes en la antigüedad hasta la actualidad, la enfermería ha experimentado una evolución significativa, marcada por el compromiso y la dedicación de aquellos que han ejercido esta noble profesión.

Las instituciones de educación superior, como la de ciencia de la salud dedicada a proporcionar conocimiento, guías y formar líderes sanitarios, proporcionan situaciones cotidianas que se presentan en las instalaciones hospitalarias y fuera de estas.

Considerada una profesión que genera estrés de índole física, social, cultural y personal, asociados a la responsabilidad que conlleva ser enfermera (o).

El ambiente tiende a convertirse en un espacio cotidiano en el que el dolor y el sufrimiento son familiarmente presentes, esta situación a menudo puede resultar poco efectiva para la atención de las crisis emocionales en nosotros los profesionales.

Según Carrillo, Díez y Remor (2003), dichas implicaciones son múltiples y afectan al paciente a la persona en distintos aspectos de su vida.

Palabras clave: vida, alivio, dolor, emociones, Emergencias, Oportunidades, enfermedades, auxilio, Solferino Enfermería.

**Abstract---** In 1862, a short text appeared in Geneva, intended only for a few oligarch friends; a small book, which narrated the memories of a battle whose aftermath of blood and helplessness gave Dunant the need to write his memories of what he lived in a cruel war, what this man had tried to do, to support those people in need and victims of a war, "Memory of Solferino", giving the beginning of what we know today

as the largest humanitarian organization in the world, the Red Cross, and with this the principle of first aid.

The charitable will and legal articles that were established as instruments and guides of what to do as a citizen, have achieved true prodigies in conflicts that are increasingly large; Wars, emergencies, sudden illnesses, are not only waged against enemies and strangers, but also against the spirit of charity and against the right of human beings to prompt and timely care. As a result of effort and bravery, almost supernatural powers have often been attributed to health professionals, to solve different types of medical emergencies.

Nursing from its inception focused on Florence Nightingale's experience of the Crimean War, scientific principles that established standards for patient care, the development of a practice that has been essential in health care throughout the existence of humanity. From its origins in ancient times to the present day, nursing has undergone a significant evolution, marked by the commitment and dedication of those who have practiced this noble profession.

Higher education institutions, such as the health science institution dedicated to providing knowledge, guidance, and training health leaders, provide everyday situations that occur in and outside hospital facilities. Considered a profession that generates physical, social, cultural and personal stress, associated with the responsibility that comes with being a nurse.

The environment tends to become an everyday space in which pain and suffering are familiarly present, this situation can often be ineffective for the care of emotional crises in us professionals. According to Carrillo, Díez, and Remor (2003), these implications are multiple and affect the patient and the person in different aspects of their life. Keywords: life, relief, pain, emotions, Emergencias, Opportunities, diseases, help, Solferino Nursing.

*Keywords: life, relief, pain, emotions, Emergencias, Opportunities, illnesses, help, Solferino Nursing.*

## I. INTRODUCCIÓN

Los primeros auxilios son el conjunto de conocimientos y habilidades esenciales que permiten a una persona común y aun profesional de enfermería o de salud brindar atención inmediata y crucial a personas que han sufrido lesiones, enfermedades repentinas o emergencias médicas; cuyo objetivo principal será siempre preservar la vida, prevenir complicaciones y aliviar el sufrimiento hasta que la víctima pueda recibir atención médica óptima en un centro hospitalario.

En Panamá, la Ley del Buen Samaritano, o Ley 57 de 30 de noviembre de 2016, protege legalmente a quienes voluntariamente auxiliaron a otros en emergencias, eximiéndose de responsabilidad administrativa, civil y penal por los daños que puedan ocurrir.

El simple hecho de encontrarnos una emergencia extrahospitalaria, genera un considerable nivel de angustia y tensión, dado que se trata de un territorio desconocido, para muchos de nosotros.

El comportamiento emocional de las personas que sufre y/o familiares puede provocar reacciones tanto mentales como físicas, como la ira, la soledad, la tristeza y la angustia.

Una enfermera debe saber primeros auxilios por una variedad de razones fundamentales que impactan directamente en la calidad de la atención al paciente y la seguridad en diversas situaciones.

Las enfermeras a menudo son los primeros profesionales de la salud en presenciar o llegar a una emergencia, ya sea en un entorno clínico (hospital, clínica, consultorio), en la comunidad (accidentes, eventos públicos) o incluso fuera de servicio.

En las emergencias, los primeros minutos son críticos para la supervivencia y la prevención de complicaciones graves.

La disciplina de enfermería y los primeros auxilios están intrínsecamente ligadas y se complementan de manera fundamental. Si bien los primeros auxilios son un conjunto de conocimientos y habilidades básicas que pueden ser aplicados por cualquier persona, su comprensión y aplicación por parte de los profesionales de enfermería adquieren una dimensión aún mayor y más profunda, según legislaciones estatales.

*El conocimiento sólido de primeros auxilios permite a la enfermera intervenir de inmediato antes de que llegue ayuda especializada, por que la enfermera posee desde su formación una serie de criterios como lo es:*

- El conocimiento en primeros auxilios le permite estabilizar al paciente, mantener sus funciones vitales (vía aérea, respiración, circulación) y prevenir el deterioro hasta que pueda recibir atención médica avanzada.
- Actuar como un puente vital entre el momento de la lesión o la aparición súbita de una enfermedad y la llegada de un médico o el traslado a un centro hospitalario.
- La capacidad de realizar una evaluación inicial rápida y efectiva, identificando signos y síntomas que sugieren una condición grave que requiere atención urgente y priorizar las necesidades del paciente y enfocar sus esfuerzos en las intervenciones más críticas.
- La enfermera da la confianza y la competencia necesarias para actuar con calma y eficacia en situaciones de alta presión, generando confianza tanto en los pacientes como en otros profesionales de la salud.
- Las enfermeras pueden utilizar sus conocimientos de primeros auxilios para educar a los pacientes y sus familias sobre cómo prevenir accidentes y qué hacer en caso de emergencia.
- Pueden participar en programas de prevención y promoción de la salud, enseñando técnicas básicas de primeros auxilios a la comunidad.
- Como profesionales de la salud, las enfermeras tienen un deber ético y profesional de brindar atención a quienes lo necesiten, incluso en situaciones de emergencia fuera de su ámbito laboral habitual.
- Las habilidades de primeros auxilios son aplicables en una amplia gama de entornos, desde hospitales, clínicas, escuelas, lugares de trabajo y comunidad en general.
- En situaciones con recursos limitados, el conocimiento de primeros auxilios permite a la enfermera utilizar los recursos disponibles de manera efectiva para brindar la mejor atención posible.

### III. CONCLUSIÓN

En resumen, el conocimiento de primeros auxilios es una habilidad fundamental y esencial para cualquier enfermera. Conocimiento de procedimientos básicos como es el RCP (reanimación cardiopulmonar), control de hemorragias, manejo de obstrucción de la vía aérea, inmovilización de fracturas, tratamiento de quemaduras, reconocimiento de signos de shock, etc.

Así como la protección personal para evitar la transmisión de enfermedades. La capacidad de actuar con serenidad y eficiencia bajo presión, sus valores éticos y morales; el saber tomar una decisión con la rapidez, destreza ejecutando las técnicas de primeros auxilios salvan vida intra y extra hospitalaria.

La disciplina de enfermería y los primeros auxilios son dos caras de la misma moneda cuando se trata de brindar atención oportuna y eficaz a personas que sufren una emergencia o tienen una necesidad. Los primeros auxilios son una herramienta fundamental en el arsenal de habilidades de una enfermera, que se ve potenciada por su conocimiento profundo de la fisiología, la patología y la práctica clínica. La capacidad de una enfermera para aplicar los principios de los primeros auxilios con comprensión y competencia marca una diferencia significativa en el pronóstico y el bienestar de los pacientes en situaciones críticas.

La integración de los primeros auxilios en la práctica de enfermería, fortalece su rol como profesional de la salud esencial en la protección y el cuidado de la vida.

El conocimiento del enfermero permite tomar decisiones clínicas más informadas sobre las intervenciones de primeros auxilios, adaptándolas a las necesidades específicas del paciente y a su historial médico (si se conoce).

En algunos contextos y bajo protocolos establecidos, las enfermeras pueden administrar ciertos tratamientos básicos de primeros auxilios que van más allá de las acciones iniciales (ej. administración de oxígeno, vendajes más complejos, inmovilización avanzada).

### REFERENCIAS

- [1]. Alton L. Thygerson, Steven M. Thygerson, 2017, Primeros Auxilios, RCP y DAE estándar, séptima edición, editorial Jones Y Bartlett Learning, EEUU.
- [2]. Guía de Primeros Auxilios de SAMUR - Protección Civil de [https://www.google.com/?gws\\_rd=ssl#q=guiadepimerosauxilios](https://www.google.com/?gws_rd=ssl#q=guiadepimerosauxilios)
- [3]. MOYA MIR, Manuel S. Guía Rápida de Actuación en Urgencias. 3era. Edición. Editorial Médica Panamericana, 2011.
- [4]. SAN JAIME, Agustín. Actuaciones básicas en primeros auxilios, Editorias Tebar, 2009.
- [5]. GÓMEZ ENCINAS, José Luis; GUTIÉRREZ LÓPEZ, Enrique. Primeros Auxilios, Editex, 2009.
- [6]. Guía Práctica De Primeros Auxilios: Protocolos de Actuación. BuenasTareas.com. Recuperado 11, 2011, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Guía-Práctica-De-Primeros-Auxilios-Protocolos/3169237.html>



# Impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el desempeño escolar.

Grupo de Licenciatura en Enfermería curso Métodos de educación en enfermería – 3er cuatrimestre, 2025.

**Resumen**— El presente artículo explora el impacto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el ámbito educativo. Se ha observado una falta de conocimiento sobre este trastorno entre estudiantes de enfermería, lo que conlleva a la desatención de conductas relevantes y repercute negativamente en el nivel educativo de niños y adolescentes.

Se ha comprobado que, debido a su repercusión tanto en niños como en adultos, en la actualidad resulta un tema de gran interés sobre el cual se efectúan muchos estudios a nivel mundial. En este artículo se muestran las morbilidades asociadas junto con un análisis de resultado acerca del conocimiento de este trastorno en la población dando como herramientas una forma para mitigar y mejorar el rendimiento escolar.

**Palabras Claves:** Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, morbilidades, nivel educativo, rendimiento escolar.

**Abstract**— This article explores the impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) within the educational environment. A lack of understanding of this disorder among nursing students has been observed, leading to the neglect of important behavioral indicators and negatively affecting the educational outcomes of children and adolescents.

Given its impact on both children and adults, ADHD has become a topic of significant global interest and study. This article presents common comorbidities, analyzes public awareness of the disorder, and offers tools to support academic performance improvement.

**Keywords:** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Comorbidities, Lack of knowledge, educational level, educational impact.

## I. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una afección neurológica común en la infancia. En el ámbito profesional, genera numerosas consultas médicas y, a menudo, los especialistas carecen de suficiente orientación sobre su manejo. A nivel familiar y escolar, este trastorno provoca altos niveles de ansiedad y preocupación.

Desde el punto de vista científico y social, el TDAH es relevante debido a su alta frecuencia, sus efectos a largo plazo y su naturaleza crónica. Es una de las principales razones por las que los niños son derivados a médicos de familia, pediatras, neurólogos, psicólogos y psiquiatras infantiles. Entre sus consecuencias más preocupantes se encuentran el bajo rendimiento académico, el abandono escolar, el desarrollo de conductas adictivas y problemas legales. Dado que es un trastorno crónico, sus efectos pueden persistir durante la adolescencia y la adultez. Aunque algunos síntomas de la hiperactividad tienden a disminuir con el tiempo, las dificultades en la adaptación social y personal pueden continuar, especialmente si no se recibe tratamiento adecuado.

El TDAH, al estar relacionado con el sistema neurológico, se manifiesta de manera evidente en el entorno escolar. Sin embargo, muchas veces los padres no pueden explicarles a los maestros la situación de sus hijos, ya que suelen carecer de información precisa sobre el trastorno, lo que dificulta su manejo en el aula.

## Objetivo

- Determinar el nivel de conocimiento sobre el TDAH que poseen los docentes de una escuela primaria pública en Toluca, utilizando la metodología de redes semánticas.

## Objetivos específicos:

- Identificar y explicar las diferentes formas de TDAH y sus síntomas.
- Implementar un instrumento de evaluación basado en redes semánticas en la muestra seleccionada.
- Medir el grado de conocimiento sobre el TDAH a través de encuestas realizadas a la población.

## II. MARCO TEÓRICO

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición neurológica que ha sido cada vez más diagnosticada en la infancia en los últimos años. Su prevalencia puede alcanzar hasta un 7% de la población infantil (Mena, 2006). Aunque sus síntomas fueron descritos por primera vez en 1902, desde entonces se han realizado múltiples estudios para comprender su naturaleza, su conceptualización y las formas en que puede evaluarse y tratarse. Actualmente, se sabe que el TDAH es un trastorno grave que afecta la capacidad de autorregulación del comportamiento, interfiriendo con funciones ejecutivas esenciales para el aprendizaje y la adaptación en los ámbitos escolar, social y familiar. Entre sus principales características se encuentran la dificultad para controlar impulsos, reflexionar antes de actuar, aprender de experiencias previas, regular la actividad motora según la demanda de la situación, mantener la atención, seguir instrucciones, planificar actividades y organizarse.

Estas dificultades impactan significativamente la vida cotidiana de quienes padecen el trastorno, así como la de su entorno cercano, incluyendo padres, docentes y compañeros.

## III. LAS CONSECUENCIAS DEL TDAH EN LA ADULTEZ

Estas pueden manifestarse en diversos ámbitos, y su gravedad suele estar relacionada con la aparición de conductas problemáticas e incluso con la inclinación hacia actividades delictivas en algunos casos.

Antes de analizar el trastorno desde la perspectiva de cada grupo sintomático, es importante destacar ciertos aspectos relevantes en su evolución en la adultez. Según diversos autores, se deben considerar las siguientes características:

A. Desempeño académico: Las personas con TDAH suelen alcanzar niveles de educación más bajos en comparación con otros, a pesar de tener niveles de inteligencia similares. Además, presentan dificultades en la disciplina y adaptación a las normas.

B. Adaptación al trabajo y conducción de vehículos: En el ámbito laboral, el TDAH puede generar problemas de adaptación debido a la falta de control de impulsos y dificultades en la ejecución de tareas. Asimismo, se ha identificado una posible relación entre este trastorno y la conducción, lo que podría afectar las habilidades necesarias para manejar un vehículo de manera segura. Esto se traduce en una mayor cantidad y gravedad de accidentes de tráfico.

C. Relaciones interpersonales y de pareja: Las personas con TDAH suelen experimentar dificultades en su ajuste social, lo que afecta tanto sus relaciones con amigos como, de manera más pronunciada, sus relaciones de pareja.

D. Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias: En la adultez, el TDAH suele estar acompañado de otros trastornos psiquiátricos, con tasas de morbilidad que oscilan entre el 60 % y el 70 %. Entre las afecciones más frecuentes se encuentran los trastornos relacionados con sustancias (TRS) y los trastornos de la personalidad (TP).

