



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL**



Consecuencias psicofísicas en niños de madres adictas a la pasta base de cocaína, durante el período de gestación.

AUTORES:

Br. Baeten, Rocío
Br. Miraglia, Daniela
Br. Real, María Noel
Br. Carballo, Silvana
Br. Ramos, María Eugenia

TUTORES:

Prof. Asist. Lic. en Enf: Pérez, Carlos
Prof. Adj. Esp .Lic. en Enf: Dutra, Iris

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2012

Agradecimientos

A nuestras familias, por su apoyo sin límites en el procesamiento del trabajo.

Al Personal del Hogar Infantil perteneciente al INAU.

A nuestros tutores: Prof. Asist. Lic. en enfermería: Carlos Pérez y Prof. Adj. Lic. en enfermería Iris Dutra que nos acompañaron y guiaron en esta última etapa de la carrera.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a nuestra formación académica.

INDICE

Resumen.....	Pág.4
Introducción.....	Pág.5
Planteamiento del problema.....	Pág.6
Justificación.	Pág.7
Objetivos.....	Pág.11
Metodología.....	Pág. 12
Marco Conceptual	
Drogas psicoactiva.....	Pag.16
Consumo durante el embarazo.....	Pág.18
Efectos sobre el Binomio materno-fetal.....	Pág.20
Trastornos del neurodesarrollo.....	Pág.22
Trastornos del crecimiento.....	Pág.26
Guía de desarrollo normal.....	Pág.33
Cronograma.....	Pág.39
Graficas.....	Pag.40
Análisis.....	Pag.52
Conclusión.....	Pág.54
Propuestas.....	Pág.55
Bibliografía.....	Pág.56
Anexo.....	Pág.58

RESUMEN

Con el fin de estudiar las consecuencias psicofísicas en niños de madres adictas a la pasta base de cocaína, durante el periodo de gestación, se realizó una investigación cualitativa, del tipo descriptivo transversal en una institución del INAU.

Se realizó la recolección de datos de 13 niños que residen en esta institución en base a entrevistas, observaciones y recolección de datos de las historias clínicas.

Estas pretendieron obtener información de los profesionales y técnicos valorando diferentes áreas (niños, el equipo interdisciplinario y el grupo en general), lo cual permitiese la identificación de la población de estudio.

Luego de recolectados los datos se lograron identificar problemas que presentan los niños expuestos a la PBC en periodo de gestación, y exponer posibles sugerencias de herramientas para abordar a los mismos.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería cursando la carrera Licenciatura en Enfermería, cuarto ciclo primer modulo.

Es un estudio cualitativo de tipo descriptivo transversal que mantuvo como eje consecuencias psicofísicas en niños de madres adictas a la pasta base de cocaína durante la gestación.

Dicha investigación se realizo en un Hogar infantil perteneciente al INAU en la ciudad de Montevideo, en el periodo del 1 de enero al 31 de enero del 2012.

En este estudio se identificaron las consecuencias que podrían generar el consumo de pasta base durante la gestación, a través de la recolección de datos y el procesamiento de los mismos. De este modo brindar una primera aproximación al tema y dejar las puertas abiertas para establecer comparaciones con otros lugares que atiendan niños con iguales dificultades.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

¿Cuáles son las consecuencias psicofísicas en niños de madres adictas a la pasta base de cocaína, durante el periodo de gestación?, que habitan en el hogar infantil del INAU, en el periodo comprendido entre el 1 al 31 de enero del 2012.

JUSTIFICACION

Desde la expansión de la PBC en el año 2002 se han realizado distintas investigaciones sobre el consumo de ésta y sus efectos. Con su incremento en la sociedad y sus repercusiones, se considera necesario aportar información válida sobre los niños entre 4 y 11 años, hijos de consumidoras durante la gestación, se elige esta franja etarea ya que los mismos son el reflejo de las consecuencias del daño que causo la droga. Haciendo un revisión bibliográfica nos encontramos que no existen en nuestro país investigaciones que incluyan a estos niños, pero si de 0 a 2 años.

Teniendo como antecedentes que, según las investigaciones realizadas por el instituto de investigaciones biológicas Clemente Estable en conjunto con la facultad de química, la magnitud del consumo de la PBC es relativamente bajo en comparación con otras drogas (marihuana, tabaco, alcohol, etc.) . Sin embargo su alta dependencia, su asociación a comportamientos de gran impulsividad -agresividad, la rotura de códigos sociales y su alta visibilidad, hace que esta droga sea de alto impacto.

El Estado Uruguayo ha apostado fuertemente al desarrollo de políticas sociales dirigidas a garantizar la igualdad de oportunidades y la equidad de género con énfasis en la niñez. Prueba de ello es el compromiso político asumido en forma intersectorial expresado en el documento *“Estrategia nacional Infancia y Adolescencia”* (ENIA) 2010 – 2030.¹

En el embarazo sabemos que al consumir esta droga se suscitan una serie de acontecimientos tanto en la madre como en el feto. Podemos identificar que la exposición prenatal a la PBC, está relacionada a complicaciones obstétricas: mayor riesgo de aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) y retardo del crecimiento intrauterino (RCIU).

¹ Normas y consenso para la atención integral del recién nacido; MSP; 2011.

Esta última relacionada con la disminución del aporte de oxígeno, aminoácidos y nutrientes al feto, a prematuridad, bajo peso al nacer, anomalías neurológicas congénitas de otros sistemas y efectos en el desarrollo posterior.

Nuestro país cuenta con algunos estudios al respecto, como fue la investigación en el CHPR en el año 2007.

“Se realizó un estudio de identificación de sustancias de consumo recreativo y psicofármacos. Se utilizó como muestra biológica el meconio que tiene la ventaja de identificar el consumo materno de sustancias en la segunda mitad del embarazo. La sustancia que se consume con mayor frecuencia es el alcohol con un 39,9%, seguida del tabaco en proporciones similares, los metabolitos de cocaína que identifican a cocaína y PBC se detectaron en 2,5%.

Pero es probable que la incidencia de consumo de PBC en el embarazo se haya incrementado en los últimos años.

Según la investigación, los hijos de madres que consumieron pasta base de cocaína durante la gestación presentan mayor riesgo de alteraciones del neurodesarrollo tales como, déficits cognitivos, trastornos del lenguaje y aprendizaje, trastornos del crecimiento, trastorno en el sueño, casos de síndromes piramidales, casos de síndromes hipotónicos, y daños neurológicos severos, frente a los no expuestos.

Lo que no podemos es atribuir estos riesgos al efecto exclusivo de la exposición prenatal a la pasta base de cocaína, debido a que los factores ambientales asociados y el poli consumo, también influyen.²”

Las neurociencias han demostrado a través de múltiples evidencias, la trascendencia de cuidar, proteger y atender la niñez desde la gestación,

² © 2011 Sociedad Uruguaya de Pediatría

especialmente hasta los tres años de edad. El cuidado y la atención integral e integrada durante los primeros dieciocho meses mejoran el desarrollo futuro y evita deficiencias irreversibles. Es en esta etapa donde las sinapsis neuronales se desarrollan con niveles de velocidad y eficiencia vertiginosas, las cuales no vuelven a ser alcanzados en el resto de la vida, las habilidades sensoriales que no se adquieren en los primeros años de vida, se pierden. Actualmente se observa una transformación de la familia, que se estructura sobre bases muy diferentes a las anteriores, además de la transformación de la familia, influye el consumo problemático de sustancias por parte de la madre durante la gestación, y la mayor parte de las veces la pareja, generando situaciones de todo tipo, como violencia, falta de estímulo del niño o falta de atención a detectar precozmente patologías asociadas al consumo gestacional, sean conductuales u orgánicas, abandono de sus hijos en contenedores, en hospitales, en casas de vecinos, entre otros. Por esta razón el INAU interviene retirando a los niños de padres consumidores de PBC.³

Conociendo estos antecedentes, nos es inevitable la interrogante, ¿cómo será el futuro de estos niños?.

La necesidad de esta investigación, surge para ampliar conocimientos y ofrecer herramientas de abordaje de estos usuarios a través del conocimiento de esta problemática a los profesionales, sabiendo que habría que reforzar aspectos de la formación de enfermería en lo que hace a la valoración de la embarazada consumidora y seguimiento de los niños con inclusión de lo psicosocial y cultural para percibir más claramente las repercusiones y planificar estrategias para disminuir en lo posible las secuelas que hubieren quedado.

Teniendo presente que al fortalecer la capacidad de atención del personal de salud, se contribuirá a mejorar la calidad de vida de estos niños y de

³ *El País*; sección Ciudades B3; " INAU obligado a retirar hijos de adictos de sus hogares"; 25 de febrero 20011.

esta manera aumentar la equidad social al brindar oportunidades a la infancia.

Porque cuanto más precoces son las intervenciones, son más efectivas y de menor costo. Se destinan elevados recursos en salud para los hijos de embarazadas consumidoras de pasta base de cocaína, atribuidos a hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, como es el caso de CTI neonatal.

Estamos seguras que si en nuestro país hubiese un protocolo preventivo para favorecer la relación costo-utilidad del consumo durante el embarazo, los altos gastos en salud ocasionados por el menor expuesto a la pasta base en hospitalización y seguimiento ambulatorio serían sensiblemente menores, partiendo desde un primer nivel de atención, donde la captación, tanto de embarazadas como de niños es facilitada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las consecuencias psicofísicas en niños de 4 a 11 años de edad hijos de madres adictas a la pasta base de cocaína, durante el periodo de gestación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar en el niño anomalías neurológicas y/o congénitas de otros sistemas y efectos en el desarrollo posterior, tanto en la esfera cognitiva, motora, lenguaje y conductual.
- Identificar problemas de relacionamiento que presentan dicha población con los funcionarios de la institución, sus pares y su familia.

METODOLOGIA

Tipo y diseño del estudio:

Es un estudio descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: la investigación se llevara a cabo en la ciudad de Montevideo en un hogar infantil INAU, en el periodo comprendido entre el 1 al 31 de enero del 2012.

Universo de estudio:

Los niños comprendidos entre de 4 a 11 años de edad hijos de madres adictas a la pasta base de cocaína, durante el periodo de gestación que habitan en el Uruguay.

Selección y tamaño de la muestra:

Criterio de inclusión. Niños que fueron retirados de sus madres (las cuales consumían pasta base de cocaína durante el periodo de gestación) comprendidos en la franja entre 4 y 11 años de edad que habitan en el hogar infantil en el periodo comprendido entre el 1 al 31 de enero del 2012, seleccionados por unidad de muestreo "por conveniencia" teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Criterios de exclusión: niños menores de 4 años y mayores de 11 años. Niños entre 4 y 11 años hijos de madres que no consumieron pasta base durante la gestación

Tamaño de la población: 13

MATERIALES Y METODOS

CUESTIONARIO:

- ¿Participa en actividades o juegos?	Si	No
- ¿Respetas las reglas del juego?	Si	No
- ¿Respetas a sus compañeros?	Sí	No
- ¿Es solidario con sus pares?	Si	No
- ¿Es agresivo/a físicamente con sus pares?	Si	No
- ¿Es agresivo/a verbalmente con sus pares y no pares?	Si	No

INSTRUMENTOS

Instrumento de recolección de datos; entrevista estructurada (por los investigadores), para ello se estableció variables para sus respectivos indicadores (ver anexo 1).

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- **Edad:** Variable: cualitativa ordinal

Definición: conceptual de la variable; tiempo q ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha actual

Escala de medición: en años

- **Sexo:** Variable cualitativa, nominal

Definición: La palabra "sexo" originalmente se refiera nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos, masculino o femenino.

Escala de medición: Masculino, femenino

- **IMC:** Variable cuantitativa, Ordinal.

Definición: es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.

Escala de medición: percentil: < p 3 bajo peso, de p3 a p15 riesgo bajo peso, de p15 a p85 normal, de 85 a 97 riesgo de obesidad, y > a 97 obesidad.

- **Número de consultas:** Variable cuantitativa, Ordinal.

Definición: Número promedio de consultas totales (nuevas y repetidas) que consultaron los niños.

Escala de medición: Ninguna consulta, dos en niños de tres a siete años, una vez al año de ocho a once años, más de tres veces.

- **Nivel educativo:** Variable cuantitativa, Ordinal.