En términos generales, los factores que determinan el impacto del TDAH afectan distintas áreas de la vida de una persona, aunque no todos siguen el mismo desarrollo. La coexistencia con otros trastornos psiquiátricos suele anticipar consecuencias más graves, especialmente aquellas vinculadas a comportamientos disruptivos o problemáticos. Los trastornos específicos según el DSM - 5 (Libro de Asociación Estadounidense de Psiquiatría) que influyen en el rendimiento escolar de los afectados por TDAH son los siguientes:

- Dificultad en la lectura: afecta a la corrección de la lectura, su fluidez, velocidad y/o comprensión.
- Dificultad en la expresión escrita: afecta a la corrección ortográfica, gramatical y de puntuación, así como a la claridad y organización de la expresión escrita.
- Dificultad matemática: afecta al sentido de los números, operaciones aritméticas, cálculo correcto y fluido o razonamiento matemático concreto.

## VI. ¿CÓMO SE PUEDE MEJORAR EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE LOS ALUMNOS CON TDAH?

La solución al bajo rendimiento escolar que presentan los alumnos con TDAH o TDA pasa, siempre que sea posible, por su detección inicial en el ámbito familiar y en las guarderías, por un diagnóstico correcto cuando el alumno inicia la educación primaria y por la instauración de un tratamiento cognitivo-conductual o, si es necesario, medicamentoso, que siga las pautas e indicaciones que marcan las guías científicas, nacionales e internacionales, que se ocupan de este problema. El objetivo final es permitir al alumno una capacidad de atención, concentración y abstracción adecuadas, necesarias para un correcto aprovechamiento escolar y, en el caso del TDAH, conseguir simultáneamente la contención de la actividad motora no finalista y el control de la impulsividad patológica.

## V. COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN NIÑOS CON TDAH

La coexistencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con trastornos depresivos y de ansiedad en la población infantil es un fenómeno clínico significativo que demanda una atención exhaustiva. La comorbilidad entre estas condiciones no solo complica el diagnóstico y el tratamiento, sino que también impacta negativamente en el funcionamiento psicosocial del niño.

*El TDAH rara vez se presenta de manera aislada. Se estima que entre el 60% y el 80% de los niños con este trastorno tienen al menos una condición comórbida, lo que puede agravar los síntomas y dificultar el diagnóstico y tratamiento. A continuación, se detallan algunas de las comorbilidades más comunes:*

Comorbilidades en Niños con TDAH		
Categoría	Trastorno	Descripción
Trastornos del aprendizaje	Dislexia	Dificultad en la lectura y comprensión de textos. Confusión de letras, omisión de palabras.
	Discalculia	Problemas con matemáticas, cálculo y resolución de problemas numéricos.
	Disgrafía	Dificultades para escribir de manera organizada, legible y con reglas gramaticales.
Trastornos emocionales	Ansiedad generalizada	Preocupación excesiva, miedo al fracaso, dificultad para manejar la incertidumbre.
	Trastorno de pánico	Miedo intenso con síntomas físicos (taquicardia, dificultad para respirar).
	Depresión	Tristeza persistente, baja autoestima, pérdida de interés.
Trastornos de conducta	Trastorno negativista desafiante (TND)	Desobediencia constante, irritabilidad, actitudes desafiantes hacia figuras de autoridad.
	Trastorno de conducta (TC)	Conductas antisociales, agresión, violación de normas, falta de empatía.
Trastornos del sueño	Dificultades para dormir	Problemas para conciliar el sueño debido a hiperactividad.
	Sueño fragmentado	Despertares frecuentes que afectan el descanso.
	Somnolencia diurna	Cansancio durante el día, afecta concentración y comportamiento.
Trastornos del espectro autista (TEA)	Superposición con TDAH	Dificultades en interacción social, hipersensibilidad sensorial, comunicación. En TEA destacan intereses restringidos y conductas repetitivas; en TDAH, impulsividad e inatención.

Tabla 1. Cuadro de las principales comorbilidades detectadas en niños con TDAH.

## IV. METODOLOGÍA DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

**Enfoque mixto:** Nos permitirá conocer cómo la población visualiza al Trastorno de Déficit de atención e hiperactividad, utilizando como estrategias encuestas personalizadas abarcando temas de conocimientos acerca del TDAH.

**Estudios Cualitativos:** Se mostrará la comprensión de la población del trastorno en base a encuestas personalizadas.

**Estudios Cuantitativos:** Se basan en medir el nivel de conocimiento y percepción sobre el TDAH de manera objetiva.

### Participantes

- Población:** Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la universidad Interamericana de Panamá
- Muestra:** Se seleccionará una muestra por conveniencia, considerando estudiantes del tercer cuatrimestre del año 2025.
- Tamaño de muestra:** Se espera encuestar un total de 30 estudiantes.

### Instrumentos

- Encuestas en línea:** Se utilizará una encuesta autoadministrada a través de una plataforma en línea. Este instrumento incluirá preguntas cerradas para recolectar datos tanto cuantitativos como cualitativos.

## VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS.

Para evaluar el impacto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el desempeño escolar, se llevó a cabo una encuesta centrada en el conocimiento, los desafíos y los recursos disponibles para estudiantes con esta condición.

Conoces qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)  
39 respuestas

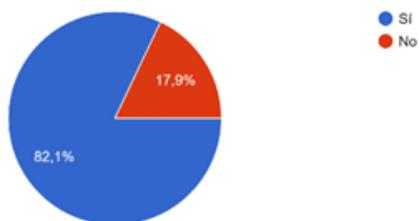


Gráfico 1. Muestra los resultados sobre el conocimiento que tiene la población acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se observa que un 82.1% respondió afirmativamente, lo que indica que el trastorno es mayormente conocido, mientras que un 17.9% manifestó no tener información al respecto. Estos resultados sugieren que, aunque gran parte de la población posee conocimientos básicos sobre el TDAH, aún existen sectores que desconocen esta problemática, la cual va en aumento, especialmente entre los jóvenes. La información fue obtenida a través de una encuesta autoadministrada con preguntas de respuesta Sí/No.

¿Crees que el TDAH puede afectar el rendimiento académico de una persona?  
39 respuestas

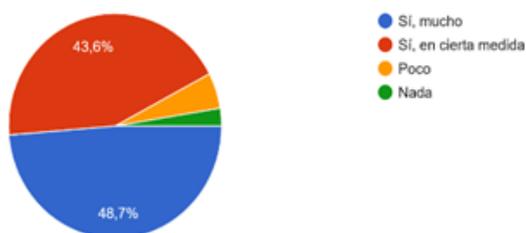
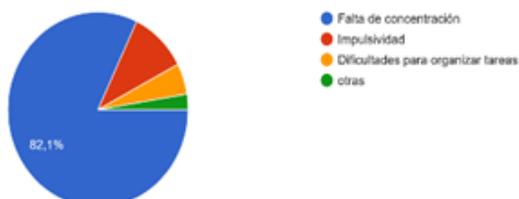


Gráfico 2. Indica que la población (43.6%) considera que el TDAH impacta significativamente el desempeño académico de los estudiantes. Sin embargo, un 48.7% opina que este trastorno no afecta negativamente a adolescentes, niños y adultos jóvenes. Estos datos reflejan que una proporción considerable de personas percibe que el TDAH no interfiere de manera relevante en la vida cotidiana de los jóvenes. La información fue obtenida a través de encuestas con preguntas de respuesta personalizadas.

En tu opinión, ¿cuáles son las principales dificultades académicas que enfrenta una persona con TDAH?  
39 respuestas



Gráfica 4. Los resultados presentados indican que el 82.1% de los encuestados considera que no existe suficiente información ni concienciación sobre el TDAH en el ámbito educativo. Solo el 7.7% respondió afirmativamente, y un 10.3% expresó no estar seguro. Estos resultados evidencian una falta de formación y sensibilización sobre el trastorno dentro de las instituciones educativas, lo que podría contribuir a una respuesta inadecuada hacia las necesidades de los estudiantes que viven con TDAH.

## VIII.CONCLUSIÓN

El estudio realizado demuestra que el TDAH no solo representa un desafío en sí mismo, sino que la mayoría de las personas encuestadas tiene conocimiento sobre este trastorno y reconoce su impacto significativo en el rendimiento académico. La falta de concentración y la impulsividad fueron identificadas como los principales obstáculos. Además, se evidencia que el TDAH suele estar acompañado de comorbilidades que agravan el desarrollo académico, emocional y social de los niños.

La detección temprana de estas comorbilidades es fundamental para ofrecer un tratamiento eficaz y personalizado. Reconocerlas permite ajustar las estrategias terapéuticas, mejorar los pronósticos del niño y prevenir futuras complicaciones. Un enfoque que atienda únicamente los síntomas del TDAH, sin considerar los trastornos asociados, puede resultar ineficaz o incluso perjudicial.

En este contexto, es esencial brindar un apoyo adecuado a los estudiantes con TDAH. Entre las estrategias más efectivas se encuentran el acompañamiento psicológico y las tutorías personalizadas, que contribuyen a mejorar su rendimiento académico y bienestar general.

## REFERENCIA

- [1]. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. (s.f.). El TDAH y su comorbilidad. Adolescenciasema.org. Retrieved from <https://adolescenciasema.org/ficheros/CURSOS%202019/D OCUMENTACION%20CURSO/9%20%2054-64- E1%20TDAH%20y%20su%20comorbilidad.pdf>
- [2]. Mayo Clinic. (s.f.). El TDAH en niños - Síntomas y causas. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/adhd/symptoms-causes/syc-20350889>
- [3]. MedlinePlus. (s.f.). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/attentiondeficithyperactivit ydisorder.html>
- [4]. Fundación CADAH. (n.d.). Bajo rendimiento escolar y TDAH. Fundación CADAH. <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/bajo- rendimiento-escolar-y-tdah.html>
- [5]. SOM Salud Mental 360. (n.d.). ¿Cómo se puede mejorar el rendimiento escolar de los alumnos con TDAH? SOM Salud Mental 360.

# Úlceras por presión: Más allá de los desafíos Explorando nuevas oportunidades

**Autores: Becker Arnold, Castañeda Alba, González Maydelline, Soto Juan y Traviezo Alexa**

**RESUMEN**— Las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema de salud pública a nivel mundial, afectando principalmente a personas en situación de inmovilidad o con enfermedades crónicas. Su prevención y manejo requieren de un abordaje temprano, integral y coordinado por parte del equipo de salud, destacando el papel esencial de la enfermería. En los últimos años, se han incorporado innovaciones como apósitos avanzados, tecnologías para el alivio de presión y sistemas de monitoreo inteligente. Diversos países han implementado estrategias nacionales exitosas, sin embargo, persisten desafíos vinculados a limitaciones de recursos y brechas en la formación del personal y los cuidadores. Este artículo describe la situación actual, las estrategias internacionales, las novedades en el manejo y la importancia de la educación para pacientes, familiares y profesionales, buscando fortalecer la prevención y mejorar la calidad de vida de las personas en riesgo.

**Palabras Claves:** Úlceras por presión (UPP), Inmovilidad, Enfermedades crónicas, Equipo de salud, Sistemas de monitoreo inteligente, calidad de vida.

**ABSTRAC**— Pressure ulcers (PUs) represent a major global public health problem, primarily affecting people who are immobile or have chronic illnesses. Their prevention and management require an early, comprehensive, and coordinated approach by the healthcare team, highlighting the essential role of nursing. In recent years, innovations such as advanced dressings, pressure relief technologies, and intelligent monitoring systems have been incorporated. Several countries have implemented successful national strategies; however, challenges related to resource limitations and gaps in staff and caregiver training persist. This article describes the current situation, international strategies, new developments in management, and the importance of education for patients, families, and professionals, seeking to strengthen prevention and improve the quality of life of people at risk.

**Keywords:** Pressure ulcers (PU), Immobility, Chronic diseases, Health equipment, Intelligent monitoring systems, Quality of life.

## I. INTRODUCCIÓN

Podemos mencionar conceptos como causa, prevención y tratamiento como características el cual deseamos llevar en expansión. Estos mismos conceptos serán tocados por clasificación y cuidados, éstos últimos meramente llevados por profesionales de la salud.

Estas llamadas úlceras por presión (upp) son lesiones cutáneas que aparecen por la compresión del tejido a tal grado que impide la vasodilatación normal de los capilares, reduciendo la circulación sanguínea con porcentaje bajo de O<sub>2</sub> dañando así el tejido ya que se da una reducción entre la prominencia ósea y la piel. Entonces es la presión sobre el tejido dañina en gran manera, lo que nos lleva a tratar de hallar la causa, la cura.

Es la seguridad del paciente variante en sus áreas de aplicación tales como mantener el seguro en la administración de cada cuidado e intervención de enfermería no solo en su aplicación sino

optimizarlo como ha sido objetivo de cada precursora o teórica de enfermería como esencia que obedece a restablecer, conservar y auto cuidar que es lo nuestro.

Así como también lo es trabajar colaborativamente con otras disciplinas considerando el entorno familiar, socio económico y racional propio para respetar la autonomía del mismo.

## II. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

### A. Descripción general de las úlceras por presión:

Es una lesión localizada en la piel y/o en los tejidos subyacentes, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión prolongada o la presión combinada con fricción o cizallamiento. Estas lesiones pueden afectar desde la piel superficial hasta estructuras más profundas como músculos o huesos, y suelen estar asociadas a una movilidad reducida.

### B. Fisiopatología:

Las úlceras por presión se producen cuando una zona del cuerpo está expuesta a una presión constante y prolongada, especialmente sobre prominencias óseas. Esta presión reduce el flujo sanguíneo en la zona, lo que impide que el oxígeno y los nutrientes lleguen adecuadamente a los tejidos. Con el tiempo, esta falta de riego causa daño celular, inflamación y, si no se alivia, muerte del tejido (necrosis). Además, factores como la fricción (rozamiento) y el cizallamiento (deslizamiento de capas de la piel) aumentan el riesgo de que aparezcan estas lesiones

### C. Factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión:

- Movilidad reducida: Personas que pasan mucho tiempo en cama o en silla de ruedas.
- Incontinencia: La humedad por orina o heces puede dañar la piel.
- Desnutrición o deshidratación: La falta de nutrientes debilita la piel y retrasa su curación.
- Edad avanzada: La piel se vuelve más frágil con los años.
- Disminución de la sensibilidad: Enfermedades como la diabetes pueden hacer que la persona no sienta dolor o molestias.
- Enfermedades crónicas: Como insuficiencia cardíaca, EPOC o problemas neurológicos.
- Fricción y cizallamiento: Al arrastrar a una persona por la cama o sentarla de forma incorrecta.

D. Clasificación por estadios (I a IV) según profundidad y características de la lesión.

Estadio	Característica principales
Estadio I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piel intacta.</li> <li>- Enrojecimiento que no desaparece al presionar.</li> <li>- Puede haber calor, dolor, cambio de color o textura.</li> </ul>
Estadio II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida parcial del grosor de la piel (epidermis y parte de la dermis).</li> <li>- Lesión superficial, puede parecer una ampolla o una úlcera poco profunda.</li> </ul>
Estadio III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida total del grosor de la piel.</li> <li>- Afecta tejido subcutáneo, sin exponer músculo ni hueso.</li> <li>- Puede haber cavidades o tejido necrótico (esfacelos).</li> </ul>
Estadio IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida total del grosor del tejido.</li> <li>- Exposición de músculo, hueso, tendones o articulaciones.</li> <li>- Presencia de tejido muerto (escara) y alto riesgo de infección.</li> </ul>

TABLA 1. Clasificación por estadios.

#### A. Rol clave de la enfermería en la detección y prevención

Dentro de este enfoque, el rol de la enfermería resulta esencial. El personal de enfermería, por su cercanía y contacto continuo con los pacientes, se encuentra en una posición privilegiada para detectar signos tempranos de deterioro, cambios en el estado funcional, alteraciones emocionales o factores de riesgo psicosocial. Además, participa activamente en la educación sanitaria, la promoción de estilos de vida saludables y el seguimiento de las intervenciones terapéuticas.