Definición: grado de nivel de estudio alcanzado.

Escala de medición: jardín, Cursando primaria, ningún estudio.

- **Puesta de límites:** Variable cualitativa. Nominal.

Definición: La capacidad de aprender un límite está íntimamente relacionada al desarrollo de la inteligencia. Un conflicto cognitivo y emocional

Escala de medición: Si responde – no responde.

- **Dificultad de vinculación con sus pares:** Variable cualitativa nominal

Definición: Presencia de desapego evidenciado por la distancia afectiva en relación con los demás.

Escala de medición:

Grado I: Demuestra contacto con sus pares.

Grado II: Poco relacionamiento con sus pares.

Grado III: Evitación del contacto con sus pares.

- **Situación de calle en algún momento:** Variable Cualitativa nominal,

Definición: Condición donde la persona carece de lugar donde alojarse.

Escala de medición: Si- no.

- **Auto agresividad:** Variable cualitativa nominal.

Definición: Estado en que una persona demuestra conductas físicamente peligrosas para si misma.

Escala de medición: presenta, no presenta

.

- **Hetero Agresividad:** Variable cualitativa nominal.

Definición: Estado en que una persona demuestra conductas físicas peligrosas para otro individuo.

Escala de medición: presenta, no presenta

- **Trastornos del lenguaje:** Variable cualitativa, nominal.

Definición: la adquisición, comprensión o expresión normal del lenguaje hablado o escrito. El trastorno puede implicar a todos o algunos de los componentes: fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico.

Escala de medición: si presenta, no presenta.

- **Trastorno del aprendizaje:** Variable cualitativa, nominal.

Definición: Dificultades que interfieren con la capacidad para lograr el aprendizaje, que puede deberse a factores contextuales como la situación familiar, el ámbito escolar, afectivo y social, así como alteraciones del desarrollo neurológico.

Escala de medición: Presenta, no presenta

MARCO CONCEPTUAL

Droga psicoactiva:

Son aquellas drogas cuyo efecto principal se ejerce en el sistema nervioso central provocando alteraciones en el estado de ánimo, conducta, comportamientos, conciencia y percepciones. ⁴

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

De acuerdo al efecto predominante sobre el SNC, las sustancias psicoactivas pueden clasificarse en:

Drogas depresoras del SNC:

- Alcohol etílico
- Hipnóticos y sedantes (benzodiazepinas y barbitúricos)
- Solventes orgánicos (pegamentos, thinner, nafta)
- Opiáceos
- Gammahidroxitirato (GHB o “extasis líquido”)

Drogas estimulantes del SNC:

- Nicotina (tabaco)
- Xantinas (cafeína)
- Cocaína: pasta base, clorhidrato de cocaína, crack, free base. ⁵

Pasta base:

⁴ Junta nacional de drogas; “Problema drogas: Compromiso de todos”; 6ta Edición; Octubre 2007.

⁵ Normas y consenso para la atención integral del recién nacido; MSP; 2011

El alcaloide “cocaína” (benzoilmetilecgonina) proviene de las hojas de un arbusto de la familia Erythroxylaceae.

A partir de éstas surgen los distintos derivados: pasta base de cocaína, clorhidrato de cocaína, crack y free base.

La pasta base de cocaína (PBC) es un producto intermediario en la elaboración del clorhidrato de cocaína. Se trata de un polvo blanco amarillento, de consistencia pastosa y olor penetrante, que contiene un porcentaje variable de cocaína: si bien los reportes internacionales refieren un 40 a 85% del alcaloide, en nuestro país un estudio reveló la presencia de hasta 70% de cocaína.

Su punto de volatilización bajo le confiere la posibilidad de ser fumada

La PBC se fuma en diversos dispositivos, como pipas plásticas o metálicas, inhaladores con tapita de frescos, antenas de autos, lamparillas, entre otros; en ocasiones se fuma mezclada con marihuana (“basoco”) o con tabaco (“tabasoco”) en cigarrillo. La dosis, denominada “chasqui”, “lágrima” o “medio”, oscila entre 0,1 a 0,5 g.

La cocaína base fumada, al ser inhalada pasa inmediatamente a la sangre a través de los pulmones, atraviesa la barrera hematoencefálica alcanzando su sitio de acción a nivel del SNC, y así tarda pocos segundos en producir el efecto euforizante. La duración del mismo es muy corta: luego de un flash intenso y fugaz, el efecto desaparece rápidamente, ocasionando una profunda angustia en el consumidor (“bajón”). Esto explica el deseo compulsivo por seguir consumiendo y el gran poder adictivo de las cocaínas fumables.⁶

Composición química de la PBC en el Uruguay:

La PBC posee además de cocaína otros componentes que podrían colaborar con su efecto estimulante y su alto potencial adictivo. En este sentido, aunque son escasas las evidencias que aportan información sobre la composición química de la PBC en Uruguay, existe un primer reporte del contenido cualitativo de las muestras incautadas en nuestro país demostrando la presencia de las siguientes sustancias: cocaína, benzoato de metilo, benzoilecgonina, ecgonina, norcocaína, cis-cinnamoylcocaína, trans-cinnamoylcocaína, truxillinas, tropacocaína y otras sustancias que no han podido ser identificadas hasta el momento.⁷

Consumo durante el embarazo

⁶ Cervantes, M; Ciganda, C. ; Di Bono, R. ; Latorre, L. ; Marachilan, A. ; Scarlatta, L. ; Vidal, J. “No te enganches con la lata”.

⁷ Cecilia Scorza; Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable; Artículo de Divulgación-2010

disponible en: www.iibce.edu.uy/DIVULGACION/Articulo%20de%20divulgacion%20de%20Uruguay%20PASTA%20BASE%20DE%20COCAINA.pdf

Las mujeres que consumen PBC presentan frecuentemente comorbilidad con trastornos psicoemocionales; antecedentes de abuso, violencia, delincuencia y exclusión social que agravan esta situación.

Durante el embarazo existen cambios fisiológicos que pueden alterar la cinética de las drogas en el organismo (absorción, distribución, metabolismo, eliminación), incrementando la toxicidad y el riesgo de complicaciones:

- El retardo en el vaciamiento gástrico y reducción de la motilidad gastrointestinal, aumentan la absorción digestiva de la droga.
- El aumento del volumen corriente y la disminución del volumen residual pulmonar pueden incrementar la absorción de drogas fumadas (v.g. Tabaco, marihuana, crack, pasta base de cocaína).
- Disminución de la concentración plasmática de albúmina y reducción del metabolismo hepático, que pueden aumentar la concentración de droga libre y su pasaje al feto a través de la placenta.
- La eliminación de reservas lipídicas al final del embarazo puede favorecer la liberación de drogas acumuladas en el tejido adiposo.

La mayoría de las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta por difusión pasiva, pudiendo así ejercer su toxicidad sobre el feto. El tipo y magnitud del daño dependerán de la o las drogas consumidas, vía utilizada, dosis y duración del consumo, así como la etapa del embarazo en el cual ocurre la exposición.

En los años 80 se acuñó el término “crack baby” debido a estudios descriptivos pequeños y de reportes de casos con el cual se asociaba la presencia de múltiples malformaciones congénitas en los hijos de madres que consumieron cocaína en el embarazo.

El consumo de sustancias durante la gestación se ha relacionado con consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal,

poniendo en riesgo la vida de la madre y su hijo. También se ha asociado con trastornos neurológicos y neurocomportamentales en el recién nacido y niño en su primera infancia, catalogados muchos de éstos como irreversibles, a punto de partida de una situación que, en efecto, es 100 % prevenible.

Dentro de las complicaciones a mediano y largo plazo reportadas en lactantes, niños de edad preescolar y escolar que estuvieron expuestos a sustancias psicoactivas en su vida intrauterina por consumo materno, se destacan alteraciones del neurodesarrollo que afectan:

- Las habilidades perceptivas relacionadas con la toma y procesamiento de la información del medio (atención).
- El control y modulación de estados conductuales (sueño, despertar, llanto) y excitatorios/inhibitorios en respuesta a estímulos externos.
- El desarrollo social y emocional, regulación mutua en las interacciones y relaciones sociales (afecto).
- Las funciones motoras, desarrollo de habilidades motoras finas y gruesas, adquisición de conocimiento e intercambio social a través de habilidades motoras.⁸

Efectos sobre el binomio materno-fetal

⁸ *Mario Moraes, Cecilia Scorza, Juan Andrés Abin-Carriquiry, Antonio Pascale, Gabriel González, Eleuterio Umpiérrez; "Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencias; características y repercusiones"; Arch Pediatr Urug 2010.*
disponible en: www.sup.org.uy/Archivos/Adp81-2/pdf/adp81-2_6.pdf

Existen modificaciones propias del embarazo que incrementan el riesgo de toxicidad por cocaína. Existe una reducción de la actividad de la colinesterasa plasmática, responsable de la detoxificación hepática de la cocaína en benzoilecgonina y otros metabolitos inactivos. La cocaína y sus metabolitos atraviesan la barrera placentaria y se excretan a través de la leche materna. Estudios in vitro sugieren que el pasaje de cocaína a través de la placenta es mayor que el de benzoilecgonina; además la placenta retiene grandes cantidades de cocaína, lo cual beneficiaría al feto evitando su exposición a altas dosis, pero incrementa el riesgo de patología placentaria durante el embarazo.

Uno de los principales mecanismos fisiopatológicos que explica la toxicidad aguda por cocaína para el binomio materno-fetal es la vasoconstricción de vasos uterinos y fetales.

Estudios histopatológicos a nivel placentario revelan la presencia de trombosis in situ, infartos y hemorragias focales.

La estimulación del Sistema Nervioso Simpático así como el incremento de endotelinas (vasoconstrictoras) y la disminución de óxido nítrico (vasodilatador) explican el vasoespasmo a nivel placentario.

Estas alteraciones se agravan por alteraciones estructurales de la vasculatura placentaria: la cocaína ocasiona daño endotelial, incremento de permeabilidad vascular a lipoproteínas de baja densidad (LDL), promueve la adhesión leucocitaria y estimula la agregabilidad plaquetaria. Entre las complicaciones obstétricas relacionadas con este mecanismo de acción tóxica se incluyen: mayor riesgo de aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), esta última relacionada con la disminución del aporte de oxígeno, aminoácidos y nutrientes al feto.

La estimulación del Sistema Nervioso Simpático y las alteraciones vasculares placentarias determinan mayor riesgo de estados hipertensivos del embarazo, como el síndrome preeclampsia-eclampsia.

Existe una mayor incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer, y con una reducción de los depósitos de grasa fetal,

debido a un incremento del metabolismo de las mismas por estimulación simpática.

Reportes internacionales revelan mayor incidencia de recién nacidos prematuros, pequeños para la edad gestacional y bajo peso al nacer en hijos de madres consumidoras de pasta base.

El incremento de la actividad simpática aumenta el tono uterino y la irritabilidad miometrial, determinando mayor riesgo de parto de pretérmino y de rotura prematura de membranas.

Al atravesar la placenta la cocaína puede ejercer su efecto simpaticomimético en el feto, ocasionando aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial fetales, así como disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca.

Alcanza el SNC al atravesar la barrera hematoencefálica fetal, pudiendo por vasoespasmo determinar infartos cerebrales, así como isquemia en otros órganos. La afectación del binomio materno-fetal por la acción de la cocaína puede ocasionar la muerte materna o la muerte fetal intrauterina, por sufrimiento fetal agudo.

El policonsumo de drogas es frecuente (asociación de pasta base con tabaco, marihuana, alcohol), lo que multiplica los riesgos, ya que muchas de las complicaciones mencionadas también pueden ser causadas por otras sustancias psicoactivas. Algunos autores han relacionado la aparición de complicaciones feto-neonatales al momento de consumo durante el embarazo. La incidencia de RCIU, bajo peso al nacer y prematuridad es mayor en hijos de consumidoras de cocaína en el último trimestre.

Durante años numerosos autores, basados en estudios experimentales y series de casos clínicos han reportado una mayor incidencia de malformaciones congénitas en hijos de consumidoras de cocaína durante el primer trimestre de embarazo: microcefalia, reducción de la talla y perímetro craneano, alteraciones genitourinarias (anomalías ureterales, hipospadias, hidronefrosis), esqueléticas (acortamiento de miembros) y cardiovasculares (trasposición de grandes vasos, coartación de aorta).