#### B. Participación del equipo interdisciplinario

- **Enfermería:** Juega un rol clave en la prevención, detección temprana y tratamiento de las úlceras por presión. Sus funciones incluyen la evaluación del riesgo (usando escalas como Braden), la inspección regular de la piel, la aplicación de cuidados preventivos (como cambios posturales y manejo de la humedad), y la educación al paciente y su familia. Además, las enfermeras implementan planes de cuidado personalizados, realizan curaciones basadas en el tipo y estadio de la lesión, y coordinan con otros profesionales para asegurar una atención integral. Su intervención oportuna no solo mejora los resultados clínicos, sino que también reduce complicaciones, estancias hospitalarias y costos para el sistema de salud.
- **Médicos:** Son responsables del diagnóstico clínico, la indicación del tratamiento farmacológico y el seguimiento de la evolución general del paciente. También coordinan la atención con otros especialistas cuando es necesario.
- **Nutricionistas:** Evalúan el estado nutricional del paciente y diseñan planes de alimentación individualizados que favorecen la recuperación, previenen deficiencias y mejoran el estado general de salud.

- **Fisioterapeutas:** Trabajan en la prevención y rehabilitación del deterioro físico y funcional. A través de ejercicios terapéuticos y técnicas especializadas, ayudan a mantener o recuperar la movilidad, reducir el dolor y mejorar la autonomía.
- **Cuidadores:** Tanto los formales (profesionales del cuidado) como los informales (familiares), cumplen un rol esencial en el acompañamiento diario. Brindan apoyo emocional, ayudan en las actividades básicas de la vida diaria y son un nexo clave entre el paciente y el equipo de salud del paciente.

#### C. Beneficios de la educación a familiares y pacientes

La educación en salud dirigida a pacientes y sus familiares es un pilar fundamental en la atención integral. Aporta conocimientos, habilidades y confianza para afrontar la enfermedad, mejorar la calidad de vida y fomentar la autonomía en el autocuidado.

Principales beneficios:

- **Mejora en la adherencia al tratamiento:** Cuando los pacientes y sus familias comprenden el diagnóstico, el propósito de los medicamentos y las recomendaciones médicas, es más probable que sigan correctamente las indicaciones.
- **Prevención de complicaciones:** La educación permite identificar signos de alarma de manera temprana y actuar a tiempo, reduciendo ingresos hospitalarios y eventos adversos.
- **Mayor autonomía y empoderamiento:** Enseñar sobre el manejo de la enfermedad crónica o los cuidados básicos fortalece la capacidad del paciente y su entorno para tomar decisiones informadas.
- **Reducción del estrés y la ansiedad:** Comprender el proceso de salud-enfermedad brinda seguridad emocional, disminuye la incertidumbre y mejora la relación con el equipo de salud.
- **Fortalecimiento del rol del cuidador:** Los familiares capacitados se sienten más preparados y seguros para brindar apoyo, lo que repercute positivamente en la atención y en su propio bienestar.

Ítems Evaluado	Descripción	Puntaje 1-4
percepción Sensorial	Capacidad para responder al malestar relacionado con la presión.	1 = Muy limitada 4 = Sin limitaciones
Humedad	Grado de humedad al que está expuesta la piel.	1 = Constantemente húmeda 4 = Raramente húmeda
Actividad	Nivel de actividad física del paciente.	1 = Postrado en cama 4 = Camina frecuentemente
Movilidad	Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	1 = Completamente inmóvil 4 = Sin limitaciones
Nutrición	Patrón de ingesta alimentaria (nutrición e hidratación).	1 = Muy deficiente 4 = Excelente
Fricción y Cizallamiento	Riesgo de daño por roce o deslizamiento	1 = Problema significativo 3 = Sin aparente problema

#### D. Valoración integral y continua del riesgo (uso de escalas como Braden o Norton)

- **Escala de Braden:** Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión considerando factores como la percepción sensorial, la humedad, la actividad, la movilidad, la nutrición y la fricción/ceillamiento. Es útil para anticipar riesgos y orientar medidas preventivas saludables y el seguimiento de las intervenciones terapéuticas.
- **Escala de Norton:** También utilizada para estimar el riesgo de úlceras por presión, analiza el estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia. Es sencilla y práctica para entornos clínicos.

Ítems Evaluado	Puntaje (1-4)
Estado físico general	1 = Muy malo 2 = Malo 3 = Regular 4 = Bueno
Estado mental	1 = Estuporoso 2 = Apático 3 = Consciente y desorientado 4 = Alerta
Actividad	1 = En cama 2 = En silla 3 = Camina con ayuda 4 = Camina normalmente
Movilidad	1 = Inmóvil 2 = Muy limitada 3 = Limitada 4 = Sin limitaciones
Incontinencia	1 = Incontinencia urinaria y fecal 2 = Incontinencia ocasional 3 = Urinaria 4 = Continente

TABLA 3. Escala de Norton.

#### E. Planes de cuidado personalizados

Permiten adaptar las intervenciones de salud a las necesidades específicas de cada paciente, teniendo en cuenta no solo su condición clínica, sino también su contexto familiar, social, emocional y cultural.

##### Características de un plan de cuidado personalizado:

- **Individualización:** Cada paciente es único. El plan se diseña según su diagnóstico, grado de dependencia, factores de riesgo, preferencias y objetivos personales.
- **Interdisciplinaria:** Involucra la participación de todo el equipo de salud (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, etc.), asegurando un enfoque integral y coordinado.
- **Evaluación continua:** Se realiza una valoración inicial completa y se actualiza periódicamente según la evolución del paciente.
- **Participación activa:** El paciente y su familia forman parte del proceso, aportando información relevante y colaborando en la toma de decisiones.
- **Orientación a resultados:** Se definen objetivos concretos y medibles (a corto, mediano y largo plazo), que guían las acciones del equipo de salud.

#### Beneficios:

- Mejora la calidad y seguridad de la atención.
- Aumenta la adherencia al tratamiento.
- Favorece la prevención de complicaciones.
- Potencia la autonomía del paciente.
- Optimiza el uso de recursos sanitarios.

Enfermería desempeña un papel clave en la elaboración, implementación y seguimiento de estos planes, asegurando que se respeten las necesidades, preferencias y valores del paciente a lo largo del proceso de atención.

#### Innovaciones recientes en el manejo de úlceras por presión

- Terapias de presión negativa
- Cámara hiperbárica
- Apósitos bicapa inteligente (absorción en vertical) y tricapa (para absorción de exudado, dan protección y prevención).
- Ropa inteligente
- Sensores portátiles
- Detectan cambios en la presión y alertan al paciente o cuidador

Son útiles para pacientes que tienen dificultades para comunicar sus necesidades

Sensores que miden la presión Son más eficientes y seguros que las superficies de aire alterno estándar permiten conseguir una presión por debajo de los 32 mmHg en todo el cuerpo

Otros tratamientos: independientemente del protocolo de cada entidad de salud son estos procedimientos, limpiar la úlcera con solución salina o agua salada, Extirpar el tejido muerto mediante cirugía, Aplicar antisépticos tópicos

Usar apósitos y terapias especiales para acelerar la cicatrización Proteger la piel periucleral con películas barrera o pasta de óxido de zinc

Para prevenir las úlceras por presión, es importante cuidar la piel suavemente y cambiar de postura con frecuencia.

#### Manejo preventivo de lesiones por presión: últimas tecnologías

- Terapia con Presión Negativa.
- Apps para la Prevención.
- Impresión 3D de Almohadillas Personalizadas.
- Ropa Inteligente y Sensores Portátiles
- Terapia con Oxígeno Hiperbárico.

#### IV. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS A NIVEL INTERNACIONAL

##### A. Reino Unido: Política Alto a la presión

En el Reino Unido, se ha establecido la política nacional "Stop the Pressure" formación obligatoria para el personal de salud, asegurando que todos los profesionales estén equipados con el conocimiento y las habilidades necesarias para prevenir estas lesiones. La política enfatiza la importancia de la evaluación regular del riesgo y la implementación de medidas preventivas adecuadas en pacientes vulnerables.

##### B. Canadá: Guías nacionales integradas en todos los hospitales públicos.

El propósito de esta guía es proporcionar a las enfermeras, a los miembros del equipo interprofesional y a otros colaboradores (es decir, administradores y responsables de la formulación de políticas) recomendaciones basadas en la evidencia para la evaluación de riesgos, la prevención y el tratamiento de las lesiones por presión.

Este BPG proporciona recomendaciones basadas en la evidencia para las enfermeras y el equipo interprofesional, y las personas y sus cuidadores en todos los entornos y sectores de atención. Las recomendaciones abordan la prevención de las lesiones por presión para las personas en riesgo, y la evaluación y el manejo de las personas que viven con lesiones por presión.

**En general, el alcance incluye:**

- todos los dominios de la práctica de enfermería;
- Todos los entornos y sectores de la atención de la salud
- todas las poblaciones a lo largo de la vida (p. ej., pediátricos, adultos y adultos mayores), incluido su cuidador/familia elegida; y todo tipo de lesiones por presión, incluidas las relacionadas con dispositivos médicos.

**C. España: Programas de prevención liderados por enfermería y aplicación de escalas sistemáticas.**

**1. Liderazgo y Programas de Enfermería**

**Rol del Liderazgo Enfermero**

- Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la implementación de programas de prevención, siendo responsables de evaluaciones de riesgo, medidas preventivas y educación del personal.
- El liderazgo enfermero es esencial para coordinar esfuerzos multidisciplinarios, incluyendo departamentos como suministros, limpieza, tecnología de la información y terapia respiratoria

**Responsabilidades Clave**

- Desarrollo y supervisión de programas educativos para mejorar el conocimiento del personal sobre técnicas de prevención.
- Promoción de un cambio cultural hacia la prevención de úlceras por presión como componente esencial de la seguridad del paciente
- Coordinación de iniciativas de mejora de calidad e implementación de prácticas basadas en evidencia

**2. Impacto y Resultados**

**Datos de Mortalidad y Prevalencia**

- Se han registrado 11,238 muertes debido a úlceras por presión en España, lo que demuestra el significativo impacto en la salud pública
- Los programas de prevención multifacéticos han demostrado efectividad en la reducción de la prevalencia de lesiones por presión

**Efectividad de las Intervenciones**

- Los equipos multidisciplinarios liderados por enfermería han mostrado mejoras significativas en los resultados de prevención
- Los programas educativos han tenido un impacto positivo en el conocimiento y las prácticas de enfermería relacionadas con la prevención

**3. Estrategias de Implementación**

**Protocolos y Guías Nacionales**

- España ha desarrollado guías integrales basadas en evidencia que se actualizan regularmente
- Las intervenciones incluyen múltiples componentes:

- Reposicionamiento del paciente
- Uso de superficies de apoyo
- Protocolos de cuidado de la piel
- Soporte nutricional

**4. Tecnología e Innovación**

- Integración de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en el cuidado de la salud
- Implementación de registros electrónicos de salud para mejorar la calidad y eficiencia del cuidado
- Desarrollo de intervenciones digitales para superar barreras en el acceso a la atención médica

**5. Mecanismos de Mejora Continua**

**Sistemas de Retroalimentación**

- Utilización de experiencias y resultados reportados por pacientes para identificar problemas de seguridad
- Evaluación continua de la efectividad de los programas de prevención
- Adaptación de protocolos basada en datos y resultados medibles

Esta implementación integral de programas liderados por enfermería y el uso sistemático de escalas de evaluación demuestra el compromiso de España con la prevención de úlceras por presión, respaldado por resultados positivos en la mejora de la calidad del cuidado del paciente.

**V. EDUCACIÓN COMO HERRAMIENTA CLAVE EN LA PREVENCIÓN**

**A. Estrategias de educación para pacientes y familiares**

En los últimos años, se ha producido un cambio trascendental en nuestro contexto sociosanitario dando paso a la participación activa del paciente, con el fin de favorecer la autonomía en su propio cuidado. El objetivo es que a través de la educación sanitaria y de la información se logre el empoderamiento del paciente. La educación sanitaria debe ser individualizada, y para ello es necesario una valoración integral del paciente, teniendo en cuenta el nivel de conocimientos previos del paciente y/o cuidadores.

La información debe presentarse de forma adecuada para las personas a las que va dirigida, evitando tecnicismos que pudieran dificultar su comprensión y su puesta en práctica.

Es importante destacar que el uso de las nuevas tecnologías como herramientas educativas nos impulsan a aconsejar ya actualizar a la educación sanitaria convencional proporcionada al paciente y/o cuidadores, mediante la recomendación de páginas web, blogs y otros medios que contengan información fiable y comprensible.

**Información mediante las siguientes estrategias:**

**1. Talleres virtuales y entrega de folletos: Proporcionar información de vital importancia a los pacientes con riesgo de UPP, a sus familiares y cuidadores, en los cuales se busca abarcar temas como:**

- Definición y causas de las UPP.
- Factores de riesgo y medidas preventivas.
- Instrucciones para el cuidado de la herida en el hogar.
- Signos de alarma que requieren atención médica.
- Información sobre recursos y apoyo disponibles.
- Implicaciones de desarrollar UPP
- Educación regular en prevención y tratamiento de UPP basada en la evidencia
- Inclusión de sesiones de preguntas y respuestas.

**2. Videos: La creación de videos educativos pretende ilustrar la prevención de las UPP en los pacientes susceptibles de padecerlas, por lo cual, mediante la colaboración no sólo de los profesionales sanitarios sino también del propio paciente y/o cuidadores, se requiere demostrarlo de la siguiente manera:**

- Definición y causas de las UPP.
- Factores de riesgo y medidas preventivas.
- Instrucciones para el cuidado de la herida en el hogar.
- Signos de alarma que requieren atención médica.
- Información sobre recursos y apoyo disponibles.
- Implicaciones de desarrollar UPP
- Educación regular en prevención y tratamiento de UPP basada en la evidencia
- Inclusión de sesiones de preguntas y respuestas.

**2. Videos: La creación de videos educativos pretende ilustrar la prevención de las UPP en los pacientes susceptibles de padecerlas, por lo cual, mediante la colaboración no sólo de los profesionales sanitarios sino también del propio paciente y/o cuidadores, se requiere demostrarlo de la siguiente manera:**

- Técnicas de movilización y cambios posturales.
- Aplicación correcta de apósitos y protectores de las zonas de riesgos.
- Consejos para el cuidado de la piel.

### **B. Programas de formación en el autocuidado.**

Según datos sociodemográficos reiteran que las mujeres con una escolaridad primaria predominante son las que más se encargan de cumplir el rol de cuidador principal de sus familiares, reforzando con esto, los estándares establecidos socialmente en el que reconocen a la mujer como proveedora del cuidado dentro del núcleo familiar. Esto pone en evidencia, el conocimiento insuficiente de los cuidadores para la prevención de UPP, mostrándonos la necesidad de implementar programas para fortalecer habilidades encaminadas a la disminución de estas lesiones, no solo en cuidadores femeninos sino también en cuidadores masculinos.

- En algunas áreas del cuerpo los huesos están cerca de la superficie de la piel; la piel que está directamente sobre el hueso tiene mayor riesgo.
- Preste atención a las uñas de los dedos de las manos y de los pies: una uña encarnada o que se corta a nivel del blanco de la uña puede resultar en una úlcera que puede infectarse fácilmente.
- Mantener en las zonas típicas de presión protectores o apósitos acolchados.
- Controle la incontinencia de esfínteres de su paciente mediante: pañales, sondas, colectores.
- Mantener la piel seca e hidratada con cremas que se absorban rápido.
- Localización de las úlceras por presión.