Muchas de estas alteraciones se explicarían por la vasoconstricción fetal e hipoxia de órganos en desarrollo. Una limitante para relacionar directamente a la cocaína con dichas malformaciones ha sido el policonsumo, dado que drogas como el alcohol etílico tienen una acción teratogénica conocida y bien definida, pudiendo determinar muchas de estas alteraciones. Un estudio realizado a 100 hijos de consumidoras de PBC reveló alta incidencia de hipoplasia medio facial, borramiento del surco nasolabial y microcefalia, pero un alto porcentaje de estas madres habían ingerido alcohol duran el embarazo.

Existen estudios prospectivos que no han encontrado diferencias en la prevalencia de malformaciones congénitas entre recién nacidos expuestos a cocaína intraútero y un grupo control.

Por lo tanto el rol de la cocaína como teratogénico “estructural” aún es discutido.

Efectos sobre el recién nacido.

Estudios realizados a recién nacidos de madres consumidoras de cocaína (incluyendo PBC) han revelado una mayor frecuencia de inestabilidad autonómica, temblores y convulsiones.

También se ha descrito un síndrome de abstinencia neonatal a cocaína (clorhidrato, pasta base y crack) poco frecuente, de aparición en las primeras 48 horas de vida, caracterizado por hipertonía, irritabilidad, dificultad en la succión y alimentación.⁹

Trastornos del neurodesarrollo

En los últimos 20 años numerosos autores han estudiado y reportado mediante series de casos clínicos los efectos de la cocaína sobre el desarrollo neurológico de lactantes y niños que han sido expuestos a cocaína intraútero por consumo materno. Estos estudios, que incluyen seguimiento de los niños entre el nacimiento y la primera década de vida, revelaron alteraciones en el neurodesarrollo tales como:

- déficits cognitivos,
- trastornos del lenguaje y aprendizaje.
- trastornos del crecimiento y desarrollo.
- trastorno en el sueño.

⁹ Normas y consenso para la atención integral del recién nacido; MSP; 2011

Entre los mecanismos planteados para explicar estas alteraciones se incluyen la vasoconstricción e hipoxia cerebral fetal y neurotoxicidad directa por acción de monoaminas endógenas (dopamina, noradrenalina, serotonina) sobre receptores postsinápticos. En muchos de estos estudios fueron considerados otros factores etiopatogénicos para alteraciones neuropsicológicas (medio socioeconómico deficitario, desnutrición materna, consumo de otras drogas de abuso, exposición ambiental a sustancias químicas, como plomo).¹⁰

DEFICIT COGNITIVO

Las deficiencias cognitivas en los niños van desde profundas como el retraso mental hasta un funcionamiento mínimo de deterioro leve en operaciones específicas. Para entender el concepto de déficit cognitivo, algunos temas principales en la medición de la función cognitiva debe ser entendidos: déficit cognitivo es un término que inclusive se utiliza para describir los déficits en el funcionamiento intelectual. Sin embargo, el término se utiliza con mayor frecuencia en referencia a los déficit globales, y los términos tales como dificultades de aprendizaje se utilizan para describir los déficits específicos en los procesos que pueden tener poco que ver con el funcionamiento cognitivo general.

TRASTORNO DEL LENGUAJE Y APRENDIZAJE

El lenguaje es un instrumento básico para la relación interpersonal; es un acto de comunicación que permite intercambiar ideas y emociones. Se halla estrechamente unido a la inteligencia y al pensamiento ya que para llegar al lenguaje tenemos que ser capaces de imaginar y recordar, tener el símbolo de las cosas sin que éstas estén delante.

Los trastornos del lenguaje son muy frecuentes en los niños y aquellos que los presentan tienen una elevada probabilidad futura de dar problemas psiquiátricos.

El rasgo clínico central de un trastorno de lenguaje o aprendizaje es la falta de desarrollo normal, de una habilidad particular de desarrollo, sea cognitiva o lingüística. La naturaleza de la habilidad difiere con cada trastorno.

El trastorno de desarrollo del lenguaje expresivo, por ejemplo, es una perturbación en la adquisición de la habilidad productora del lenguaje. El

¹⁰ *Normas y consenso para la atención integral del recién nacido; MSP; 2011*

trastorno de desarrollo de lectura, por otra parte, es la perturbación significativa en la adquisición de la lectura, que no es debida a una causa física, neurológica o ambiental. Algunos trastornos son fácilmente observables en la evaluación clínica, mientras que otros son diagnosticables sólo a través de un ensayo estandarizado.

El trastorno del lenguaje en los niños se refiere a problemas ya sea con:

- Comunicar su significado o mensaje a otros (trastorno del lenguaje expresivo) o
- Entender el mensaje proveniente de otros (trastorno del lenguaje receptivo)

Algunos niños sólo tienen un trastorno del lenguaje expresivo. Otros tienen un trastorno mixto del lenguaje receptivo y expresivo, lo que quiere decir que tienen síntomas de ambas afecciones.

Los niños con trastornos del lenguaje pueden producir sonidos y su discurso se puede entender.

Causas, incidencia y factores de riesgo.

Para la mayoría de los bebés y niños, el lenguaje se desarrolla de manera natural comenzando en el nacimiento. Para desarrollar el lenguaje, un niño debe ser capaz de oír, ver, entender y recordar.

Los problemas con las habilidades lingüísticas receptivas comienzan generalmente antes de los cuatro años de edad.

Los trastornos del lenguaje pueden ocurrir en niños con problemas del desarrollo, trastornos del espectro autista, hipoacusia y dificultades de aprendizaje, o madres consumidoras de sustancias psicoactivas, (entre otras) provocando un inadecuado desarrollo intrauterino.

Síntomas

Un niño con trastorno del lenguaje puede tener uno o dos síntomas, muchos de estos, pueden ir de leves a graves.

Los síntomas pueden incluir un vocabulario marcadamente limitado, errores en los tiempos verbales, o dificultad en recordar palabras, o en producir frases con una longitud o complejidad apropiada al desarrollo.

- Ausencia de vocalización recíprocas en los primeros meses.
- Escasa reacción a la voz materna.
- No gira la cabeza al sonido.
- Falta de balbuceo en el segundo trimestre.
- Ausencia de bisílabos a los 18 meses.
- No comprende órdenes sencillas a los 18 meses.
- No señala partes de la cara a los 2 años.
- Ausencia de lenguaje propositivo a los 2 años.
- No dice ninguna frase a los 30 meses.
- Dificultad para entender lo que otras personas han dicho
- Problemas para organizar sus pensamientos

Los niños con un trastorno del lenguaje expresivo tienen problemas con el uso del lenguaje para expresar lo que están pensando o necesitan. Estos niños pueden:

- Tener dificultad para juntar las palabras en oraciones o sus oraciones pueden ser simples y cortas y el orden de las palabras puede estar errado
- Tener dificultad para encontrar las palabras correctas al hablar y con frecuencia usar muletillas como "um"
- Tener un vocabulario que está por debajo del nivel de otros niños de la misma edad
- Dejar palabras por fuera de las oraciones al hablar
- Usar ciertas frases una y otra vez, y repetir (eco) partes o todas las preguntas
- Emplear tiempos (pasado, presente, futuro) inadecuadamente

Debido a sus problemas del lenguaje, estos niños pueden tener dificultad en ambientes sociales. A veces, los trastornos del lenguaje pueden ser parte de la causa de problemas conductuales serios.

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

Cuando nace el ser humano es uno de los seres vivos más indefensos y le es indispensable la atención de los adultos durante un largo periodo hasta construir progresivamente su autonomía. En su proceso de crecimiento y desarrollo el paso de la heteronomía (ser gobernados por otros) a la autonomía (gobernarse a sí mismo) es uno de los fines más importantes; para alcanzarlo necesita el acompañamiento del adulto que le brinde seguridad y compañía efectiva.

El desarrollo integral en la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción del capital humano y social, estos son elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo vicioso e intergeneracional de la pobreza y reducir las brechas de inequidad, igualdad de oportunidades no solo a nivel socioeconómico, sino también de género.

Establecer el concepto de desarrollo infantil no es una tarea sencilla, y varía según las referencias teóricas que se quiera adoptar y los aspectos que se quiera abordar.

El crecimiento es el aumento de tamaño y número de células. Es una noción anatómica, cuantitativa, susceptible por tanto de ser evaluada numéricamente y que se refleja, por ejemplo, en la ganancia de peso, talla y perímetros corporales.

El desarrollo es definido como cambios de estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y del comportamiento, que emerge de manera ordenada y son relativamente permanentes. Su estudio consiste en detectar como y porque el organismo humano crece y cambia durante la vida.

El desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la vida intrauterina y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño.

Existen 4 áreas del desarrollo:

A- área cognitiva: consiste en la habilidad que tiene el niño de tomar conciencia de sí mismo y su entorno para comenzar a ordenar la realidad que se le presenta mediante estructuras y asociaciones mentales que le permiten explorar, comparar, elegir, preguntar, clasificar, es decir abarca todo aquellos estímulos que necesita la mente para comprender, relacionar y adaptarse a situaciones nuevas mediante el uso del pensamiento y la interacción directa con los objetos y mundo que lo rodea.

B - área sensoro – motriz: esta área se refiere a la habilidad para moverse y desplazarse, permite al niño conocer el mundo, tomar contacto con él. Como su nombre lo indica involucra dos dimensiones, los sentidos, es decir, aquella capacidad de ver, oír, oler, percibir sabores, texturas, temperaturas y movimientos.

Estos a su vez se subdividen en finos que requieren de la coordinación entre lo que se ve y lo que se toca. Los movimientos gruesos referidos a desplazamientos, cambios de posición, reacciones posturales y el equilibrio.

C – área del lenguaje: se refiere a las habilidades que le permite al niño comunicarse con su entorno. Abarca 3 grandes aspectos: la capacidad comprensiva, expresiva y gestual.

D – área socio – emocional: esta área es básicamente la de reconocer y expresar emociones y sentimientos. Involucra un cúmulo de expresiones afectivas y de socialización que permite al niño sentirse un individuo único, diferente de los demás, pero a la vez querido, seguro y comprendido, capaz de relacionarse con otros bajo ciertas normas comunes.¹¹

TRASTORNOS Y ALTERACIONES DEL DESARROLLO

¹¹ *“Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI”;* Organización Panamericana de la Salud; año 2006.

Trastorno en el desarrollo motriz

Es considerado si se presenta una patología a nivel de vías, centros o circuitos nerviosos implicados en la motricidad. Se incluyen las diferentes formas y grados de parálisis cerebral, espina bífida, miopatías, etc. y también diferentes disfunciones motrices menores (retardo motriz, hipotonía, dificultades en la motricidad gruesa o fina).

Trastorno en el desarrollo cognitivo

Se incluye en este grupo a los trastornos referidos a diferentes grados de discapacidad mental, funcionamiento intelectual límite y disfunciones específicas en el procesamiento cognitivo.

Trastorno en el desarrollo sensorial

Se incluyen en este grupo los déficits visuales o auditivos de diferente grado.

Trastorno en el desarrollo del lenguaje

Se incluyen en este grupo las dificultades en el desarrollo de las capacidades comunicativas y verbales tanto a nivel de comprensión del lenguaje como de sus capacidades expresivas o de articulación.

Trastorno generalizado del desarrollo

Este grupo comprende los niños que presentan alteraciones simultáneas y graves de las diferentes áreas del desarrollo psicológico (autismo y formas menores relacionadas con el autismo y la psicosis).

Trastorno de la conducta

Se incluye en este grupo a aquellos niños que presentan formas de conducta inapropiada y a veces perturbadora.

Trastornos emocionales

Se incluyen aquí a los niños que presentan manifestaciones de angustia, de inhibición, síntomas y trastornos del humor, etc.