**Las localizaciones más frecuentes de las UPP se corresponden con zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo, es decir, zonas del cuerpo que soportan mayor presión. Estas zonas varían dependiendo de la posición del paciente, de tal forma que:**

- En decúbito supino: la región sacra, los talones, el coxis, los codos, los omóplatos y el occipucio son las zonas de mayor presión.
- En decúbito lateral: son los maléolos, los trocánteres, las costillas, los hombros, las orejas, las crestas ilíacas y la cara interna y lateral de las rodillas.
- Tejido de granulación friable: El tejido de granulación (tejido nuevo que repara la herida) puede verse débil o fácil de desprender.

### **A. Capacitar a los pacientes y familiares**

- Inspección diaria de la piel
- Examinar la piel de este por lo menos cada 2 veces al día y si es un paciente vulnerable a upp, cambiar de posición cada 2 horas.
- Identifique cambios en el color de la piel. (Enrojecimiento u oscurecimiento, ampollas, moretones, piel agrietada, rasguñada o reseca).
- Tras unos minutos de haber cambiado de postura, tiene que llamar su atención cualquier alteración en la piel. Tan pronto note un área descolorida, no use esa área hasta que la piel vuelva a tener su color normal.
- Palpe la piel para detectar endurecimiento, inflamación o calor que pudieran ser señal de deterioro de la piel.
- Presione el área enrojecida, color rosa u oscura con su dedo. El área debe tornarse blanca; remueva la presión y el área debe tornarse de color rojo, rosa u oscurecerse en cuestión de segundos, lo que indica buen flujo de sangre. Si el área permanece blanca, entonces hay problemas con el flujo de sangre o el daño ha comenzado.
- Inspeccione cuidadosamente las áreas que tienen mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión porque
- En decúbito prono: soportan mayor presión los dedos de los pies, las rodillas, los genitales masculinos, las mamas, los pómulos, las orejas, la nariz y las crestas ilíacas.
- En sedestación: son el isquion, el coxis, los omóplatos, los trocánteres, los talones y los dedos de los pies

### **Reconocimiento de signos de infección**

#### **Cambios en la piel:**

- Enrojecimiento: El área alrededor de la UPP puede estar más roja de lo normal.
- Aumento de calor: La piel alrededor de la UPP puede sentirse más caliente al tacto.
- Hinchazón: La zona alrededor de la UPP puede estar más inflamada.
- Dolor: La UPP puede ser más dolorosa o sensible al tacto.

#### **Exudado:**

- Pus: Se puede observar pus o secreción amarillenta o verdosa.
- Mal olor: La UPP puede desprender un olor desagradable.

#### **Signos sistémicos:**

- Fiebre: Puede haber fiebre o escalofríos.
- Otros: En casos graves, pueden aparecer otros síntomas como confusión o estupor.

#### **Otros signos:**

- Descomposición de la herida: La UPP puede empeorar rápidamente y mostrar signos de necrosis.

### **VI. EJERCICIOS DE MOVILIZACIÓN Y CAMBIOS POSTURALES.**

-No posicione al individuo directamente sobre la UPP

-Establezca un programa flexible en cuanto a la frecuencia de los cambios posturales basado en las preferencias del individuo, su tolerancia.

-Evite colocar al paciente sobre la zona de eritema siempre que sea posible.

-Diferenciar la causa y la extensión del enrojecimiento.

-Inspeccione la piel cada vez que se aplican los cambios posturales.

-No use dispositivos con forma de anillo, flotador o donut para reducir las presiones localizadas. Los bordes de estos dispositivos reducen el flujo de sangre y aumentan el edema localizado.

Para valorar la elección de las Superficies Especiales de Manejo de Presión se recomienda tener en cuenta dos elementos: el riesgo según la escala de valoración del riesgo de presentar upp (EVRUPP) y la severidad de las UPP (localización, tamaño y número de UPP). Si una persona ya padece UPP, a la hora de elegir una SEMP primará la severidad de la lesión frente al nivel de riesgo detectado por la EVRUPP.

-Registre la realización de los cambios posturales.

-Capacitación continua al personal de salud sobre UPP (hospitalario)

-Se busca activamente un enfoque de capacitación que impulse la práctica clínica diaria de los profesionales de enfermería a las evidencias científicas disponibles en relación a la prevención y los cuidados de las UPP. Con ello, se busca bajo toda circunstancia el cumplimiento de los protocolos y la disminución de pacientes con UPP.

La valoración del riesgo debe realizarse en el primer contacto con el paciente. Al igual que en Atención Hospitalaria, la última valoración realizada determinará la frecuencia de la siguiente valoración.

## VII. MANEJO DEL DOLOR Y CONTROL DE INFECCIONES.

La mayor parte de las UPP son dolorosas; este dolor debe de ser evaluado y tratado, ya que tiene importantes repercusiones físicas y psicosociales para el paciente y sus cuidadores. El dolor puede aparecer o exacerbarse por los dispositivos de alivio de presión y las actividades relacionadas con el tratamiento, como el reposicionamiento en la cama, las curas y otros procedimientos invasivos.

Se deben de considerar también otros factores locales que aumentan el dolor como: isquemia, infección, edema y factores de la piel perilesional. Para realizar una valoración debemos entender que el dolor de las heridas es multidimensional y abarca las esferas sensorial, afectiva, cognitiva y sociocultural. Debemos además incluir en ella una valoración del lenguaje corporal así como de las señales no verbales.

El abordaje del dolor se puede realizar mediante el uso de medidas farmacológicas con medicamentos tópicos a nivel local o sistémico y medidas no farmacológicas, como colocar a la persona en posturas antiálgicas y evitar movimientos que incrementen el dolor.

Se recomienda tener presente lo siguiente:

-Siempre se debe valorar el dolor mediante escalas validadas, como la Escala Visual Analógica –EVA) en todos los sujetos con UPP cuando sea posible, o atendiendo al lenguaje corporal en individuos con alteración de la comunicación.

## VIII. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE UPP.

La evaluación de riesgo tiene como objetivo identificar de forma precoz los pacientes en riesgo de desarrollar UPP. El uso de una EVRUPP constituye un criterio objetivo de aplicación de medidas preventivas, aumentando la eficacia en la utilización de los recursos.

En la actualidad la EVRUPP utilizada para adultos en todos los niveles asistenciales es la escala Braden, la cual consta de seis sub-escalas (percepción, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas); las tres primeras están relacionadas con la exposición directa a la presión y las otras tres con la tolerancia de la piel a esta presión.

En Atención Hospitalaria, la primera valoración del riesgo debe realizarse al ingreso. La frecuencia de la siguiente valoración dependerá del riesgo de la última valoración realizada.

En Atención Primaria en pacientes crónicos domiciliarios, pluripatológicos y/o con UPP instaurada, la primera

Evalúe el empeoramiento o posible infección de la UPP cuando el paciente refiere un aumento de la intensidad del dolor en el tiempo.

Actualizaciones periódicas:

El MINSA y la CSS desarrollan normas, guías y protocolos clínicos para la atención de diversas condiciones de salud, incluyendo la prevención y el tratamiento de las UPP. Estos documentos suelen establecer la necesidad de evaluar el riesgo de UPP, implementar medidas preventivas y registrar cualquier UPP que se desarrolle en la historia clínica del paciente, incluyendo su estadiaje, tratamiento y evolución.

Por lo cual se busca promover que los profesionales de la salud realicen sesiones de actualización sobre las últimas evidencias y guías de práctica clínica, así como también se exhorta a la participación de congresos que aborden no sólo las upp, sino también muchos otros temas, con el objetivo de garantizar un mayor conocimiento y abordaje de las diferentes situaciones que se puedan dar en el entorno de salud.

Por otra parte, con el fin de garantizar la mejor transmisión de información que asegure la continuidad de los cuidados en personas con UPP o con riesgo de UPP, se recomienda atenerse a la ley N° 68 de 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes: la cual establece los derechos de los pacientes a recibir información completa y adecuada sobre su estado de salud, los tratamientos y los riesgos asociados. La aparición de una UPP es un evento

relevante para la salud del paciente y debe ser informada y registrada en su historia clínica.

El artículo 16 de esta ley establece la obligación de elaborar una historia clínica única y suficiente de cada paciente, que permita el conocimiento veraz y actualizado de su proceso evolutivo. Esto incluye el registro de cualquier condición médica relevante, como las UPP, su desarrollo, tratamiento y evolución.

## Referencias

- [1] Tecnología Flex: Prevención de Úlceras por Presión - Mölnlycke 13 nov 2023 — Beneficios de la Tecnología Flex Uno de los mayores beneficios de esta tecnología es que los apósitos admiten tiempos
- [2] Manejo preventivo de lesiones por presión: últimas tecnologías 23 oct 2023 — Ropa Inteligente y Sensores Portátiles. La tecnología wearable ha llegado al rescate en la prevención de lesiones
- [3] <https://ulceras.cl/monografico/lpp-estrategias-de-prevencion/>
- [4] Model Systems Knowledge Translation Center (MSKTC). (n.d.). Cuidado de la piel y úlceras por presión. In Información Del Consumidor Sobre El Sistema Modelo De Lesión Médula Espinal (pp. 2-4). [https://msktc.org/sites/default/files/2022-06/SCI\\_Skincare%2520Series\\_Prevention\\_Sp.pdf](https://msktc.org/sites/default/files/2022-06/SCI_Skincare%2520Series_Prevention_Sp.pdf)
- [5] Úlceras por presión. Cuidados en casa y consejos. (s. f.). <https://www.cun.es>. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/ulceras-presion>
- [6] De, U., México, S., Castillejos, M., Austria, L., Trinidad, S., Rojas, Q., María, D., Ramírez, H., Aguilar, G., María, R., & Olvera, L. (n.d.). Retrieved April 4, 2025, from <https://www.redalyc.org/pdf/7482/748280359001.pdf>
- [7] ASAMBLEA LEGISLATIVA. (2003). LEGISLACIÓN DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ QUE REGULA LOS DERECHOS y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES, EN MATERIA DE INFORMACION y DE DECISION LIBRE e INFORMADA. In Gaceta Oficial (Vol. 24935, p. 12) [DER. SANITARIO]. <https://cnbi.senacyt.gob.pa/wp-content/uploads/2019/07/Ley-68-del-20-de-noviembre-de-2003.pdf>

# Impacto de las barreras de comunicación lingüística en el proceso de atención enfermera-paciente hemato-oncológico en The Panamá Clinic.

Alvarado Jeamy, Licenciada en ciencias de la Enfermería, Especialista en la atención al paciente en estado crítico. Moreno Maylin, Licenciada en ciencias de la Enfermería. Carpintero Jorge, Preceptor Lcdo. en Enfermería, Especialista en Enfermería Oncológica y Trasplante de células hematopoyéticas.

**Resumen-** El proceso de comunicación es la principal vía para establecer relaciones sociales y para regular las interacciones entre personas. A pesar de ser un proceso habitual en nuestra vida, su variedad de componentes puede producir errores en la transmisión de información y generar la aparición de las barreras de la comunicación. El profesional de enfermería debe establecer el proceso de comunicación como una de sus principales herramientas en el cuidado del paciente, haciendo un buen uso de sus habilidades comunicativas y sabiéndose adaptar a la situación individual de cada paciente con el fin de evitar el máximo de barreras posibles. El objetivo principal de este trabajo es destacar las principales barreras de comunicación en la atención de enfermería y secundariamente sobre las medidas que se puedan tomar para afrontar y eliminar dichas barreras. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre el tema desde el año 2017 hasta el 2024, utilizando diferentes bases de datos y recursos electrónicos, revistas de investigación, documentos y archivos de carácter científico y legislativo. Se acaba destacando la comunicación como vía fundamental para establecer la relación terapéutica con el paciente, dando gran importancia a la educación en capacidades comunicativas desde el principio de la formación de la enfermera y atendiendo especialmente a aquellas situaciones en las que los pacientes presenten características que no permitan realizar la comunicación de la forma más habitual. La aptitud del profesional para adaptarse a este tipo de situaciones será uno de los principales determinantes de la calidad en la atención de los cuidados del individuo.

**PALABRAS CLAVE:** “Comunicación”, “Enfermería”, “Barreras”, “Relación terapéutica”, “hemato-oncología”.

**Abstract**—The communication process is the main way to establish social relationships and to regulate interactions between people. Despite being a common process in our lives, its variety of components can produce errors in the transmission of information and generate the appearance of communication barriers. The nursing professional must establish the communication process as one of his main tools in patient care, making good use of his communication skills and knowing how to adapt to the individual situation of each patient, in order to avoid as many barriers as possible. The main objective of this work is to overcome the main communication barriers in nursing care and, secondarily, on the measures that can be taken to confront and eliminate these barriers. To this end, a bibliographic review of the existing literature on the subject has been carried out from 2017 to 2024, using different databases and electronic resources, research journals, documents and files of a scientific and legislative nature. Communication ends up being highlighted as a fundamental way to establish the therapeutic relationship with the patient, giving great importance to education in communication. The professional's ability to adapt to this type of situation will be one of the main determinants of the quality of the individual's care.

## I. OBJETIVO

Realizar una revisión bibliográfica de la literatura sobre las posibles barreras y dificultades de la comunicación que aparecen en la atención de enfermería con enfoque en el paciente hemato-oncológico.

## II. INTRODUCCIÓN

Para entender la importancia que tiene la comunicación en la atención sanitaria debemos establecer desde un principio, ¿Qué es el concepto de “comunicación”? Según el diccionario de la RAE, el término “comunicación” se define como “el acto de comunicar”, y este acto se considera a su vez como “un proceso mediante el cual se transfiere un mensaje o idea desde una fuente emisora a un receptor, con el fin de interferir en su comportamiento”. Durante esta transferencia se puede generar la posibilidad de que se produzca una retroalimentación o feedback por parte del receptor, de vuelta al emisor, respecto del contenido del mensaje, su interpretación y/o las consecuencias en el comportamiento de ambos.

El hecho de que el proceso de comunicación se valga de agentes emisores y receptores para su desarrollo, convierte a la comunicación en un método de relación bio-psico-social para cualquier persona. El ser humano realiza una comunicación de información e ideas prácticamente constante (tanto voluntaria como involuntaria) ya que nos encontramos en continua interacción con nuestro entorno. Dicho proceso nos permite crear relaciones con otros seres y darnos un sentido de inclusión en la comunidad.

El entorno interviene y modifica nuestra percepción natural de los sucesos y de la realidad, produciendo que cada persona pueda realizar una interpretación diferente de los hechos e ideas dependiendo de todos los factores a los que se haya expuesto a lo largo de su vida, formando una visión personal e individual de lo que le rodea. Debido a esta individualización, la comunicación siempre va a contar con obstáculos y/o barreras en su desarrollo, que provoquen una emisión incompleta, una mala transmisión o una interpretación errónea del mensaje. Para que la transmisión del mensaje se realice de forma completa y correcta, el emisor y receptor deben utilizar un mismo canal de comunicación, que comparta un código de lenguaje que permita a ambos realizar una buena interpretación de las ideas y mensajes intercambiados.

La enfermería es una profesión en la que resultan tan importantes el desarrollo y dominio de las habilidades sociales como las técnicas de asistencia sanitaria que se desempeñan ya que, a lo largo de cada jornada, la enfermera va a establecer relaciones interpersonales continuamente. Dicha interacción con los pacientes es fundamental para poder brindar cuidados de calidad, que son la esencia de la práctica de enfermería. Hacia donde se va a dirigir toda su actividad y en los que se deberán emplear todos los recursos y sentidos posibles. Para poder realizar dichas relaciones e interacciones sociales, se debe marcar como uno de los objetivos principales, el realizar una comunicación óptima y de calidad,

que permita mantener informado al paciente de su situación y también proporcione un apoyo psicológico y emocional ante el estado de este.