Trastorno en el desarrollo de la expresión somática

En este grupo se incluyen los niños que presentan patologías funcionales en la esfera oral alimentaria, respiratoria, del ciclo sueño-vigilia, en el control de esfínteres, etc.¹²

SALUD:

“La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez”. (OMS)

SALUD-ENFERMEDAD

“es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”¹³

ENFERMERÍA

“Es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: Primaria, secundaria, terciaria”.¹⁴

FUNCIONES DE ENFERMERÍA:

- Función asistencia; Es la que presta cuidados integrales al paciente, familia o comunidad. La enfermera es responsable del mantenimiento, promoción y protección de la salud, del tratamiento de los enfermos y de su rehabilitación. Se ocupa de los aspectos psicosomáticos y psicosociales de la vida que afectan la salud, la enfermedad y la muerte.
- Función Docente: Consiste en el conjunto de actividades que desarrollan los enfermeros para alcanzar los siguientes objetivos:
 - Formación continúa al personal y otros profesionales en todos los niveles.

¹²Disponible en: <http://www.atcenit.com/alteracionesDesarrollo.html>

¹³ Plan de estudio 93. Facultad de enfermería. Universidad de la República. Uruguay.

¹⁴Plan de estudio 93. Facultad de enfermería. Universidad de la República. Uruguay.

- Formación al estudiante de grado y posgrado.
- Educación para la salud de la población.
- Colaborar en la formación de otros profesionales del equipo de salud.
- Función de Investigación: Conjunto de actividades que desarrolla los enfermeros para alcanzar los siguientes objetivos;
 - Conocimiento de la realidad del área de influencia.
 - Diagnóstico de situación del servicio de atención.
 - Capacidad de propuestas concretas en el área de competencia.

ROL PROFESIONAL

“El gran desafío de un profesional es cumplir con su rol, desarrollándose como persona, manteniéndose con un nivel de conocimientos, que le permitan abordar la problemática de la sociedad”.

ROL DE LA ENFERMERIA EN LA SALUD REPRODUCTIVA

“La enfermería en el área de la salud reproductiva es quien brinda cuidados profesionales a la mujer y al hombre en las diferentes etapas del ciclo vital y en diferentes momentos del proceso reproductivo enmarcada en el concepto de atención integral a la salud con enfoque de género.”¹⁵

Minizberg.

CONCEPTO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

“El término Pediatría procede de la palabra Pais/Paidos (niño) y Iatria (curación).

Posee una relación directa con el niño enfermo ya que trata o pretende curarlo.

También cabe destacar el término Puericultura (Puer = niño, cultura = cultivo), el cual tiene relación directa con el niño sano.

En general, se podría definir Enfermería Pediátrica como aquella parte de la enfermería que se ocupa de la asistencia integral del niño en sus diferentes etapas de la vida hasta que culmina su crecimiento, incluyendo todo cuanto se

¹⁵ Cátedra Materno infantil; Proceso en atención de Enfermería en salud reproductiva; Año 2009.

refiere a la prestación de cuidados de enfermería para promover y proteger la salud, prevenir y curar la enfermedad, así como rehabilitar a los niños.”¹⁶

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA PEDIÁTRICA DE DESARROLLO NORMAL Y PATOLÓGICO

Considerando la escasa información de hijos entre 4 y 11 años de madres que consumieron pasta base durante la gestación. Consideramos pertinente basarnos en las investigaciones ya realizadas las cuales contienen datos de niños entre 0 y 2 años, Puesto que los problemas ocasionados en estos niños perduran a lo largo de su vida.

PREMATURIDAD Y BAJO PESO DE NACIMIENTO:

CONCEPTO Y DEFINICION

Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté **maduro para adaptarse a la vida extrauterina**. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que **ha nacido prematuramente** y por lo tanto puede presentar **problemas en su adaptación** a esta nueva situación.

IMPORTANCIA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

En muchos casos, el tratamiento de ellos requiere de **hospitalizaciones prolongadas** y costosas, a lo que se debe agregar que un porcentaje de ellos puede quedar con **secuelas neurológicas** y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

Considerando el impacto que esto tiene en la morbilidad y mortalidad de la infancia, este debe ser reconocido como un **problema de Salud Pública de primera magnitud**, en el cual se debe invertir recursos para prevención primaria y secundaria y en centros capacitados para su tratamiento.

GUIA DEL DESARROLLO NORMAL (VER ANEXO)

¹⁶ *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI*; Organización Panamericana de la Salud; año 2006.

El niño a la edad de 4 años

A esta edad el niño adquiere nuevos logros, desarrolla su independencia y perfecciona su autonomía.

Presenta mayor dominio de la rotación de la muñeca y antebrazo. Su expresión verbal es más imaginativa, conversa y se interesa por todo preguntando el “por qué” de cada cosa. Escucha a los otros y es capaz de compartir juegos.

Mantiene el equilibrio y la coordinación para pedalear, avanzar y girar.

Hojea libros. Generalmente pasa de 2 a 3 páginas o más por vez.

Construye torres de 8 cubos o más.

Es capaz de lavarse y secarse las manos.

Reconoce acciones mirando láminas.

Distingue ubicaciones espaciales.

Dibuja tres o más partes de la figura humana.

Alerta a los 4 años

- Dificultad para relacionarse. Mala adaptación en el jardín de infantes o con compañeros.
- Ausencia de juego simbólico, juego repetitivo.
- Temores acentuados o poco habituales. Siente temor por situaciones que habitualmente generan ese sentimiento pero lo hace en forma exagerada.
- Persistentes dificultades en la alimentación y/o el sueño. Problemas para conciliar el sueño, o se despierta varias veces en la noche.

El niño de 5 años de edad

En esta edad Intenta llamar la atención de sus padres, sentir que lo aman y lo aceptan como es. Comienza a interesarse por aprender a escribir y leer.

Salta en un pie sin apoyo 3 o más veces.

Puede copiar una vertical y una horizontal que se cruzan con claridad.

También dibuja un cuadrado.

En esta edad aparece un esbozo de los ángulos rectos.

Comparte juegos, acepta reglas. Respeta turnos. Está relacionado con la interacción social. Se incorporan valores como ganar, perder, compartir.

Se viste sólo pero tiene algunas dificultades al atarse los cordones,

Controla esfínteres. Diurno y nocturno.

Conoce por lo menos tres colores.

Aumenta el vocabulario.

Construye frases cada vez más largas y complejas.

Alerta a los 5 años

- Tendencia a aislarse en recreos o situaciones similares o a abandonar rápidamente los juegos con otros niños por falta de habilidad para comprender “su papel” en el juego.
- Miedos persistentes y generalizados.
- No manifiesta culpa. Realiza acciones que pueden generar disgusto en el otro pero no puede percibir la sensación que genera en el otro. Fantasea permanentemente.
- Persistentes dificultades en la alimentación y/o el sueño. Problemas para conciliar el sueño, o se despierta varias veces en la noche.¹⁷

DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO ENTRE 4 Y 11 AÑOS

DESARROLLO FÍSICO

Los niños en edad escolar generalmente tienen habilidades motrices fuertes y muy parejas. Sin embargo, su coordinación (en especial ojo-mano), resistencia, equilibrio y tolerancia física varían.

Las destrezas de motricidad fina también varían ampliamente e influyen la capacidad del niño para escribir en forma pulcra, vestirse de forma adecuada y realizar ciertas tareas domésticas, como tender la cama o lavar los platos.

Habrán diferencias considerables en estatura, peso y contextura entre los niños de este rango de edad. Es importante recordar que los antecedentes genéticos, al igual que la nutrición y el ejercicio pueden influenciar el crecimiento de un niño.

También puede haber una gran diferencia en la edad a la que los niños comienzan a desarrollar las características sexuales secundarias. En las niñas, las características sexuales secundarias abarcan:

- El desarrollo de las mamas
- El crecimiento de vello en el pubis y las axilas

En los niños, estas características abarcan:

- Crecimiento de vello en el pubis, las axilas y el pecho
- Crecimiento del pene y los testículos

¹⁷ Normas y consenso para la atención integral del recién nacido; MSP; 2011

DESARROLLO DEL LENGUAJE

Los niños que están comenzando la edad escolar deben ser capaces de usar, de forma coherente, oraciones simples pero completas, con un promedio de 5 a 7 palabras. A medida que el niño progresa a través de los años de escuela elemental, la gramática y la pronunciación se vuelven normales y al ir creciendo usan oraciones más complejas.

El retraso en el desarrollo del lenguaje puede deberse a problemas auditivos o de la inteligencia. Además, los niños que no son capaces de expresarse bien pueden ser más propensos a tener comportamientos agresivos o rabietas.

Un niño de 6 años normalmente puede seguir una serie de tres órdenes consecutivos. Hacia la edad de 10 años, la mayoría de los niños pueden seguir cinco órdenes consecutivos. Los niños con un problema en esta área pueden tratar de cubrirlo volviéndose contestatarios o haciendo payasadas y rara vez pedirán ayuda porque temen ser molestados.

COMPORTAMIENTO

Las dolencias físicas frecuentes (como dolor de garganta, de estómago y en las extremidades) pueden deberse simplemente a un aumento de la conciencia corporal del niño. Aunque no suele haber evidencia física que corrobore dichas dolencias, es necesario investigarlas tanto para descartar una posible enfermedad importante como para asegurarle al niño que el padre se preocupa por su bienestar.

La aceptación de los compañeros se vuelve cada vez más importante durante los años de edad escolar. Los niños pueden involucrarse en ciertos comportamientos para formar parte de "un grupo". Hablar acerca de estos comportamientos con el niño permitirá que éste se sienta aceptado en dicho grupo, sin cruzar los límites de los patrones de comportamiento en la familia.

Las amistades a esta edad tienden a establecerse principalmente con miembros del mismo sexo. De hecho, los niños de esta edad típicamente hablan de lo "extraños" y "feos" que son los miembros del sexo opuesto. Los niños se vuelven menos negativos hacia el sexo opuesto a medida que se acercan a la adolescencia.

Mentir, hacer trampa o robar son todos ejemplos de comportamientos que los niños en edad escolar pueden "ensayar" a medida que aprenden a negociar las expectativas y normas establecidas por la familia, los amigos, la escuela y la sociedad. Los padres deben manejar estos comportamientos en forma privada (para que los amigos del niño no lo molesten), aplicar un castigo que guarde relación con el comportamiento y mostrar perdón.

La capacidad para mantener la atención es importante para alcanzar el éxito tanto en la escuela como en el hogar. Un niño de 6 años de edad debe ser capaz de concentrarse en una tarea apropiada durante al menos 15 minutos. Hacia la edad de 9 años, un niño debe ser capaz de enfocar su atención durante aproximadamente una hora.

Para el niño, es importante aprender a hacerle frente al fracaso o la frustración sin perder la autoestima o desarrollar un sentido de inferioridad.¹⁸

A continuación te contamos algunos de los cambios que vive el niño entre los 6 y los 8 años de edad.

Características físicas

- Desaparecen los dientes de leche. Emergen los primeros molares permanentes.
- Propensión a enfermedades infecciosas.
- Suele adelgazar; lo importantes es que coma bien y esté activo.
- Reacciona con su cuerpo: atraviesa todas las emociones y pasa del llanto a la risa, de la serenidad a la violencia, del cariño a la indiferencia con mucha facilidad.
- Suele ser muy activo. Necesita saltar, correr, resbalarse, caerse.

Características intelectuales

- No posee una visión global de la realidad ni relaciona las partes con el todo.
- Sus ideas se basan en experiencias tangibles y en hechos concretos.
- Aprende palabras nuevas, lo que le permite ir abriéndose al pensamiento abstracto.
- Observa e investiga todo lo que lo rodea.
- Las rabietas son sustituidas por discusiones, comienza a entender por qué no tiene que hacer lo "prohibido".

Características afectivas

- Entre los 6 y 7 años nace la intimidad. Respeta sus lugares, esconde tesoros, tiene sus pertenencias.
- Hay un mayor asentamiento de su personalidad: en esta edad se observa al adulto del mañana.
- Se despiertan los sentimientos de adaptación al entorno: le da importancia a quienes le manifiestan cariño o interés por sus actividades.

¹⁸ Disponible en: http://www.umm.edu/esp_ency/article/002017.htm

- Imita a las personas que le demuestran afecto. Juega a cumplir con los roles que admira: mamá, papá, el doctor, etc.
- El varón asume su masculinidad antes de la mujer su feminidad.
- Para el varón es importante el papel del padre para acentuar las características de su masculinidad.

Desarrollo social

- La escuela desarrolla la vida social: genera otros vínculos ajenos a la familia.
- Se despierta la necesidad de tener amigos: no se queja tanto de los demás, comparte sus pertenencias y es más leal con el grupo.
- Es la edad típica de las comparaciones (especialmente, con sus hermanos o con sus amigos).

Madurez

- Primer paso de madurez: adquieren mucha fuerza las relaciones que establecen fuera del hogar.
- Toma conciencia de los buenos y los malos amigos.
- Controla más su cuerpo, sus sentimientos y su conducta.
- Es más independiente.¹⁹

Controles pediátricos en los 2 primeros años de vida

El control periódico con el pediatra durante los 2 primeros años de vida es muy importante, ya que comprueba que el niño viene creciendo bien en estatura y peso, evalúa la adquisición de nuevas conductas o detecta rápidamente problemas o enfermedades que el niño tenga. También es un momento de enseñar y ayudar a la madre como cuidar de su bebe: La importancia y el calendario de vacunas, cuándo y con qué alimentos iniciar la alimentación sólida, la importancia de suplementar al niño con Vit. D y hierro, cómo estimular su motricidad, responder a las preguntas de la madre y brindarle apoyo en su tarea.

1). Los controles del niño en el primer año de vida se ajustan a las siguientes

pautas:

- 1º mes: el 1 control dentro de la semana de vida, y luego cada semana hasta el mes de vida.

- Mensualmente en el 1º, 2º, 3º, 4º, 5º y 6º mes.

- Cada 2 meses en el 8º, 10º y 12º mes.

- control odontológico a los 6 meses y a los 12 meses

¹⁹ Disponible en : <http://www.materna.com.ar/Ni%C3%B1o/Ni%C3%B1ez-de-6-a-7-a-%C3%B1os/Articulos-Ni%C3%B1o-de-6-a-7-a-%C3%B1os/Crecimiento-y-desarrollo-del-nino-entre-los-6-y-los-8-anos/Articulo/ItemID/18473/View/Details.aspx>

2) Entre el año y los 2 años los controles se realizan cada 3 meses. Y cada 6 meses el control odontológico.

3) Entre los 2 y 3 años los controles se realizan cada 4 meses y cada 6 meses el control odontológico

4) A los 4 años los controles se realizan cada 6 meses y el control odontológico es anual.

A partir de los 5 años los controles se realizan anualmente al igual que el control odontológico

5). A partir del 3er año de vida, se debe realizar anualmente el control de la presión arterial en los niños.

6) Control oftalmológico.

CRONOGRAMA

Actividades	SEMANAS			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Presentación de protocolo a las autoridades de la institución	Enero del año 2012			
Recolección de datos	Enero del año 2012	Enero del año 2012	Enero del año 2012	
Verificación de la información				Enero del año 2012
Procesamiento y análisis de los datos y conclusión	Febrero del año 2012			Abril del año 2012

PRESUPUESTO

Rubro	Cantidad	Detalle	total
Viajes			
Transporte local			
Material y equipo			
Impresión de instrumentos			
Gasto de teléfono			
Gasto de fotocopias			
Reproducción del informe			
TOTAL			

GRAFICAS

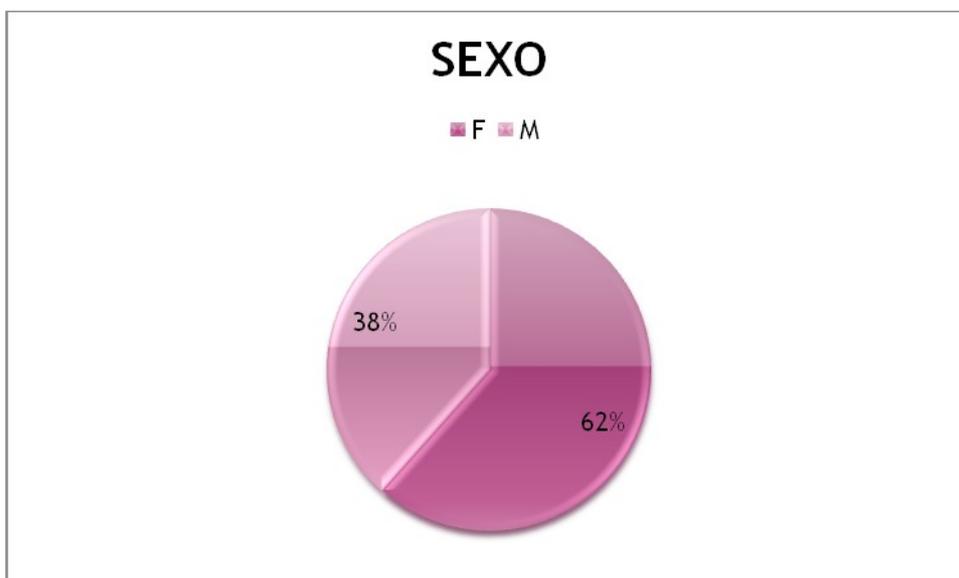
Tabla 1: SEXO

Variable cualitativa, nominal.

Escala de medición: Femenino y Masculino

Grafico 1: SEXO

Sexo	FA	FR
F	8	62%
M	5	38%
Total	13	100%



En lo que respecta a la variable sexo encontramos que el 62 % pertenece al sexo femenino, y el 38 % de sexo masculino.

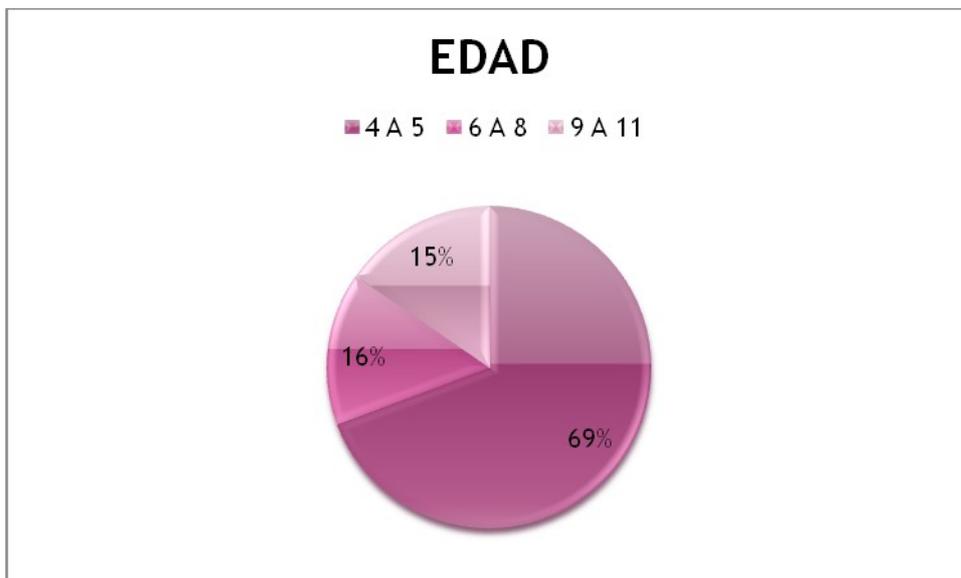
Tabla 2: EDAD

Variable: cualitativa ordinal.

Escala de medición: años

Edad	FA	FR
4 A 5	9	69%
6 A 8	2	16%
9 A 11	2	15%
Total	13	100%

Grafico 2: EDAD



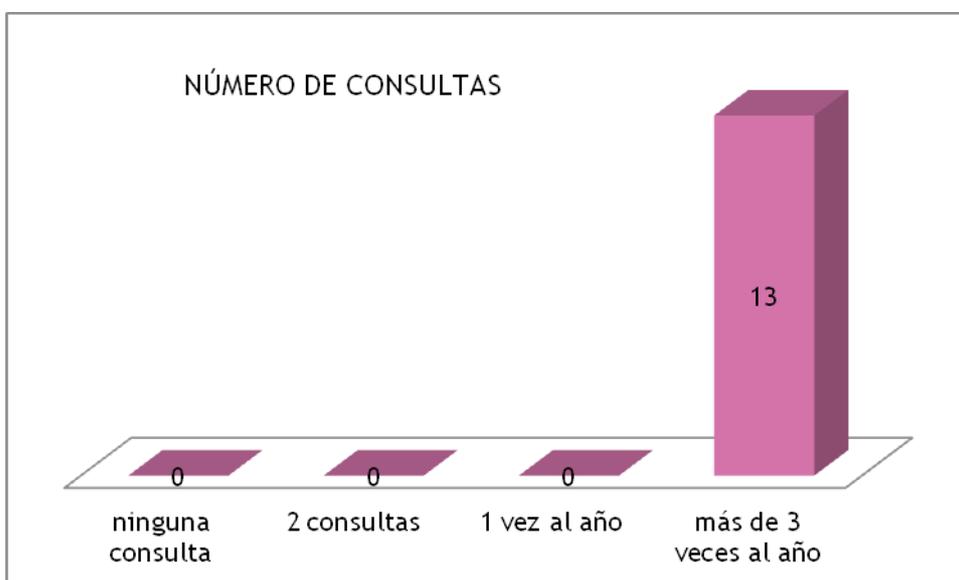
Respecto a los niños que residen en el hogar, se destaca que el 69% pertenecen al rango entre 4 y 5 años. Este dato evidencia el aumento de consumo de pasta base en embarazadas.

Tabla 3: NÚMERO DE CONSULTAS

Variable: cuantitativa, ordinal.

Escala de medición: ninguna consulta, 2 consultas en niño de 3 a 7 años, 1 vez al año en niños de 7 a 11, más de 3 veces al año

Número de consultas	FA	FR
ninguna consulta	0	0,00%
2 consultas	0	0,00%
1 vez al año	0	0,00%
más de 3 veces al año	13	100,00%
Total	13	100,00%



El 100 % constan con adecuados controles pediátrico (siendo estos, más de lo establecido por la sociedad uruguaya de pediatría), al igual que el esquema de vacunación

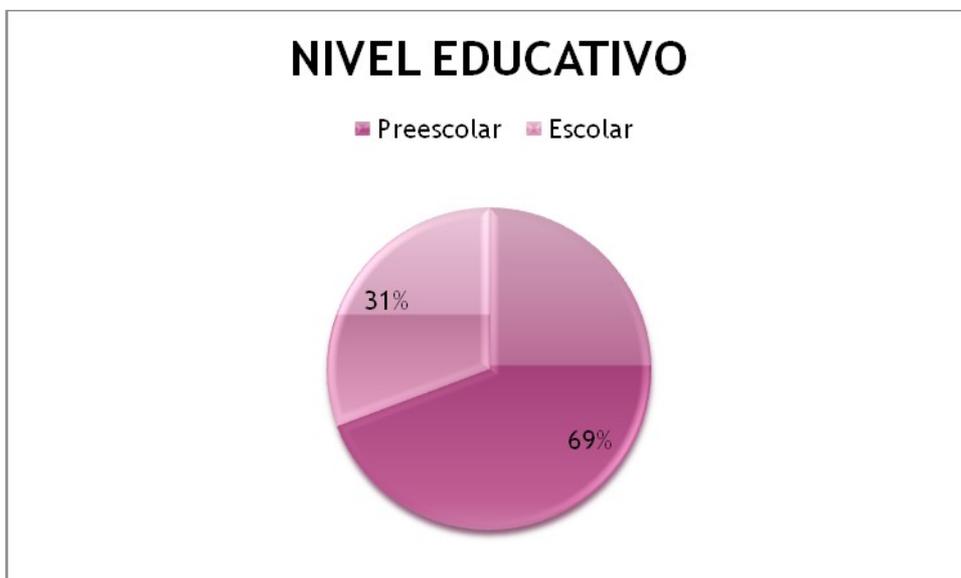
Tabla 4: NIVEL EDUCATIVO.

Variable: cuantitativa ordinal

Escala de medición: preescolar y escolar.

Nivel Educativo	FA	FR
Preescolar	9	69%
Escolar	4	31%
Total	13	100%

Grafico 4: NIVEL EDUCATIVO



En cuanto al nivel educativo el 70 % corresponde a preescolares, este dato se correlaciona con la edad de estos niños, puesto que en su mayoría son entre 4 y 5 años.