La comunicación es el principal proceso de interacción entre las personas. Una buena comunicación enfermera-paciente en un proceso oncológico nos asegura una buena relación terapéutica. Los pacientes oncológicos pasan por distintas fases durante su enfermedad, los cambios físicos y emocionales demandan muchos cuidados de salud; una buena comunicación es vital para atender a sus necesidades. Para realizar esta buena comunicación con el paciente, es necesario seguir una serie de códigos, tales como un correcto lenguaje verbal y no verbal, un comportamiento asertivo o una actitud empática, que nos ayudan a mantener un adecuado flujo de comunicación con el paciente. La gran mayoría de los pacientes adquieren conciencia de la gravedad y la proximidad de la muerte. Si encuentra negación y poco apoyo en el entorno familiar y sanitario, tiene que vivir sus emociones y sensaciones en solitario sin posibilidad de expresar e intercambiar temores y preocupaciones con las personas que le rodean y que le quieren. Es una soledad paradójica, ya que, rodeado de los suyos, no se le permite hacer ni la mínima referencia en su conversación a ese final que siente próximo. «Me das la vida cada vez que vienes», hemos escuchado recientemente de un paciente ya fallecido que con la familia no hablaba de su gravedad ni de sus miedos.

## I. MÉTODOS Y MATERIALES

Este trabajo está realizado como una revisión bibliográfica sobre la comunicación y sus barreras en la atención enfermera-paciente con enfoque en el paciente hemato-oncológico, por medio de una búsqueda de información realizada entre febrero de 2017 y agosto de 2024.

Las palabras clave y descriptores utilizados para la búsqueda fueron “Enfermería” “Comunicación” “Relación terapéutica” “Barreras en comunicación” y “Atención

Con el fin de seleccionar los artículos y documentos más apropiados, se han establecido los criterios de inclusión y exclusión que se mencionan a continuación:

## II. METODOLOGÍA

Aparición de barreras comunicativas en la atención de la enfermera. Desde el primer contacto entre la enfermera/o y paciente se hace uso de la comunicación para establecer la relación terapéutica, como bien se refleja en el Artículo 12 y 13 del Código Deontológico de Enfermería “Facilitará al máximo la comunicación constante del paciente y su familia con el equipo de salud, para obtener así su participación en las decisiones que le afecten. Informará u orientará al paciente y su familia sobre los cuidados tratamientos que se planeen durante el proceso de atención, limitándose a lo que es de su competencia.”.

A pesar de la importancia que el proceso comunicativo desempeña en nuestro desarrollo profesional y personal, el hecho de usarlo de forma cotidiana puede provocar que no le demos la suficiente importancia y no desarrollemos apropiadamente nuestras habilidades comunicativas, provocando que caigamos en el error de realizarlo de forma instrumental y sistemática, pudiendo degradar al paciente a la condición de objeto y deshumanizando completamente la interacción.

### *Barreras por filtros mentales*

La primera barrera con la que tendrá que lidiar la enfermera/o serán los propios filtros personales que tenga en su mente, fruto de sus experiencias personales, valores, creencias, prejuicios. Deberá tener un nivel de madurez y autocontrol suficientes como para dejar de lado esos

matices y evitar emitir juicios de valor perjudiciales, respetando al paciente y su situación, tal y como se refleja en el Artículo 10 del Código Deontológico “Brindará sus cuidados sin distinciones de sexo, credo, etnia, posición política, socioeconómica o naturaleza de la dolencia, contribuirá a conservar la vida, fomentar la salud y procurará el alivio al sufrimiento de las personas”.

Barreras por código empleado

Siguiendo con la clasificación mencionada, otro de los aspectos a los que hay que prestar atención cuidadosamente es el código en el que se transmite la información. Este código debe ser común para los participantes en la comunicación y debe estar consensuado por ambos desde un principio, para poder evitar los defectos derivados de un desconocimiento de este, que podrían llegar a provocar una ausencia total de comunicación. Igual importancia tiene el hacer un uso correcto de ese código, ya que nos permitirá construir los mensajes de acuerdo con los objetivos iniciales que se han planteado mentalmente.

En la atención de enfermería pueden darse situaciones específicas en las que obligatoriamente tendremos que cambiar el lenguaje que utilizamos comúnmente, ya que los pacientes presentan características inalterables que les limitan su forma de comunicarse a un método o lenguaje concreto.

Uno de estos grupos de pacientes es el de personas extranjeras que requieren de atención sanitaria en nuestro país, pero que no hablan nuestro idioma (normalmente por desconocimiento). Aunque se utilice igualmente la comunicación verbal oral, la principal barrera es el idioma, sobre todo en idiomas que no tienen raíces semánticas iguales y que incluso difieren en los caracteres y letras utilizados. No debemos caer en el error de, ante nuestro desconocimiento de cómo manejar la situación, intentar resolver la consulta o atención lo antes posible, ya que podemos dejar desatendidas necesidades importantes y provocar un malestar mayor al paciente.

The Panama Clinic cuenta con el departamento de Experiencia al paciente que es un equipo humano encargado de recibir, acompañar, escuchar y apoyar a todos los pacientes o visitantes. También atienden y gestionan las inquietudes, solicitudes no clínicas durante la estancia de los pacientes en nuestro hospital.

Todos los integrantes del equipo de Experiencia al paciente hablan el idioma inglés como su segundo idioma. Ellos apoyan en conjunto con el departamento de Negocios Internacionales a los diferentes departamentos del hospital. Sirven como intermediario al momento de necesitar una traducción. Al no lograr una traducción con pacientes que manejan otros idiomas distintos al inglés, se utiliza el traductor en línea. Si esto no se logra se consulta con personal clínico o administrativo que maneje el idioma. Si aún así no se logra establecer comunicación se llama a la embajada del país correspondiente para que nos brinde el apoyo con un traductor. Lcda. Yuli Martín

El Hospital también cuenta con el Departamento de Negocios Internacionales éste maneja los pacientes de Turismo Internacional y chequeos ejecutivos. Según datos obtenidos en este departamento desde sus inicios en el 2020 hasta la fecha se han atendido 41 pacientes hemato-oncológicos con requerimiento de uso de quimioterapia en nuestra institución.

### *Barreras por discapacidad auditiva:*

Otro conjunto de pacientes que podemos incluir dentro de aquellos que requieren de la adaptación del código común son las personas con

discapacidad auditiva, las cuales pueden presentar dificultades como: distorsiones y problemas en la recepción de información auditiva procedente del entorno, difícil acceso a la información oral y escrita y dificultades en la expresión y/o comprensión del lenguaje oral, así como en las interacciones personales.

A esto se le puede sumar otros factores que obstaculizan la comunicación con este colectivo, como son la escasez de conocimiento de las formas de tratar a una persona con sordera, la falta de accesibilidad a medios alternativos de comunicación (audiovisuales y paneles) en el entorno sanitario, la aparición de contaminación acústica y visual, la escasez de conocimientos en lenguajes alternativos (lengua de señas) o falta de intérpretes capacitados, y el uso ineficaz o ausente de nuevas tecnologías (Internet, móvil) para comunicar e informar al paciente sordo en el entorno hospitalario y su domicilio.

### **Barreras por ruidos físicos**

A diferencia de los otros tipos de barrera explicados, los ruidos pueden no depender de los participantes en la comunicación y ser, más bien, un factor ambiental. Dentro del entorno sanitario podemos encontrar factores que afectan en la comunicación enfermera-paciente, incluyendo: los propios ruidos sonoros que aparecen en el lugar (debido a maquinaria, público aglomerado y sonidos provenientes de la calle), las características físicas del espacio en el que se realice la comunicación (temperatura muy elevada o muy baja, espacio reducido o amplio de la sala, distractores audiovisuales, focos de luz intermitente) y las posibles interrupciones de la conversación que puedan producirse por la intervención de otro profesional o la entrada y salida constantes de la sala donde estén dialogando.

Algunas veces las barreras por ruidos pueden depender de las personas que intervienen en la comunicación, ya que, a pesar de usar un código común, presentan características que impiden un correcto desarrollo del mismo. Estos casos pueden aparecer con pacientes que presentan algún tipo de alteración en los órganos emisores o problemas en las funciones del lenguaje y el habla, como la disartria, la disfasia, la afasia, las disfonías, el tartamudeo, trastornos fonológicos (errores en el uso de ciertos sonidos u omisión de estos). En algunos casos se debería de valorar la posibilidad de usar otro código que presente menos dificultades y sea más cómodo para el paciente.

En The Panamá Clinic se ha iniciado la implementación del uso de sonómetros con el objetivo de que los colaboradores realicen un control del ruido en su área de trabajo. Esto como parte esencial de estrategia de salud y seguridad para ayudar a combatir los efectos de la contaminación acústica en el lugar de trabajo y así brindar mayor confort a nuestros pacientes y minimizar barreras comunicativas.

### **Estrategias de afrontamiento de las barreras comunicativas**

El profesional de enfermería debe demostrar en todo momento su capacidad para afrontar cualquier tipo de relación interpersonal, integrando entre sus herramientas básicas de trabajo el uso de técnicas de comunicación y habilidades sociales facilitadoras de la misma, destacando como base principal el uso de la empatía. El tener un conocimiento de la situación del paciente y realizar un habla empático va a permitir que el paciente se sienta escuchado y atendido con calidad, ya que nos ponemos en su lugar y valoramos su estado desde la perspectiva de su padecimiento.

The Panamá Clinic, uno de los hospitales más modernos de Latinoamérica, su misión es brindar el mejor cuidado al paciente a través de la excelencia en la prestación del servicio.

El Departamento de enfermería cuenta con una totalidad de 206 colaboradores. Entre enfermeras y técnicos. De éstos, 24 colaboradores tienen dominio del idioma inglés.

Bajo la Dirección médica están los médicos hospitalizados los mismos se encuentran en el hospital las 24 horas. Ellos son 7 integrantes y todos poseen dominio del idioma inglés.

Durante el flujo de atención a los pacientes que hablan inglés u otro idioma el personal de enfermería se apoya para la comunicación verbal con los siguientes departamentos: Experiencia al paciente, Negocios Internacionales y médicos hospitalizados.

El personal de enfermería también hace uso de traductores en línea de no lograrse la comunicación personal y por último si esto no funciona como mencionamos anteriormente solicitamos el apoyo a la embajada correspondiente al país del paciente en particular.

Contamos con Planes de cuidado en cada una de las habitaciones de los pacientes en donde se describe información valiosa para cada uno de nuestros pacientes como: médico tratante, enfermera encargada de atenderlo, alergias, riesgos, fecha, números de teléfonos donde puede solicitar información, actividades permitidas según su condición. Toda esta información está permitida en español e inglés. Existe papelería necesaria para la atención de un paciente en idioma inglés, esto con la finalidad de que haya un mejor entendimiento de las distintas indicaciones, consentimientos de procedimientos y cirugías a realizar. Evitando así la mala información y el mal entendimiento de nuestros pacientes ante distintas situaciones médicas.

Como parte de los modelos y teorías de enfermería aplicados para describir nuestro fenómeno que conforman la práctica tenemos a Madeleine Leininger fundadora de la enfermería transcultural. Esta buscaba que en una sociedad cada vez más pluricultural, los profesionales debían estar preparados y ser competentes en el cuidado de las personas con diferentes culturas y maneras de vivir. La enfermería transcultural fue definida por Leininger como: el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud y hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.

Leininger desarrolló la teoría de la diversidad cultural y la globalización de la atención basada en la creencia de que personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales de la salud para que obtengan el tipo de atención que otros necesitan. *“La cultura determina patrones y estilos de vida que influyen en las decisiones de las personas”.* Según Leininger.

Más aún en el paciente oncológico. Un paciente en el cual su diagnóstico y tratamiento impactan directamente su calidad de vida. La parte social, física e incluso psicológicamente sufren cambios. Que van decreciendo conforme la enfermedad avanza, o bien, mientras transcurre el tratamiento hacia la cura.

Paciente que la mayoría de las veces se encuentra con temor a lo desconocido, a los tratamientos que recibirá, con incertidumbre de su futuro. Un paciente cauteloso y receloso. Ya que en la actualidad gracias a la tecnología tenemos un paciente que ha estudiado su diagnóstico, los medicamentos y los pasos a seguir en su línea de tratamiento. Un paciente ansioso y deseoso de una persona que le brinde la seguridad necesaria para confiar su vida y su recuperación. No podemos dejar atrás el impacto que existe cuando aunado a todo

este conflicto de sentimientos existe una barrera idiomática. Debemos buscar las estrategias necesarias para garantizar que entienda todo lo que deseamos explicar y sea entendido por él primeramente y su familiar o acompañante. Así lograremos nuestro objetivo de brindar una atención de calidad a una población con diversidad cultural.

Medidas generales para la mejora de la comunicación

El profesional de enfermería debe hacer un buen uso de las habilidades comunicativas desde el primer momento que contacte con el paciente, siguiendo una serie de pautas de uso generalizado ante cualquier persona, independientemente de su situación.

Estas pautas se pueden clasificar acorde a los componentes de la comunicación:

#### *Componentes verbales:*

- Usar un lenguaje sencillo y comprensible para la persona con la que se interactúa (muchas veces se tratará con pacientes que desconozcan el significado de algunos términos clínicos y tecnicismos propios de la profesión).
- Dar las indicaciones de forma clara y concisa.
- Ayudar al paciente a que se sienta cómodo y libre en aquello que quiera expresar.
- Realizar el diálogo desde el respeto, sin hacer juicios de valor y con comprensión hacia las creencias y valores del paciente.
- Componentes paralingüísticos
- El volumen y tono de la voz deberán ser los adecuados, no tan elevados que puedan producir rechazo o sensación de agresividad ni tan bajos que no se comprenda bien y denote temor o inseguridad.
- El ritmo de habla debe ser constante y sin ser muy acelerado ni muy lento, repartiendo adecuadamente las pausas para que se pueda seguir el hilo de la conversación.

#### *Componentes no verbales*

- Realizar gestos faciales de interés, como mantener el contacto visual con los interlocutores, asentir como gesto de comprensión, sonreír para mostrar complicidad y simpatía.
- Mantener una postura correcta adecuada, dirigida hacia el paciente y con cierta inclinación hacia él para denotar interés (el realizar la posición hacia atrás denota desinterés e incluso repulsión hacia el paciente) y no parecer demasiado rígidos ni demasiado relajados.

#### *Medidas específicas para la mejora de la comunicación*

Como se ha explicado en apartados anteriores, pueden darse situaciones ante ciertos pacientes con características distintas a lo habitual que puedan suponer un aumento de las barreras comunicativas, ante las cuales la enfermera/o deberá emplear medidas de adaptación conversacional para poder intercambiar información con el paciente.

El primer caso mencionado es el de las personas extranjeras que tienen que recibir atención sanitaria en Panamá. Ante esta situación la principal barrera de comunicación será el idioma que puedan usar estos

pacientes ya que, aunque algunos lleven el suficiente tiempo en este país como para haber aprendido diferentes palabras y términos, muchos de ellos tendrán un conocimiento reducido o prácticamente nulo de nuestra lengua.

El siguiente grupo de pacientes que requieren de medidas específicas para la comunicación es el de personas con alteraciones de la audición y fonación. Ante estos pacientes es fundamental recordar que van a basar su comunicación en aspectos visuales, por lo que los elementos no verbales adquieren una importancia mayor:

- Hay que hablar al paciente siempre a la cara, vocalizando bien ya que muchas de estas personas se basan en la lectura de labios para saber lo que se está diciendo.
- Evitar obstáculos de visualización como objetos entre ambos, que se crucen personas, taparse la boca con la mano
- Llamar su atención mediante algún gesto o ligero contacto y no empezar a hablar hasta asegurarnos de que nos está mirando.