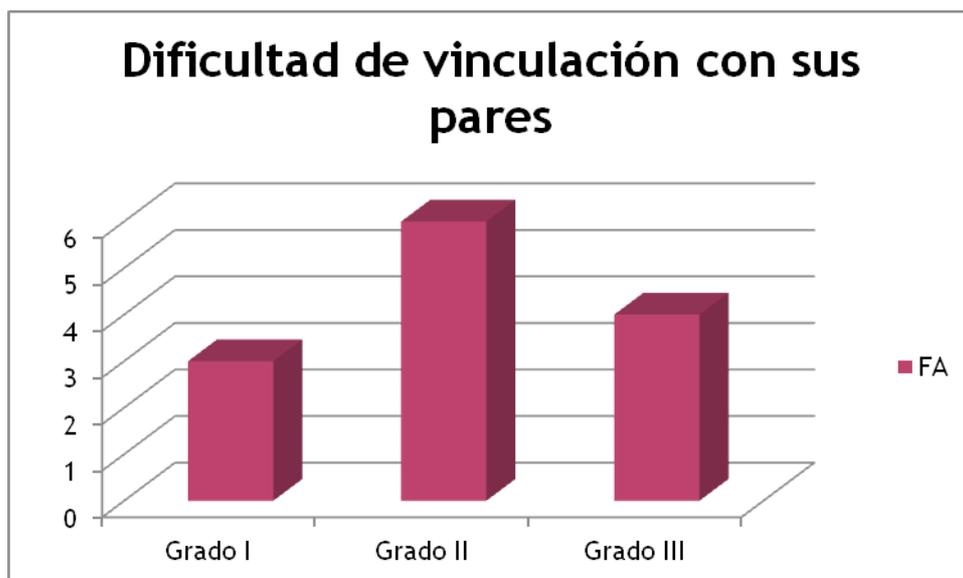
Tabla 5: Dificultad de vinculación con sus pares.

Variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Grado I (Demuestra contacto con sus pares), Grado II (Poco relacionamiento con sus pares), Grado III (Evitación del contacto con sus pares).

Dificultad de vinculación con sus pares.	FA	FR
Grado I	3	23%
Grado II	6	46%
Grado III	4	31%
Total	13	100%

Grafico 5: DIFICULTAD DE VINCULACION CON SUS PARES.



El 46 % de estos niños presentan poco relacionamiento con sus pares (grado II), consecutivamente con el 31 % (grado III), estos datos son alarmantes fente al futuro de los mismos puesto que presentan desde temprana edad una distorción en sus relaciones.

Tabla 6: SITUACION DE CALLE.

Variable: cualitativa nominal

Escala de medición: Si y NO

Situación de calle	FA	FR
SI	11	85%
NO	2	15%
Total	13	100%

Grafico 6: SITUACION DE CALLE.



El 85 % de los niños presentaron situación de calle previo a su alojamiento en el hogar, estos datos son representativos a su entorno familiar.

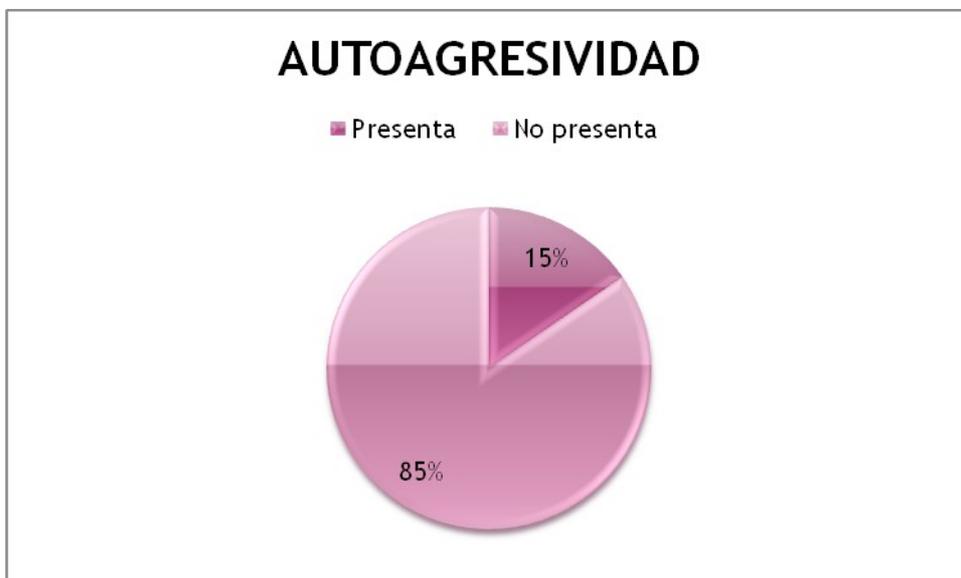
Tabla 7: AUTOAGRESIVIDAD

Variable: cualitativa nominal

Escala de medición: Presenta, No presenta

Auto agresivi- dad	FA	FR
Presenta	2	15%
No presenta	11	85%
Total	13	100%

Grafico 7: AUTOAGRESIVIDAD.



Podemos observar que un 85 % no presenta autoagresividad, siendo este un dato positivo.

Tabla 8: HETEROAGRESIVIDAD.

Variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: Presenta, no presenta

Heteroagresividad	FA	FR
Presenta	6	46%
No presenta	7	54%
Total	13	100

Grado 8: HETEROAGRESIVIDAD



En este tipo de gráfica lo importante a destacar es que presentan heteroagresividad en casi el 50 % y el 50 % no

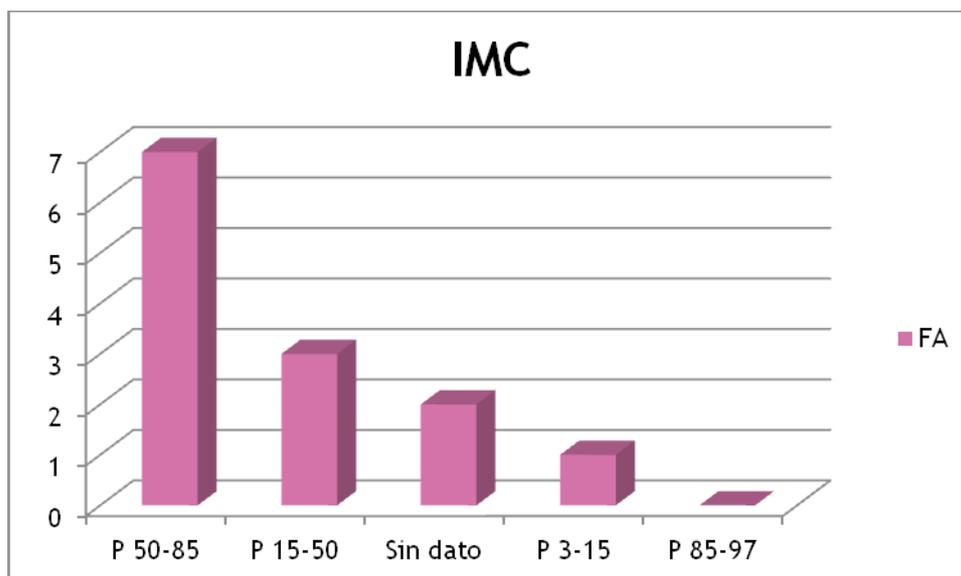
Tabla: 9: Índice de masa corporal.

Variable cuantitativa, Ordinal.

Escala de medición: percentil: 3, 15, 50, 85, 97.

IMC	FA	FR%
P 50-85	7	53%
P 15-50	3	23%
Sin dato	2	15%
P 3-15	1	9%
P 85-97	0	0
Total	13	100%

Grafica:9: IMC



A nivel nutricional, el IMC se encuentra en su mayoría (53%) en percentil 50-85 (grafico 9), debemos resaltar que al encontrarse institucionalizados un alto porcentaje se encuentran en un adecuado nivel de nutrición, ya que el equipo médico cuenta con nutricionista

Tabla : 10: Puesta de limites

Variable cualitativa, nominal.

Escala de medición: Si responde, no responde

Puesta de limites	FA	FR%
Si, responde	7	53,8
No, responde	6	46,1
Total	13	100

Grafica: 10: PUESTA DE LÍMITES.



Otra variable a destacar es la puesta de limites, el 46% de los niños no responde al mismo.

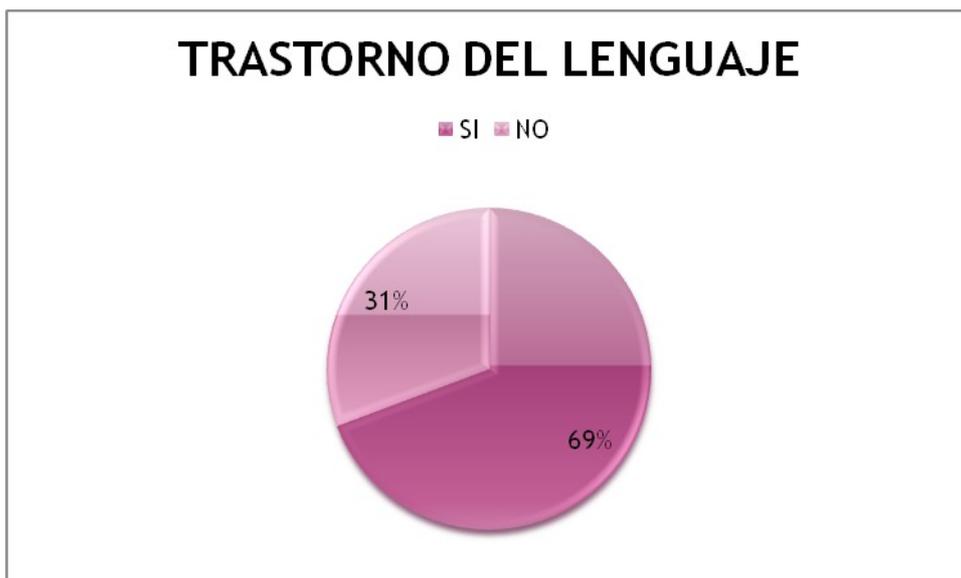
Tabla 11: Trastorno del lenguaje

Variable Cualitativa nominal

Escala de medición: Si, No

Trastorno del lenguaje	FA	FR %
SI	9	69%
NO	4	31%
Total	13	100%

Grafica: 11: TRASTORNO DEL LENGUAJE.

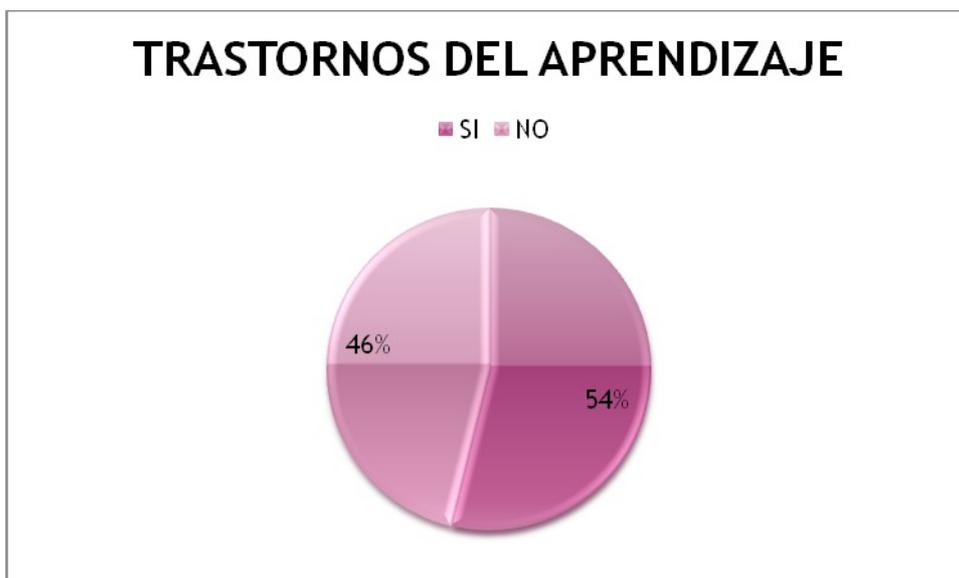


Un 69% de esta muestra presenta un trastorno del lenguaje.

Tabla: 12 Trastornos del aprendizaje

Trastornos del aprendizaje	FA	FR%
SI	7	54
NO	6	46
TOTAL	13	100%

Grafico: 12 TRASTORNO DEL APRENDIZAJE



Un 54% de esta muestra presenta un trastorno del aprendizaje.

ANALISIS

En el embarazo la mayoría de las sustancias psicoactivas atraviesan la placenta por difusión pasiva, pudiendo así ejercer toxicidad sobre el feto causando trastornos neurológicos y neurocomportamentales del niño en su primera infancia, catalogados muchos de estos como irreversible. Por lo cual se eligió una institución perteneciente al INAU para la realización de la investigación, siendo este un hogar especializado en la población infantil que presenta problemas en la esfera psicosocial, cognitiva, conductual y neurológico, brindando un soporte asistencial e integral.

Al comienzo de la investigación el número de nuestra población era de 80 niños hijos de madres consumidoras de PBC en etapa de gestación (dato brindado por la asistente social), luego en la recolección de datos observamos que la muestra real pertenece a 13 niños, que contaban con un registro específico en sus historias clínicas, sobre el consumo de PBC materno durante la gestación, disminuyendo notablemente la muestra.

Este trabajo pretende ser el punto de partida de futuras investigaciones puesto que no existe en nuestro país estudios para la población elegida. De la investigación realizada se desprende, que en niños de edad preescolar y escolar que residen en la institución, encontramos un 62% femenino, le continúa un 38% masculino, referente a las edades el rango que predomina es el de 4 a 5 años con un 70%, con esto queda evidenciado el incremento de PBC durante la gestación en los últimos años.

Se observa que las alteraciones en el neurodesarrollo son: dificultades de vinculación con sus pares, un 46 % presenta poco relacionamiento con sus pares (grado II), consecutivamente con el 31 % que corresponde a la evitación del contacto con sus pares (grado III), estos datos son alarmantes frente al futuro de los mismos puesto que presentan desde temprana edad una distorsión en sus relaciones (Grafico 5). También se observa que un 69% de esta muestra presenta un trastorno del lenguaje y un 54% presenta un trastorno del aprendizaje, estos datos nos parecen relevantes ya que es una de las consecuencias de los niños que fueron expuestos a consumo de PBC durante la gestación.

Desde el punto de vista social, estos niños presentan un elevado índice (85%) de situación de calle previo al ingreso al hogar. No podemos dejar de unir estos datos con la asociación de lo que implica a esta etapa del ciclo vital estar carente de la cobertura de sus necesidades básicas biológicas y afectivas por encontrarse en situación de calle. Desarrollar mecanismos de defensa para sobrevivir que hoy pueden ser difíciles en el plano de convivencia con pares. Con respecto a heteroagresividad un 46% la presenta.

No se puede evitar pensar en relacionar estas dos variables ya que el entorno en el que se encontraban contribuye a las situaciones de violencia.

Otra variable a destacar es la puesta de límites, el 46% de los niños no responde al mismo, esto puede ocurrir por la ausencia de un referente familiar, debido a la situación de calle en que se encontraban, en un entorno hostil sin una familia constituida, o en su defecto podría haber referente familiar pero límites poco claros, o inexistentes.

A nivel nutricional, el IMC se encuentra en su mayoría (53%) en percentil 50-85 (grafico 9), debemos resaltar que al encontrarse institucionalizados un alto porcentaje se encuentran en un adecuado nivel de nutrición, ya que el equipo médico cuenta con nutricionista, los mismos constan con adecuados controles pediátrico (siendo estos, más de lo establecido por la sociedad uruguaya de pediatría), al igual que el esquema de vacunación.

Estos datos demuestran la repercusión en el comportamiento, a nivel conductual, afectando las funciones ejecutivas (trastorno de atención, hiperactividad, control de impulsos), alteraciones de habituación y condiciones estresantes, alteraciones de aprendizaje y repercusiones en las relaciones sociales e interpersonales. Estas alteraciones persisten durante la infancia y adolescencia y como en todas las drogadicciones es difícil asegurar si se deben al efecto de la exposición aisladamente o a las influencias del entorno en el que crecen, ya que si estos efectos ambientales son mitigados las alteraciones podrían llegar a ser menores y reversibles, puestos que estos niños crecen fuera de su núcleo familiar, muchos otros no conocen el mismo, solo presentan visitas de dichas familiar 2 veces a la semana por unas pocas hora y con custodia policial.

CONCLUSIÓN

Finalizando este trabajo y a modo de conclusión es importante destacar, que se logró los objetivos planteados, dejando la posibilidad de continuar con dicha investigación tanto, estudiantes pertenecientes a la facultad de Enfermería como profesionales de la salud. Se puede afirmar que, presentan mayor riesgo de alteraciones del neurodesarrollo frente a los no expuestos.

Lo que no se puede es atribuir éstos riesgos al efecto exclusivo de la exposición prenatal a la PBC, debido a que los factores ambientales asociados al policonsumo, especialmente alcohol y otras drogas y la comorbilidad biopsicosocial materna pueden llegar a ser más perjudiciales que la cocaína de pasta base en sí misma. Además se pudo determinar el relacionamiento de estos niños con los funcionarios de la institución ya que al momento de la recolección de datos y observación de los mismos, presentaban una atención continua para con ellos, realizando juegos recreativos y educativos.

Es más aun importante el relacionamiento de estos niños con sus familiares, puesto que presentan visitas 2 veces a la semana, con custodia policial, por reiterados altercados entre familiares o con los propios niños. Cabe destacar que algunos niños no presentan visitas familiares ya sea por la ausencia de los mismos, por encontrarse privado de su libertad, fallecimiento, entre otros, estos niños pasan a integrar la lista para adopción.

Dada la complejidad que implico esta investigación y la problemática que causa a nivel social, nos parece conveniente pensar en la presencia de distintos protocolos o estrategias para disminuir las secuelas presentes en estos niños, y así mejorar la calidad de atención de los mismos. Para esto es necesario ampliar la información desde distintos ámbitos profesionales y poder capacitar al personal de salud.

PROPUESTAS

Debido a la escasez de antecedentes observados sobre este tema, sería favorable la realización de investigaciones en diferentes áreas para profundizar el conocimiento no solo en el área de enfermería, como también en distintos grupos de profesionales de la salud.

Tomando en cuenta lo analizado durante el estudio se sugiere, la aplicación de otra investigación que tenga como objetivo otra institución con la cual se pueda realizar una comparación de ambas investigaciones.

Dado los resultados de esta investigación y teniendo en cuenta la problemática social y el probable aumento de la misma, surge la necesidad de crear una estrategia de abordaje a este tipo de usuarios de manera de controlar riesgos y daños como también de un punto de vista preventivo, para favorecer la relación costo-utilidad del consumo de PBC durante el embarazo partiendo desde un primer nivel de atención, donde la captación, tanto de embarazadas como de niños es viable.

De este modo lograr una formación eficaz y eficiente del personal de la salud para incrementar la calidad de atención de estos usuarios.

BIBLIOGRAFIA

1. Libros:

- Cervantes M. Ciganda C. Di Bono R. Latorre L. Marachilan A. Scarlatta L. Vidal J. No te enganches con la lata. Montevideo: Intendencia Municipal, División Salud y Programas Sociales; 2004.
- Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington: OPS; 2006.
- Sociedad Uruguaya de Pediatría. Controles en el niño sano. Montevideo: SUP; 2007.

2. Investigaciones:

- Mario Moraes, Adriana Boccarato, Gabriela Bazan, Susana Grunbaum, Marita Canavessi, Alicia Hoppe, Antonio Pascale, Gabriel González, Beatriz Ceruti, Daniel Borbonet. Departamento de Neonatología, Facultad de Medicina, UDELAR; Servicio de Recién nacidos CHPR; Servicio de Salud Mental CHPR, Servicio de Neuropediatría CHPR; Dpto. de Trabajo Social del CHPR; SERENAR, ASSE.

Centro Nacional de Información y Referencia Red Drogas- Portal Amarillo, ASSE; Normas y consensos para la atención integral del recién nacido; MSP; 2011.

- J. P. Prieto & C. Scorza; Pasta base de cocaína, 2010
- Gau Verónica; Rodríguez Rodolfo; Sitya Diego; Vazques Mauro.; Maltrato infantil y consumo de drogas; agosto 2009.
- Almeida Leticia; Márquez Perla, Palleiro Melina, Rodríguez Adriana, Rodríguez Nélica; Factores bio-sico-sociales que inciden en la necesidad de seguridad en usuarios adictos a la PBC; agosto 2009.
- Cecilia Scorza; Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable; Artículo de Divulgación-2010
- Mario Moraes , Cecilia Scorza , Juan Andrés Abin-Carriquiry, Antonio Pascale, Gabriel González, Eleuterio Umpiérrez; "Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencias; características y repercusiones"; Arch Pediatr Urug 2010;

3. Publicaciones:

- El País; sección Ciudades B3; INAU obligado a retirar hijos de adictos de sus hogares; 25 de febrero 2011.

4. Páginas Web:

- http://www.sup.org.uy/Archivos/Adp81-2/pdf/adp81-2_6.pdf
- www.hogardelbebe.org.uy
- www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004...script=sci
- www.iibcd.edu.uy
- www.iibce.edu.uy/DIVULGACION/Articulo%20de%20divulgacion%20de%20Uruguay%20PASTA%20BASE%20DE%20COCAINA.pdf
- www.sup.org.uy/Archivos/Adp81-2/pdf/adp81-2_6.pdf
- http://www.mazinger.sisib.uchile.cl/repositorio/lb/ciencias_quimicas_y_farmaceuticas/steinera/parte13/13.html
- <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/397/1/Sindrome-piramidal-sindrome-cerebeloso-sindrome-extrapiramidal-Apunte-de-neurologia-Apunte-de-medicina.html>
- <http://www.zonapediatrica.com/neurologia/hipotonia.htm>
- <http://www.atcenit.com/alteracionesDesarrollo.htm>
- http://www.umm.edu/esp_ency/article/002017.htm
- <http://www.materna.com.ar/Ni%C3%B1o/Ni%C3%B1ez-de-6-a-7-a%C3%B1os/Articulos-Ni%C3%B1o-de-6-a-7-a%C3%B1os/Crecimiento-y-desarrollo-del-ni%C3%B1o-entre-los-6-y-los-8-a%C3%B1os/Articulo/ItemID/18473/View/Details.aspx>

ANEXO

ANEXO 1

INSTRUMENTO

Instrumentos de recolección de información de datos; entrevista estructurada, para ello se estableció variables.

Entrevista al Encargado de la Institución

¿Qué tipo de institución es?: Privada

Cuántos funcionarios trabajan actualmente en dicho hogar:

Cuáles son los cargos de cada uno:

Trabajan en conjunto con profesionales de la salud, si es así que tipo de profesional:

Cuentan con unidad móvil, o convenio con alguna institución:

Cuántos niños se encuentran en este momento en dicho hogar:

De donde proceden los niños:

Cuentan con carnet del Niño:

Cuál es el rango de edad que acepta la institución:

Cuál es el perfil de niños que ingresan:

Estos niños mantienen contacto con sus familiares

Cuántos niños son hijos de madres consumidoras de pasta base:

Entrevista funcionarios del hogar infantil

Fecha:

Cargo a desempeñar:

Tiempo que lleva en la institución:

Cursos de formación en el área: ¿cual/les?:

Experiencia anterior relacionada al área:

Tiempo:

Forma de ingresar a la Institución:

Carga Horaria que tiene en la institución:

FICHA PERSONAL:

Historia del niño:

Nombre y apellido:

Localidad:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Antecedentes personales:

Perinatales:

- Edad gestacional
- Peso
- Talla
- Apgar
- Pc

Crecimiento físico:

Aspecto general:

Peso: Percentil;

Talla: Percentil;

IMC:

- Acorde dentro de los percentiles adecuados: -si, -no

Vacunas completas:

- si, -no

Enfermedades crónicas:

Discapacidad:

Enfermedades infecto contagiosas:

Cirugía-hospitalizaciones:

Uso de medicamentos:

- si, -no

Cuales:

Problemas Psicológicos:

¿Cuáles?

Educación:

- Estudia: si, -no

Centro al que concurre:

Grado que cursa:

Años aprobados:

Años repetidos:

Causas:

Problemas en la escuela:

¿Cuáles?

Situación psicoemocional:

Estado de ánimo:

- Alegre
- Triste
- Ansioso
- Angustiado
- Retraído
- Hostil

Soporte familiar externo al hogar:

- Si
- ¿Quiénes?