## **I. DISCUSIÓN**

Según los estudios y artículos revisados, se constata que la comunicación es el medio principal mediante el que se establecen las relaciones interpersonales y que tiene un papel fundamental en la labor de enfermería. Todos los autores coinciden en que un buen desarrollo de las capacidades comunicativas facilitaría la realización de los cuidados y atención del paciente y que es necesario fomentar la educación en estas capacidades desde el inicio de la formación de la enfermera.

Aunque es cierto que actualmente se cuenta con muy variada información sobre cómo saber comunicarse con el paciente, no se han realizado los suficientes estudios sobre el grado actual de formación de las enfermeras en habilidades de comunicación, ni sobre el grado de satisfacción de los pacientes que lidian con las ya mencionadas barreras comunicativas en su proceso de atención sanitaria. La formación en comunicación terapéutica se destaca como educación esencial en la formación de enfermeras/os. Sin embargo, la mayoría de los estudiantes de enfermería no empiezan a aprender las habilidades relacionales hasta encontrarse en una situación práctica real a la que, al ser su primera vez, pueden no saber cómo reaccionar. Puede que incluso algunos no lleguen a empezar a desarrollar dichas habilidades hasta haberse encontrado ya en situación de empleo, teniendo dificultades para resolver ciertas situaciones en las que la aparición de barreras de comunicación es inevitable.

Como se ha dicho, existe información variada sobre que son las barreras de la comunicación y cómo lidiarlas, pero existen muy pocos datos sobre cómo afectan actualmente al sistema de atención sanitaria (calidad asistencial, coste, satisfacción de usuario) y el nivel de formación de los profesionales frente a este problema.

## **II. CONCLUSIÓN**

Es muy difícil establecer un proceso comunicativo perfecto ya que, al depender de varios factores complejos, es inevitable la aparición de barreras que distorsionen el mensaje o impidan su transmisión. Estas barreras no sólo son físicas o ajenas a los interlocutores, sino que también pueden aparecer dentro de cada uno de los participantes, debido a que cada persona tiene una visión individual basada en sus experiencias y valores.

Informar de una enfermedad maligna, potencialmente mortal, que requiere tratamientos con citotóxicos, sin poder garantizar la respuesta al tratamiento, no es una actividad especialmente agradable ni sencilla y hace que el proceso de comunicación con el paciente sea uno de los aspectos más complejos del profesional en oncología, debido a la enorme carga afectiva que implica. En este proceso pueden entrar en juego procesos inconscientes que impidan una comunicación óptima con el enfermo, por ejemplo, cuando el profesional no es conocedor de la contratransferencia, esto es de los sentimientos que en él genera cada enfermo y que están asociados a vivencias de su pasado.

La comunicación y no la mera transmisión de información, es a menudo el componente fundamental del manejo médico del paciente crónico y paliativo, en ocasiones es lo único que se le puede ofrecer al paciente comparado con los tratamientos farmacológicos. Las habilidades de comunicación tienen eficacia paliativa (con frecuencia reducen síntomas); tienen un amplio índice terapéutico (la sobredosis es rara); y el problema más común que generan en la práctica clínica es una dosificación subóptima. Además, la ausencia de habilidades eficaces de comunicación es un buen índice predictor de vulnerabilidad médico legal y también de agotamiento profesional (Burnout).

Para establecer dicha relación, se debe hacer un buen uso de las habilidades comunicacionales, estableciendo el trato respetuoso y la empatía como base de dicha comunicación y prestando atención a la expresión no verbal del paciente, ya que nos dará una información más verídica de cómo se encuentra realmente.

En conclusión, el profesional de enfermería debe integrar la comunicación como una herramienta fundamental de su labor y debe formarse en el correcto uso de esta y su adaptación a la situación de cada persona, para poder establecer una relación que permita la atención holística de los pacientes como seres biopsicosociales y realizar los cuidados oportunos que promuevan una recuperación adecuada.

## REFERENCIAS

- [1] Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española RAE. [Online].; 2023 [citado en abril 2023]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>.
- [2] Alférez Maldonado AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2022 [citado en abril 2022]; 3(2): p. 147-157.
- [3] Ramón García R, Segura Sánchez MP, Palanca Cruz MM, Román López P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2021; 3(1): p. 49-61.
- [4] Maqueda Martínez MA, Martín Ibáñez L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2019; 3(2): p. 158-166.
- [5] Van-der Hofstadt Román CJ, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ. La comunicación no verbal. En *Conselleria de Sanidad*, editor. *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. Valencia: Generalitat Valenciana; 2018. p: 42-46.
- [6] Müggenburg C, Riveros Rosas A, Juárez García F. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. *Enfermería Universitaria*. 2017; 13(4): p. 201-207.
- [7] Código deontológico para enfermeras de Panamá-ANEP-CIE 2012.
- [8] Constitución Panameña. Actualización 2016.
- [9] Cibanal LJA, Carballal MCB. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. 2a ed. España: Elsevier España; 2010. p. 35-50
- [10] Beltrán Salazar OA. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Invest Educ Enferm*. 2006; 24(2): 113-129
- [11] Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm Glob*. 2009; 8(3).
- [12] Naranjo- Bermúdez IC, Ricarte- García GP. La comunicación con los pacientes. *Invest Educ Enferm*. 2006; 24:94-8
- [13] Regina Secoli S, Pezo Silva MC. El cuidado de la persona con cáncer; un abordaje psicosocial. *Index Enferm*. 2005; 14(51):34-9.

[14] Marriner T, A. *Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad*. En: *Modelos y Teorías de Enfermería*, 4ª ed. Ed. Mosby. Madrid, 1999. p. 439-442.

[15] Wesley, R L. *Teorías y Modelos de Enfermería*. 2ª ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México.1997. p.119-125.

[16] Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados* 1999, 6: 5-8.

[17] Alligood MR, Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en Enfermería*. (8ª edic.) Barcelona: Elsevier España; 2014

[18] Belderrain, P, García, B y Castañón, E. (1999). «Atención sanitaria y comunicación con el enfermo oncológico en situación terminal y su familia en un área de salud». *Atención Primaria*.Vol. 24, N° 5: 285-288.

[19] Bonal, P. (2003). «Habilidades comunicacionales: La comunicación con el paciente terminal. Formación médica continuada» en *Atención Primaria*,Vol. 11, N° 3: 164-172.



# Influencia del abuso infantil en el desarrollo de trastornos psiquiátricos.

Autores: Grupo de Licenciatura en Enfermería curso Métodos de educación en enfermería – 3er cuatrimestre, 2025.

**Resumen---** El abuso infantil, en sus diversas formas (físico, sexual, emocional y negligencia), representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de una amplia gama de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida. Este artículo explora la compleja relación entre el abuso infantil y la psicopatología, examinando los mecanismos neurobiológicos, psicológicos y sociales subyacentes. Se revisan los trastornos psiquiátricos más comúnmente asociados con el abuso infantil, incluyendo el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión, la ansiedad, los trastornos de personalidad y la psicosis. Se destaca la importancia de la detección temprana y la intervención terapéutica para mitigar el impacto del abuso infantil en la salud mental.

**Palabras clave:** Abuso infantil, maltrato infantil, trastornos psiquiátricos, estrés postraumático, intervención temprana, detección del abuso, salud mental infantil, consecuencias psicológicas, terapia cognitivo-conductual, protección infantil.

**Abstract---** Child abuse, in its various forms (physical, sexual, emotional, and neglect), represents a significant risk factor for the development of a wide range of psychiatric disorders throughout life. This article explores the complex relationship between child abuse and psychopathology, examining the underlying neurobiological, psychological, and social mechanisms. The most commonly associated psychiatric disorders with child abuse are reviewed, including post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, anxiety, personality disorders, and psychosis. The importance of early detection and therapeutic intervention to mitigate the impact of child abuse on mental health is highlighted.

## INTRODUCCIÓN

El abuso infantil, en sus diversas formas, representa una grave violación de los derechos de los niños y tiene implicaciones profundas en su bienestar psicológico y neurobiológico. Estudios han demostrado que estas experiencias adversas durante etapas críticas del desarrollo pueden predisponer a la aparición de trastornos psiquiátricos en la vida adulta, incluyendo depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos de la personalidad y psicosis. El impacto del abuso infantil no solo se refleja en síntomas psicológicos, sino también en alteraciones cerebrales que afectan la regulación del estrés, la respuesta emocional y la capacidad de afrontamiento. Comprender los mecanismos neurobiológicos involucrados es clave para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento que mitiguen sus efectos a largo plazo.

## I- METODOLOGÍA

**Mecanismos Subyacentes:**

- **Neurobiológicos:** El abuso infantil puede afectar la estructura y función del cerebro, especialmente en áreas involucradas en la regulación del estrés, las emociones y la memoria.
- **Psicológicos:** El trauma infantil puede conducir a la internalización de creencias negativas sobre uno mismo y el mundo, lo que aumenta el riesgo de depresión, ansiedad y baja autoestima.

• **Sociales:** El abuso infantil puede interferir con el desarrollo de relaciones interpersonales saludables, lo que aumenta el riesgo de aislamiento social, dificultades en las relaciones y psicopatología.

## II. TIPOS DE ABUSO INFANTIL

El abuso infantil puede manifestarse de diferentes formas, cada una con efectos específicos en el desarrollo mental y emocional del niño:

- **Abuso físico:** Golpes, quemaduras u otras formas de violencia física pueden generar estrés crónico, afectando la regulación emocional y aumentando el riesgo de TEPT, depresión y agresividad en la adultez.
- **Abuso emocional:** La humillación, el rechazo y la negligencia emocional pueden deteriorar la autoestima y la estabilidad emocional, favoreciendo la aparición de trastornos depresivos y de ansiedad.
- **Abuso sexual:** Se asocia fuertemente con TEPT, trastornos disociativos, síntomas psicóticos y tendencias suicidas, además de problemas en la regulación emocional y relacional.
- **Negligencia:** La falta de cuidados básicos, como alimentación, higiene y protección, afecta el desarrollo del apego y aumenta el riesgo de trastornos de la personalidad, ansiedad y abuso de sustancias.

La dolorosa realidad es que diversas formas de abuso pueden entrelazarse, intensificando sus efectos devastadores y exponiendo a quienes lo sufren a una fragilidad aún mayor. Esta intrincada red de maltrato deja una huella profunda, incrementando significativamente la vulnerabilidad a una serie de desafíos de salud mental.

## III. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS: UNA CICATRIZ INVISIBLE

Las investigaciones revelan una conexión innegable entre las experiencias de abuso en la infancia y la aparición de diversos trastornos psiquiátricos, dejando una marca perdurable en el bienestar emocional y mental de las víctimas:

En el estrés Postraumático (TEPT), haber sufrido abuso infantil puede llevar a que las personas revivan una y otra vez esos momentos terribles, como si estuvieran sucediendo de nuevo. Pueden tener recuerdos muy vívidos, pesadillas y sentirse muy alteradas cuando algo les recuerda lo que vivieron. A veces evitan cualquier cosa que les traiga a la memoria el abuso y pueden estar constantemente en alerta, con pensamientos y sentimientos negativos sobre sí mismas y el mundo.

Incluso quienes fueron abusados en su infancia tienen más probabilidades de sentirse profundamente tristes, sin ganas de hacer nada y con mucha fatiga. También es más común que experimenten mucha preocupación, ataques de pánico o sientan la necesidad de hacer cosas repetitivamente sin poder controlarlo.

El maltrato emocional y el abandono en la niñez pueden influir en cómo se forma la personalidad. Algunas personas desarrollan mucha inestabilidad en sus relaciones, en cómo se ven a sí mismas y en sus emociones. Otras pueden mostrar poco respeto por las normas y los derechos de los demás.

Cada vez hay más indicios de que el abuso infantil podría aumentar las chances de desarrollar problemas como la esquizofrenia, donde la persona puede tener percepciones o creencias que no son reales.

#### **IV- I.MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS: EL IMPACTO SILENCIOSO EN EL CEREBRO**

El abuso infantil no solo deja cicatrices emocionales, sino que también altera el desarrollo del cerebro en etapas cruciales. Estas agresiones tempranas provocan cambios significativos en diversas estructuras y sistemas neurobiológicos, sentando las bases para la vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos.

El impacto del abuso infantil trasciende las heridas emocionales visibles, dejando una marca profunda en la arquitectura misma del cerebro. La exposición prolongada al estrés en los primeros años de vida desencadena una cascada de alteraciones neurobiológicas que pueden persistir hasta la adultez, incrementando significativamente la susceptibilidad a diversos trastornos psiquiátricos.

Imaginemos un sistema de alarma en nuestro cuerpo diseñado para responder al peligro: el eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HHA). En situaciones de estrés constante durante la infancia, este sistema puede volverse hiperactivo, liberando niveles elevados de cortisol, la hormona del estrés. Con el tiempo, esta sobreexposición puede desregular la respuesta al estrés en la edad adulta, predisponiendo a condiciones como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la depresión y la ansiedad.

El hipocampo, una región cerebral crucial para la memoria y la gestión del estrés, también sufre las consecuencias. La presencia crónica de altos niveles de cortisol puede llevar a una reducción en su tamaño, afectando la capacidad para recordar y regular las emociones de manera saludable.

Por otro lado, la amígdala, el centro de procesamiento del miedo y las respuestas emocionales, tiende a operar de forma intensificada en personas con un historial de abuso infantil. Esta hiperactividad aumenta la vulnerabilidad a la ansiedad y a reacciones emocionales desproporcionadas ante situaciones cotidianas.

El desarrollo de la corteza prefrontal, la parte del cerebro responsable de la regulación emocional, la planificación y el control de los impulsos, también se ve comprometido por el estrés temprano. Esta alteración puede dificultar la gestión de las emociones y los impulsos, favoreciendo conductas impulsivas, agresivas y aumentando la susceptibilidad a trastornos psiquiátricos como el trastorno límite de la personalidad.

Finalmente, a nivel químico, el abuso infantil puede generar desequilibrios en importantes neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la norepinefrina. Estas alteraciones pueden contribuir al desarrollo de síntomas depresivos, ansiosos y conductas impulsivas en la vida adulta.

En esencia, estos cambios neurobiológicos nos explican por qué el abuso infantil no se limita a dejar cicatrices emocionales. Moldea el funcionamiento del cerebro de manera duradera, creando un terreno más fértil para la aparición de trastornos psiquiátricos. Comprender estas complejas interacciones es fundamental para desarrollar estrategias de intervención y apoyo más efectivas para quienes han vivido estas dolorosas experiencias.

#### **V- I.IMPACTO A LARGO PLAZO**

Las heridas invisibles del abuso infantil no se desvanecen con el tiempo; por el contrario, pueden tejer una compleja red de desafíos que persisten a lo largo de la vida, afectando profundamente el bienestar integral de quienes lo sufrieron. El impacto se extiende mucho más allá de la infancia, moldeando la manera en que estas personas se relacionan consigo mismas, con los demás y con el mundo que les rodea.

Imaginemos las múltiples esferas de la vida que pueden verse ensombrecidas por estas experiencias tempranas:

**Un Mundo Interior Fragmentado:** A nivel psicológico, las secuelas pueden manifestarse en una lucha constante contra la depresión, una ansiedad paralizante que limita las experiencias, las persistentes reverberaciones del trauma en forma de TEPT, la rigidez y el sufrimiento de los trastornos de personalidad, la oscura sombra de la ideación suicida y la búsqueda de alivio en el abuso de sustancias.

**La Mente Bajo Asedio:** Las capacidades cognitivas también pueden verse afectadas, dificultando la memoria, el aprendizaje, la toma de decisiones y la habilidad para gestionar las propias emociones de manera saludable. El mundo se percibe a través de un filtro de alerta y desconfianza.

**Un Tejido Social Deshilachado:** Establecer y mantener relaciones interpersonales se convierte en un desafío constante. La confianza se vuelve un bien escaso, y lamentablemente, la vulnerabilidad a la revictimización en la edad adulta puede perpetuar el ciclo del dolor, dificultando la construcción de vínculos seguros y significativos.

**El Cuerpo Recuerda el Dolor:** Sorprendentemente, las consecuencias del abuso infantil pueden incluso manifestarse a nivel físico. El estrés crónico experimentado durante la infancia puede aumentar la susceptibilidad a enfermedades crónicas como la hipertensión, los problemas cardiovasculares y los trastornos que afectan el sistema inmunológico, demostrando que el cuerpo también guarda memoria del trauma.

En definitiva, el abuso infantil deja una huella imborrable que requiere una comprensión profunda y una respuesta compasiva. Reconocer este impacto a largo plazo es el primer paso crucial para fomentar la resiliencia, ofrecer el apoyo adecuado y construir caminos hacia la sanación y la recuperación para aquellos cuyas vidas han sido marcadas por estas dolorosas experiencias.

#### **VI. UNICEF PANAMÁ**

El Código de Familia de Panamá todavía permite legalmente el castigo corporal infantil. Es así que el 45% de los niños y niñas entre 1 y 14 años experimentan disciplina violenta en el hogar.

Un reciente estudio de UNICEF sobre el trabajo social en el país resaltó la falta de servicios a nivel local, especialmente en áreas rurales y comarcas, la debilidad de los esfuerzos de prevención (incluido el apoyo a la crianza) y la existencia de normas sociales arraigadas que aceptan ciertas formas de violencia contra los niños y niñas. En relación con las estadísticas sobre la violencia de género y étnica, se estima que 7 de cada 10 casos de violencia sexual reportados afectan a niños o niñas. Dentro de este grupo, 9 de cada 10 víctimas son niñas o adolescentes mujeres. Asimismo, se registran 4,177 adolescentes de entre 15 y 17 años en uniones tempranas, con una prevalencia cuatro veces mayor entre aquellas que forman parte de comunidades indígenas.

Para 2024, 948 de ellos viven en albergues. De ellos, 1 de cada 2 son indígenas, 1 de cada 10 vive con una discapacidad, y 2 de cada 5 fueron separados de sus familias por razones no justificadas como pobreza, desnutrición o falta de acceso a una escuela. La única razón por la que los niños deberían ser separados de sus familias es la violencia y el abandono. Además de los albergues, no existe otra forma de cuidado familiar alternativo a nivel nacional en Panamá, y son muchos los estudios los que han demostrado el impacto negativo de la institucionalización en la infancia, puesto que, la mejor opción debe ser ubicar a un menor de edad en la familia extendida o una de acogida en caso de que deba ser apartado/a.

En el marco del plan de trabajo del Programa País 2021-2025, se buscó fortalecer la capacidad de las instituciones responsables mediante la generación de evidencias para orientar la toma de decisiones e impulsar mecanismos de respuesta multisectoriales.

En colaboración con el Estado panameño—particularmente el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNIAF)— y organizaciones no gubernamentales, trabajaron en la prevención de la separación innecesaria de niños de sus familias, promoviendo su reintegración en el núcleo familiar cuando sea posible. Gracias a estas acciones, lograron que el 30 % de los niños egresen de instituciones de protección infantil, con una gestión de casos más eficiente, planes individualizados, capacitación del personal de asistencia y apoyo a familias en situación de vulnerabilidad. Como resultado, 290 niños que residían en albergues han podido regresar a un entorno familiar.

#### Detección e Intervención:

Desvelando el Abuso Infantil: Una Intervención Temprana como Puente hacia la Sanación

Reconocer las primeras señales del abuso infantil se erige como un acto crucial, una ventana de oportunidad para reorientar la vida de un niño y salvaguardar su bienestar mental en la edad adulta. Las manifestaciones pueden ser variadas, desde lesiones inexplicables o un crecimiento detenido, hasta la aparición de ansiedad, tristeza profunda, aislamiento social, comportamientos agresivos o alteraciones en los patrones de sueño y alimentación. Profesionales de la salud, educadores y trabajadores sociales desempeñan un papel fundamental al estar capacitados para identificar estas alarmas tempranas.

Una vez que se detecta el abuso, una intervención oportuna y coordinada se convierte en un faro de esperanza, un camino hacia la recuperación que involucra diversas estrategias:

- Evaluaciones exhaustivas permiten comprender la profundidad del impacto del abuso en el desarrollo del niño, trazando así la ruta de apoyo más adecuada.
- La terapia psicológica, con enfoques como el cognitivo-conductual, ha demostrado ser una herramienta poderosa para aliviar la ansiedad, la depresión y las secuelas del estrés postraumático.
- En situaciones de gravedad, la notificación a las autoridades competentes y la consideración de medidas legales como la separación del menor de su agresor son pasos cruciales para garantizar su seguridad inmediata.
- El fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y social a través de programas específicos crea un entorno más seguro y propicio para la sanación

La prevención, la llave para construir un futuro libre de estas dolorosas experiencias, requiere una acción concertada en la comunidad y el seno familiar:

- Impulsar programas de educación para padres fomenta prácticas de crianza positivas y ayuda a romper la transmisión intergeneracional del abuso.
- Implementar campañas de concienciación social desvela la realidad del abuso infantil y sus efectos devastadores en la salud mental, movilizándolo a la sociedad hacia la protección de la infancia.
- Desarrollar programas de apoyo comunitario que ofrezcan recursos psicológicos, educativos y económicos a familias en situación de vulnerabilidad puede prevenir la escalada hacia el abuso o la negligencia.
- Establecer ambientes escolares seguros, con protocolos claros para la prevención y el abordaje del acoso y la violencia infantil, protege a los niños en uno de sus entornos más importantes.

La investigación científica y el desarrollo de políticas públicas son pilares fundamentales para avanzar en la protección de la infancia:

- Promover investigaciones que exploren la compleja relación entre el abuso infantil y los trastornos psiquiátricos permitirá refinar las estrategias de intervención y prevención.

- La creación de centros de rehabilitación especializados en la atención integral de víctimas de abuso que también presentan trastornos de salud mental ofrece un camino hacia la recuperación y el bienestar.
- Evaluar rigurosamente la efectividad de los programas gubernamentales de protección infantil y trabajar continuamente para mejorar su impacto es una inversión crucial en el futuro de la sociedad.

La evidencia es clara: una intervención temprana y bien articulada puede marcar una diferencia significativa en la vida de un niño que ha sufrido abuso, reduciendo la probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos a largo plazo y abriendo las puertas hacia la sanación y un futuro más prometedor.

## VII. CONCLUSIÓN

En el laberinto del desarrollo humano, el abuso infantil emerge como un factor de riesgo trascendental, dejando una huella imborrable que puede oscurecer la trayectoria vital e incrementar significativamente la vulnerabilidad a una amplia gama de trastornos psiquiátricos. Su impacto, lejos de circunscribirse al ámbito emocional, penetra las estructuras mismas del cerebro en etapas críticas de maduración, alterando la arquitectura neuronal y la delicada capacidad de respuesta al estrés.

Comprender la intrincada danza entre las experiencias adversas tempranas y sus consecuencias neurobiológicas se revela como un imperativo ineludible. Esta comprensión profunda no solo ilumina los mecanismos subyacentes al sufrimiento, sino que también se erige como la piedra angular para diseñar estrategias de prevención proactivas, herramientas de detección temprana más afinadas y tratamientos terapéuticos innovadores y centrados en la persona.

Solo a través de un abordaje integral y multidisciplinario, que reconozca la complejidad de las heridas invisibles del abuso infantil, podremos aspirar a mitigar sus efectos devastadores y construir un futuro donde la protección, la sanación y la mejora de la calidad de vida sean una realidad tangible para aquellos cuyas vidas han sido marcadas por estas dolorosas experiencias. La inversión en la prevención y el tratamiento del abuso infantil no es solo un imperativo ético, sino una necesidad social apremiante para construir comunidades más resilientes y saludables.

## REFERENCIAS

- [1].(S/f).Redalyc.org., de <https://www.redalyc.org/journal/2654/265473137021/html/>
- [2].Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. (s/f). Aepnya.eu. <https://aepnya.eu/index.php/revista-aepnya/article/view/857/1039>
- [3].Toth, S. L., & Cicchetti, D. (s/f). El Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial del Niño. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. <https://www.encyclopedia-infantes.com/maltrato-infantil/segun-los-expertos/el-maltrato-infantil-y-su-impacto-en-el-desarrollo-psicosocial>
- [4].Arango, C., & García, C. (2020). Relación entre el maltrato infantil y la adaptación social en una muestra de jóvenes atendidos en un servicio de intervención precoz en psicosis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(4), 214-223. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-relacion-entre-el-maltrato-infantil-S1888989120300574>
- [5].García, R., & Martínez, L. (2019). Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(1), 12-29. <https://www.aepnya.eu/index.php/revista-aepnya/article/view/857>

# Reto de las Universidades en la formación del Recurso Humano Enfermería con inserción de las nuevas modalidades académicas.

Magister Magdamara Brown, Directora de Enfermería –Escuela de Enfermería UIP.  
[orcid.org/0009-0003-3729-5172](https://orcid.org/0009-0003-3729-5172)

La formación del recurso humano de enfermería, en Panamá enfrenta actualmente un contexto de transformación impulsado por los avances tecnológicos, los avances tecnológicos, los cambios en las demandas del sistema de salud y la diversificación de las modalidades académicas.

Nuestras Universidades tienen el reto de adaptar sus planes de estudio, sus infraestructuras, al equipo docente y administrativos para que en conjunto se garantice una formación holística globalizada e integral, que sea pertinente innovadora, científica y de calidad.

Necesitamos docentes con una formación actualizada, con estrategias pedagógicas innovadoras que mantengan una esencia humanística y práctica de la enfermería. Que enfoquen sus proyecciones académicas para que el estudiante entienda que la energía positiva que fluye de la mente, cuerpo y espíritu deben estar integrados tanto para el paciente como para ellos que dan el cuidado, ( no pueden dar lo que no tienen) luego viene la incorporación real de nuevas modalidades de enseñanza, enfatizó en real porque a pesar de que en estos momentos hablamos mucho de la educación virtual, híbrida y el aprendizaje basado en simulación, aún no somos capaces como docentes de reconocer que nos encontramos envueltos en el discurso del principio universal de la ontología, (rama de la filosofía que se dedica a reflexionar sobre los modos esenciales de existencia de las cosas). El principio de la contradicción, el de identidad, el de tercero excluido y el de la razón suficiente.

- Contradicción = son las proposiciones contradictorias no pueden ser ambas verdaderas en el mismo sentido al mismo tiempo
- Identidad = es un indicador de comportamiento transmitido por los diferentes medios a los que pertenecemos.

Reto de las Universidades en la formación del Recurso Humano Enfermería con inserción de las nuevas modalidades académicas.

- Tercero excluido = es la afirmación de que cualquier enunciado es o bien verdadero o falso.
- Razón suficiente = se establece que todo debe tener una razón o una causa.

Desde nuestros estamentos institucionales normativos y reguladores que tienen vinculación, con los servicios de salud también, deben darse cambios, desde la forma de la fiscalización, la forma de la regulación convirtiéndose en actores potenciales y fundamentales para el logro de la inserción de estas nuevas modalidades académicas de manera colaborativa, viabilizando las estrategias para que las universidades que estamos llamadas a liderar procesos académicos de innovación educativa respondamos a las necesidades de los sistemas de salud actuales y futuros, garantizando la formación de profesionales de enfermería en este caso, competentes, éticos y preparados para ejercer en contextos cambiantes y tecnológicamente avanzados.

Es solo de esta manera que podemos lograr entender el RETO, Es esencial que todos vayamos en la misma dirección acompañados de muchos factores tanto éticos como estratégicos, para lograr una adecuada inserción de todos a las nuevas modalidades.

También se requiere de una inversión económica que nos proporcione actualización e innovación tecnológica, actualización curricular, al compromiso de fortalecer las competencias digitales de los estudiantes y docentes, asegurar el acceso equitativo a los insumos y recursos tecnológicos y garantizar que la formación práctica no se vea comprometida por la virtualidad. O sea que una modalidad no debe suplir a la otra, procurando facilitar prácticas clínicas efectivas en entornos cada vez más digitalizados y complejos.



Magister Magdamara Brown.

# ¿Embarazo en adolescencia un problema de educación?

Estudiantes de Licenciatura en enfermería, curso métodos de educación enfermería -3er cuatrimestre.

Resumen---El embarazo en la adolescencia es un problema asociado a la falta de educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos. A nivel mundial, millones de mujeres no tienen acceso a anticoncepción moderna, lo que contribuye a embarazos no planificados, especialmente en sectores vulnerables. En América Latina, la tasa de fecundidad adolescente es una de las más altas del mundo, lo que impacta negativamente en la educación, el empleo y la independencia económica de las jóvenes, perpetuando la pobreza. Además, las crisis y conflictos aumentan los embarazos no deseados al restringir el acceso a anticoncepción y aumentar la violencia sexual. Para reducir esta problemática, es esencial fortalecer la educación sexual integral y garantizar el acceso a métodos anticonceptivos seguros.

Palabras claves: Anticoncepción, Educación sexual, Embarazo adolescente, Desigualdad de género y Pobreza.

Abstract---Adolescent pregnancy is a problem linked to the lack of sexual education and access to contraceptive methods. Worldwide, millions of women do not have access to modern contraception, contributing to unplanned pregnancies, especially in vulnerable populations. In Latin America, the adolescent fertility rate is among the highest in the world, negatively impacting education, employment, and young women's economic independence, thus perpetuating poverty. Additionally, crises and conflicts increase unintended pregnancies by restricting access to contraception and escalating sexual violence. To reduce this issue, it is essential to strengthen comprehensive sexual education and ensure access to safe contraceptive methods.

## I- LA ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción es la manera más obvia de evitar un embarazo no intencional.

Y, si bien todos los métodos pueden fallar o utilizarse de manera incorrecta, el problema más importante con diferencia es que las personas no tengan la posibilidad de acceder al método anticonceptivo que necesitan y cuando lo necesitan.

Anticoncepción (n)

Acto de evitar intencionadamente el embarazo, por ejemplo mediante el uso de dispositivos, prácticas, medicamentos o procedimientos quirúrgicos. La anticoncepción puede considerarse moderna o tradicional.

Sinónimo: planificación familiar

¡¿?! “Planificación familiar” puede dar a entender que formar una familia debería ser la aspiración de la gente... ¿?

A escala mundial, cerca de 257 millones de mujeres que no quieren quedarse embarazadas no utilizan métodos anticonceptivos seguros y modernos.

Entre ellas, 172 millones de mujeres no utilizan ningún método. La mayoría de las mujeres que no quieren quedarse embarazadas dicen no usar métodos anticonceptivos modernos por los siguientes motivos:

- Miedo o experimentar efectos secundarios (26%)
- Actividad sexual poco frecuente o inexistente (24%)
- Oposición al uso de métodos anticonceptivos (23%)
- Estar amamantando o en el período de posparto y no estar menstruando (20%)

Los mitos y la información errónea son omnipresentes y a ellos recurren todo tipo de fuentes, desde docentes y trabajadores de la salud hasta los políticos o progenitores.

### Mito

Los anticonceptivos provocan infertilidad en las mujeres.

### Realidad

a. La gran mayoría de los métodos anticonceptivos son temporales y NO provocan infertilidad. Existen dos métodos (ligadura de trompas y vasectomía) pensados para ser permanentes, aunque incluso estos se pueden revertir en ciertos casos.

b. Los anticonceptivos evitan embarazos, no provocan abortos.

c. Los anticonceptivos no favorecen comportamientos sexuales de riesgo ni la promiscuidad.

d. Los anticonceptivos pueden, de hecho, reducir el riesgo de padecer determinados cánceres.

e. Los anticonceptivos no tienen ningún efecto en la fertilidad, vigorosidad o masculinidad de los hombres.

f. Los DIU están diseñados para permanecer en el útero. No tienen ningún efecto en los hombres ni pueden provocarles lesiones.

g. Las personas que no han dado a luz pueden usar anticonceptivos. De hecho, a veces incluso se recetan determinados anticonceptivos para combatir problemas como el acné o la endometriosis a personas que no mantienen relaciones sexuales.

h. La gran mayoría de los métodos anticonceptivos son temporales y NO provocan infertilidad. Existen dos métodos (ligadura de trompas y vasectomía) pensados para ser permanentes, aunque incluso estos se pueden revertir en ciertos casos.

A muchas mujeres les inquieta la posibilidad de experimentar efectos secundarios, un tema que a veces es descuidado por los profesionales de la salud. Además, sus necesidades de anticoncepción pueden variar con el tiempo, algo que los sistemas de salud no siempre consideran adecuadamente. Además, los métodos alternativos pueden ser escasos o no estar disponibles.

Aunque los programas de planificación familiar han logrado grandes avances en cuanto a facilitar información sobre los anticonceptivos y el acceso a ellos, todavía queda mucho por hacer. A fin de llegar a las personas más olvidadas, estos programas deben encarar de lleno el estigma, la información errónea, la capacitación de los trabajadores de la salud, la educación sexual integral y la desigualdad de género.

El problema que plantean los enfoques basados exclusivamente en la abstinencia:

Muchas personas creen que la abstinencia sexual es un método de control de la fecundidad “infalible”. Sin embargo, la abstinencia puede ser ineficaz si no se mantiene de forma segura.

Los estudios muestran que, entre las personas que emplean la abstinencia periódica como método anticonceptivo, cerca del 40% lo abandonan antes de los 12 meses. Además, incluso las personas que cumplen estrictamente la abstinencia pueden ser víctimas de violación o relaciones sexuales coercitivas, formas de violencia que, por desgracia, están generalizadas.

Se necesitan más estudios sobre otros tipos de anticonceptivos, como los que garanticen menos efectos secundarios y los anticonceptivos masculinos.

## II- EMBARAZO NO INTENCIONAL (N)

Embarazo en una mujer que no tenía planeado tener [más] hijos, o embarazo inoportuno, que sucede antes de lo deseado.

No hay nada más importante para la autonomía corporal que la capacidad de decidir si quedarse o no embarazada.

Sin embargo, para demasiadas personas, esta elección reproductiva que más puede cambiar su vida no es realmente una elección.

El 23 por ciento de las mujeres afirma no poder negarse a mantener relaciones sexuales

(en países donde se dispone de datos)

Solo el 57 por ciento de las mujeres está en situación de tomar sus propias decisiones sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos

(en países donde se dispone de datos)

Asimismo, es un claro recordatorio de que la discriminación de género acecha en todos los rincones de nuestras vidas.

Nos consta que el embarazo no intencional está relacionado con:

- la desigualdad de género
- un menor desarrollo socioeconómico
- tasas de mortalidad materna más elevadas

Además, se conocen las condiciones reales que agudizan estas tasas, entre ellas:

- la pobreza
- niveles menores de educación y empleo
- Cexposición a la violencia y la coacción

Las mujeres tienen más posibilidades de tener un embarazo no intencional cuando disponen de menos opciones y menos poder.

“No hay opción en absoluto”

Más del 60% de los embarazos no deseados terminan en aborto y se estima que el 45% de todos los abortos son inseguros, lo que representa entre el 5% y el 13% de todas las muertes maternas registradas, según el Informe del Estado de la Población Mundial 2022 del UNFPA.

Esto también está teniendo un gran impacto en la capacidad del planeta para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su fecha límite que es 2030.

Además, se espera que la guerra en Ucrania, y otros conflictos crisis impulsen un aumento de los embarazos no deseados, ya que se interrumpe el acceso a la anticoncepción y aumenta la violencia sexual.

“Para las mujeres afectadas, la opción reproductiva que más cambia la vida ya sea quedar embarazada o no, no es una opción”, dijo la responsable del UNFPA.

Empujada al embarazo

El informe destacó que la desigualdad de género y el estancamiento del desarrollo generan altas tasas de embarazos no deseados.

Por ejemplo, se estima que 257 millones de mujeres en todo el mundo que desean evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos modernos y seguros.

Y donde hay datos disponibles, casi una cuarta parte de todas las mujeres se sienten incapaces de decir que no a las demandas de sexo.

Una variedad de factores también contribuye a los embarazos no deseados, incluida la falta de atención médica sexual y reproductiva; los anticonceptivos que no se adaptan a las circunstancias de la mujer; las normas dañinas que rodean a las mujeres y controlan sus propios cuerpos; la violencia sexual y la coerción reproductiva; así como el sentimiento de vergüenza en los servicios de salud.

Todo esto refleja la presión que las sociedades ejercen sobre las mujeres y las niñas para que se conviertan en madres.

Los embarazos aumentan durante las crisis

Las crisis y los conflictos privan a las mujeres de su autonomía en todos los niveles, lo que aumenta drásticamente el riesgo de embarazos no deseados.

Las mujeres a menudo pierden el acceso a los anticonceptivos y la violencia sexual aumenta, según el informe, que cita estudios que muestran que más del 20% de las mujeres y niñas refugiadas se enfrentarán a la violencia sexual.

“Si tuvieras 15 minutos para salir de tu casa, ¿qué te llevarías? ¿Tomarías tu pasaporte? ¿Comida? ¿Recordarías tu método anticonceptivo?” preguntó la doctora Kanem.

Lo cierto es que, después de que comienza una crisis, los servicios de salud y protección sexual y reproductiva salvan vidas.

“En los días, semanas y meses posteriores al inicio de una crisis, los servicios de protección y salud sexual y reproductiva salvan vidas, protegen a mujeres y niñas de cualquier daño, y previenen embarazos no deseados. Son tan vitales como la comida, el agua y el refugio”, observó la directora del Fondo.

Embarazo adolescente es fábrica de pobres en A. Latina

Según UNFPA, Latinoamérica presenta la segunda tasa de fecundidad (66,5 por cada 1.000) más alta del mundo entre mujeres de 15 a 19 años.

El embarazo adolescente lastra la vida de miles de jóvenes y reproduce la pobreza en Latinoamérica y el Caribe, además de generar a los países gastos millonarios que podrían evitarse, advierte la ONU en un estudio presentado este miércoles (11.11.2020).

“El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son fenómenos que impactan fuertemente en la trayectoria de vida de miles de mujeres en América Latina”, señala el informe del Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA).

Los efectos de esos embarazos precoces “son múltiples y se extienden tanto al nivel de la educación como del mercado laboral, de la salud e incluso de las economías nacionales”, añade el documento.

“El embarazo adolescente es una fábrica de pobres en América Latina”, dice a la AFP Federico Tobar, asesor regional del UNFPA.

## III. COSTOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Según un informe de UNFPA, el embarazo adolescente en Latinoamérica y el Caribe genera costos a los Estados que suponen, en promedio, el 0,35 % del Producto Interno Bruto (PIB) o 1.242 millones de dólares anuales por país.

Y los efectos de la pandemia del COVID-19 en curso se estiman "entre 400.000 y 500.000 embarazos adolescentes adicionales que se van a registrar el año que viene", y que tendrán un "costo marginal" para América Latina y el Caribe de "alrededor de 600 millones de dólares", dijo Tobar.

Esto por restricciones de acceso a anticonceptivos por factores económicos o por falta de oferta, o por abusos sexuales, especialmente en menores de 15 años, explicó el funcionario.

El estudio titulado "Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe", analiza la situación de Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

Dificultad para seguir los estudios y encontrar empleo

Según el informe, las niñas y adolescentes que son madres suelen abandonar la escuela para criar a sus hijos, sobre todo en las familias de menos recursos, lo que se traduce en una mayor dificultad para seguir los estudios y encontrar empleo bien remunerado.

Casi la mitad de las madres de 10 a 19 años se dedican exclusivamente a tareas domésticas y tienen tres veces menos oportunidades (6,4% frente 18,6%) de obtener un título universitario que aquellas que postergaron la maternidad, al tiempo que ganan en promedio 24% menos, indica el estudio.

Asimismo, las mujeres que tienen hijos después de los 20 años ganan un promedio anual de 573 dólares más que aquellas que son madres antes de esa edad.

Estas circunstancias condicionan la independencia de las mujeres, lo que las hace más vulnerables a la violencia de sus parejas.

Segunda tasa de fecundidad más alta del mundo

Según UNFPA, Latinoamérica presenta la segunda tasa de fecundidad (66,5 por cada 1.000) más alta del mundo entre mujeres de 15 a 19 años.

República Dominicana (100,6 por cada 1.000), Nicaragua (92,8), Guyana (90,1), Guatemala (84), Guyana francesa (82,6), Venezuela (80,9) y Panamá (78,5) presentan las tasas más altas.

De los seis países del informe el índice mayor lo presenta Guatemala (84), seguido de Ecuador (77), México (66), Argentina (64), Paraguay (60) y Colombia (57).

Según los especialistas, el embarazo temprano en América Latina tiene varias aristas, aunque principalmente se debe a la ausencia de una educación sexual integral, al desconocimiento, la falta de acceso a métodos anticonceptivos y barreras culturales.

En muchos países está prohibido, incluso, que las instituciones públicas entreguen esos métodos anticonceptivos, denuncia UNFPA.

"La mayoría de adolescentes tienen su inicio sexual sin usar anticonceptivos", lamenta Tobar.

Madres adolescentes en Panamá: Un 60 % está fuera de la escuela

El embarazo adolescente es una prueba de que un delito sexual fue cometido, destaca Unicef.

Unas 14.364 mujeres adolescentes, entre los 10 y 19 años, son madres en Panamá, país que penaliza las relaciones sexuales con menores de edad, según cifras divulgadas esta semana, que fueron recogidas por Unicef con base al 'XII Censo de Población y VIII de Vivienda, década 2020'.

"Las tasas de embarazo adolescente en Panamá han ido descendiendo con el tiempo. Pero, por su puesto, un embarazo o madre adolescente tiene consecuencias a largo plazo", dijo a EFE la especialista de monitoreo y evaluación de Unicef en Panamá, Anilena Mejía.

La exclusión educativa es "más común en las madres adolescentes", pues supone un 60 % entre esas jóvenes con hijos entre los 10 y 17 años, destaca el informe de Unicef. Y el 62 % de las madres 15 a 17 años no estudia ni trabaja, una cifra alta en comparación al 7 % entre aquellas del mismo rango de edad que no son madres.

"Hay que recordar que las madres adolescentes (tienen) una alta carga de cuidado de sus hijos, también la tasa de participación en la escuela es más baja en las madres adolescentes.

Esto puede estar relacionado con los ciclos intergeneracionales de pobreza y desigualdad", explicó Mejía.

En cuanto a protección social, el 20% de las adolescentes madres entre los 10 a 19 años viven en hogares que reciben alguna transferencia monetaria. Además, el acceso a becas es menor en madres adolescentes (48 %) frente al total de las personas de este grupo etario (61 %), "probablemente relacionado con su menor acceso a la educación", apunta el informe.

Además, tienen menos acceso y uso de internet, ya que solo el 43% de las madres adolescentes logra conectarse a internet y la tasa de uso es del 50 %.

Esas 14.364 madres adolescentes representan el 4 % del total de mujeres en ese rango de edad, según ese documento lanzando en el marco de la conmemoración del 35 aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño y Día Mundial de la Infancia.

En concreto, el 70 % de esas jóvenes con hijos tienen entre 18 y 19 años (10.049), el 29 % tienen entre 15 y 17 años (4.102) y un 1 % están entre los 10 y 14 años (213 niñas), detalla el informe.

"El embarazo adolescente tiene un impacto significativo en la vida de niñas y mujeres, ya que pone en riesgo su salud y limita sus oportunidades educativas y económicas, perpetuando ciclos de pobreza y desigualdad", señala el documento de Unicef.

Indígenas y afrodescendientes, los grupos poblacionales más golpeados

El 59 % de las adolescentes madres es de etnia indígena, mientras que el 21 % son afrodescendientes, el 3% declararon ser tanto afro como indígenas y el 20 % restante no declaró "autorreconocimiento afro ni indígena por lo cual puede ser considerada como de otras etnias", según el informe.

"Las zonas rurales y de difícil acceso hay menos acceso a servicios integrales de salud, educación y de prevención del embarazo en la adolescencia por la distancia de esta zona", detalló la experta.

El 61 % de las madres adolescentes se concentran en zonas rurales mientras que el 39 % en áreas urbanas. La mayoría de esas jóvenes con hijos en el campo viven en la comarca Ngäbe-Buglé, siendo un 31%, seguido de un 13% en Bocas del Toro (Caribe fronterizo con Costa Rica) y un 12% en Chiriquí (límite con Costa Rica).

## VI. REFERENCIAS

1. La mitad de los embarazos no son intencionales. (s. f.). Fondo de Población de las Naciones Unidas. <https://www.unfpa.org/es/swp2022/crisis>
2. El asombroso número de embarazos no deseados revela un fracaso en el respeto de los derechos de las mujeres. (2022, 16 diciembre). Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2022/03/1506472>
3. United Nations Population Fund. (s. f.). United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/>
4. <https://www.mides.gob.pa/wp-content/uploads/2024/06/Informe-de-Avances-Plan-de-Accion-21-24-CONAMA.pdf>
5. Soto, G. (2024, 5 abril). Se proponen reducir el número de menores embarazadas en Panamá Oeste – CSS Noticias. <https://prensa.css.gob.pa/2024/04/05/se-proponen-reducir-el-numero-de-menores-embarazadas-en-panama-oeste/>
6. Efe. (2024, 20 noviembre). Más de 14.000 adolescentes son madres en Panamá, la mayoría indígenas y afrodescendientes. SWI swissinfo.ch. <https://www.swissinfo.ch/spa/n%C3%A1s-de-14.000-adolescentes-son-madres-en-panam%C3%A1,-la-mayor%C3%ADa-ind%C3%ADgenas-y-afrodescendientes/88255403>

7. Ciudad de Panamá, EFE1. Ciudad de Panamá, EFE, @PanamaAmerica & Ciudad de Panamá, EFE, @PanamaAmerica. (2024, 23 noviembre). Madres adolescentes en Panamá: Un 60 % está fuera de la escuela. Panamá América. <https://www.panamaamerica.com.pa/sociedad/madres-adolescentes-en-panama-un-60-esta-fuera-de-la-escuela-1243382>

8. Welle, D. (2020, 11 noviembre). ONU: Embarazo adolescente es fábrica de pobres en A. Latina. dw.com. <https://www.dw.com/es/onu-el-embarazo-adolescente-es-una-f%C3%A1brica-de-pobres-en-am%C3%A9rica-latina/a-55569024>

s.



Visita: [portalrevista360escueladeenfermeria.com](http://portalrevista360escueladeenfermeria.com)



# VISIÓN 360

REVISTA CIENTÍFICA DE ENFERMERIA



Universidad  
Interamericana  
de Panamá