No

Agudeza visual:

ANEXO 2

PROCESAMIENTO DE DATOS

FICHAS PERSONALES

Usuario N ° 1

Usuario C.R con fecha de nacimiento de 5/11/2000, sexo femenino, con madre HIV+, alcoholica y adicta a pasta base y otras drogas consumiendo en etapa de embarazado.

Datos perinatales: Usuaría que al nacer presenta un peso de 2540, talla: 49 y PC 34 cm, Apgar de 8/9, presentando sífilis o lues congnales que recibió tto, y HIV+.

APP: Desnutrición crónica, anemia clínica, hepatoesplecnomegalia, infecciones respiratorias altas y bajas reiteradas, OMA a repetición, crisis bronca obstructiva reiterada, retraso psicomotriz, en tto con psiquiatra por elementos depresivos (en correcta evolución).

Motivos de ingreso: razones de amparo y alto riesgo social y biológico. CEV: vigente.

Patologías actuales: HIV+ retaso en el desarrollo psicomotriz, desnutrición crónica, hepatoesplcnomegalia, y elementos depresivos.

Medicación: 3tc, AZT.

Informe escolar 2011: se caracteriza por ser sumamente prolija y organizada interesada en superarse. Caligrafía nítida pero pequeña, a nivel de escritura comprende el código escrito pero presenta omisión de letras, segmentación incorrecta de palabras y errores ortográficos.

Informe psicológico: se encuentra escolarizado desde los 4 años, repitió primer año escolar. Presenta un desarrollo global acorde a su edad cronológica. Importante carencia afectiva, producto de vinculo disfuncional, carente de empatía e interrumpido a temprana edad, con institucionalización temprana, siendo variables trascendentes a la estructura del psiquismo.

Presenta estructura yoica frágil, con tendencias a la actuación de sus impulsos manifestado con expresiones hirientes hacia los demás. La tendencia depresiva es predominante y autodevaluación se evidencia en muchos de sus comportamientos. Tiende a la manipulación del entorno a través de las conductas alimenticia. Lo cual se acentúan en periodos de repliegue interno por algún cambio en el entorno cotidiano donde se siente desplazada o carente de afecto.

Socialización Compleja: dificultad de vinculación con sus pares, que tienden a rechazarla y excluirla.

Usuario N°2

Usuaría V.L con fecha de nacimiento 8/9/2006, sexo femenino, con madre adicta a pasta base y otras drogas consumidora en la etapa de embarazo. Datos perinatales: usuaria que al nacer presenta un peso de 2970 Kg. No tomo pecho.

APP: Los primeros meses de vida vivió en cabildo por detención de su madre. CBO reiteradas e infecciones del tracto respiratorio bajo reiteradas (NAC). Motivo de Ingreso: situación de calle.

CEV: Vigentes.

Medicación: 2 gotas de respiridona en la merienda recomendada por el psiquiatra infantil.

Informe escolar: No presenta dificultades en el lenguaje ni en la comprensión. No presenta dificultad de dicción respecto a relación con los adultos, mantiene nivel de autonomía que no se observa a lo que refiere a la madre. Presenta un vínculo dependiente, inestable y ambivalente (de amor odio). Informe Psicológico: Hiperactividad, episodios de llanto, no responde a puesta de límites.

Usuario N°3.

Usuario D.G con fecha de nacimiento 28/4/2006, sexo masculino, con madre HIV + adicta a pasta base consumidora en etapa de embarazo y etapas posteriores.

Datos perinatales: se desconocen antecedentes perinatales, alimentarios y madurativos.

APP: anemia, impétigo, CBO, infecciones respiratoria altas y bajas.
Motivo de ingreso: amparo y situación de calle.

CEV: vigente.

Medicación: no presenta.

Informe escolar: dificultad en el aprendizaje. Dificultades conductuales e impulsividad. Busca llamar la atención con agresiones tanto físicas como verbales a compañeros y maestros.

No acepta puesta de límites. Desafiante con el adulto. No escribe su nombre, no concreta sus ideas.

Informe Neurológico: Normal. Dislalia de origen emocional.

Foniatra: retraso simple del lenguaje.

Usuario N°4

Usuaría de J.G con fecha de nacimiento 30/1/2005, sexo femenino, con madre HIV+ adicta a pasta base, consumidora en etapa del embarazo y posteriores.

Datos perinatales: se desconocen antecedentes perinatales y madurativos.

APP: impétigo, infecciones respiratoria altas y bajas, toxoplasmosis que revirtió espontáneamente sin tto.

Motivo de ingreso: amparo y situación de calle.

CEV: Vigentes.

Medicación: no presenta.

Informe escolar: curso primer año con buen rendimiento.

Usuario N°5

Usuario H.C con fecha de nacimiento el 6/09/2006, sexo masculino, madre con patología psiquiátrica, ambos padres consumidores de pasta base. Datos perinatales: se desconocen datos perinatales y madurativos hasta su ingreso.

APP: desnutrición crónica, CBO, infección respiratoria alta y baja, OMA, Impétigo, parotiditis.

Motivo de ingreso: amparo y situación de calle.

CEV: vigentes.

Desarrollo psicomotriz acorde a la edad cronológica, concurre al jardín nivel 4.

Usuario N°6

Usuario M. G fecha de nacimiento 17/05/08, sexo masculino, madre consumidora de cocaína, marihuana, desde los 14 años y posteriormente de pasta base.

Datos perinatales: usuario que al nacer presenta un peso de 1.900 Kg. Parto en comcar siendo una gestación pre termino de 35 semanas, al nacer presento hipertensión e hipotiroidismo congénito.

APP: Desnutrición grave y diarrea con acidosis.

Motivo de ingreso: situación de calle (se encontraban como intrusos en una casa en ciudad vieja)

CEV: Vigente

Informe psicológico: Evaluación del desarrollo psicomotor el niño se encuentra dentro del rango de normalidad siendo lo esperado para su edad cronológica logra poner en juego sus habilidades para interactuar con el entorno.

El niño llama la atención porque es un niño pequeño cuyo aspecto impresiona por ser menor al correspondiente a su edad cronológica, se presenta simpático y activo, presenta poco uso del lenguaje verbal para comunicarse o expresarse, utiliza mas sonrisas o miradas. Presenta movimientos constantes, fluidos y coordinados.

Usuario 7:

Nombre A. Q. Fecha de nacimiento 19/01/2005, sexo masculino, madre consumidora de pasta base y víctima de violencia domestica.

Motivo de ingreso: situación de calle, familia disfuncional y situación de extrema vulnerabilidad social.

APP: CBO, infecciones respiratorias altas y bajas, desnutrición, al nacer infección conatal, recibió TTO con ATB.

CEV vigentes.

Informe psicológico:

Retraso global que afecta a las aéreas motrices. Conductas que dan cuenta de su exposición al maltrato, se presenta retraído al contacto corporal, no dejando acariciar o abrazar. No logra la secuencia numérica ni reconoce los días de la semana, no realiza verbalizaciones de forma espontánea y cuando se expresa lo hace en un tono de vos excesivamente bajo mirada esquiva y poco expresivo, recurso nivel 5 por faltas. Presenta una importante conducta de inhibición respecto al aprendizaje. Esfera afectivo-emocional reconoce a sus hermanos y presenta una conducta ambivalente con su madre. Importante monto de agresividad en el juego.

Niño que busca afecto y se muestra seguro en los trabajos escolares.

Presenta buena coordinación en movimientos finos y en la manipulación de objetos.

Informe escolar: Dificultades en el aprendizaje, no logra secuencia numérica ni reconoce los días de la semana, no realiza verbalizaciones de forma espontánea.

Usuario 8:

Nombre J Q sexo masculino, fecha de nacimiento 22/06/06, madre consumidora de pasta base y víctima de violencia domestica.

Motivo de ingreso: situación de calle, familia disfuncional y situación de extrema vulnerabilidad social.

CEV vigentes

APP: desnutrición crónica, CBO a repetición IRA alta y baja a repetición

AF: madre consumidora de pasta base, desnutrición

Informe Psicológico:

El niño presenta falta de estimulación aérea comprometida lenguaje cognitivas y psicomotriz.

Presenta poco rendimiento para su edad, amplio despegue de fantasía, esfera afectivo-emocional sufre la separación con su familia.

Informe escolar: dificultad en el aprendizaje. Dificultades conductuales e impulsividad. Busca llamar la atención con agresiones a maestros y compañeros

Usuario 9:

Nombre T.F. Fecha de nacimiento: 23/09/02, sexo masculino.

AP: VIH +, infecciones respiratorio altas y baja, hipotiroidismo.

AF: Madre portadora de VIH consumidora de pasta base, padre falleció de VIH hace algunos años.

Motivo de ingreso: Situación de calle.

CEV: Vigente

Informe Psicológico:

El niño se presenta alegre y participativo en todas las actividades se vincula bien con sus padres, buen nivel intelectual. Presenta un retraso leve en el lenguaje y en el desarrollo psico motriz por falta de estimulo

Informe escolar: presenta dificultades leves en el lenguaje y en la comprensión, buen compañero, prolijo.

Usuario 10:

Nombre M.C Fecha de nacimiento 22/03/06, sexo masculino.

Motivo de ingreso: Situación de calle

APP: Sufrimiento fetal agudo, Cesaria de urgencia a las 38 semanas, producto de segunda gestación no controlada, soplo sistólico, secuela neurológica, (hipertonía axial con hipotonía)

AF: Madre esquizofrénica, retardo mental.

CEV: Vigente

Informe Psicológico:

El niño se presenta alegre entusiasta, presenta dificultad para integrarse, disfruta de los juegos solitarios, baja tolerancia a la frustración.

Presenta un desarrollo global descendido con un funcionamiento deficitario para su edad cronológica, presenta además dificultad en el área del lenguaje, retraso, responde con monosílabos y frases breves.

Momento de impulsividad, inquietud, y episodios de auto y heteroagresividad, se encuentra en tratamiento psicomotriz ya que el mismo se encuentra en déficit con respecto a su edad cronológica.

Informe escolar: dificultad en el aprendizaje y conductuales, por momentos agresivo con los compañeros, presenta dificultad para integrarse, no responde a puesta de límites.

Usuario 11:

Nombre: C.G. Sexo: femenino, fecha de nacimiento: 19/09/07.

Motivo de ingreso: Situación de calle.

AP: anemia carencial, neumonía viral, IRA alta y baja, reflujo gastroesofagico.

AF: Madre adicta a PBC

CEV: Vigente

Informe Psicológico:

Niña sensible y tímida, no presenta dificultades en la integración comparte con otros. Presenta algunas dislalias, lenguaje fluido, arma frases. Disfruta del juego al aire libre

Usuario12:

Nombre: D.A sexo: masculino, fecha de nacimiento 28/04/06.

Motivo de ingreso: Situación de calle.

AP: CBO reiterados, Infecciones respiratorias (NAC), IRA alta y baja, desnutrición

AF: Padre y madre VIH +, consumidores de sustancias psicoactivas (PBC)

CEV: Vigente

Informe Psicológico y escolar.

Dificultad para adaptación para la escuela, y participar en actividades en grupo. Presenta agresión física y verbal a compañeros y maestros, no acepta límites, no comparte.

Lenguaje con problemas de dicción, no escribe nombres ni concreta ideas.

Usuario 13:

Nombre: M.F. sexo femenino, fecha de nacimiento 06/04/03.

Motivo de ingreso: Abandono, maltrato y situación extrema de vulnerabilidad.

AF: Madre portadora de VIH + consumidora de PBC, padre fallecido hace unos años con VIH +. Presenta 2 hermanos con VIH +.

AP: asmática, infecciones respiratorias agudas, altas y bajas, VIH negativo VDRL negativo.

Informe Psicológico:

Su nivel intelectual se encuentra de acuerdo a su edad, se relaciona bien con pares y adultos. Lenguaje presenta un rendimiento algo descendido en esta área que corresponde a una estimulación deficitaria recibida en su medio familiar.

Sin dificultades motrices en movimientos finos y/o gruesos. Niña activa motivada, frecuentemente desafiante y necesita una puesta clara de límites. Presenta baja autoestima.

Informe escolar: buena compañera, no presenta dificultades en la integración comparte con otros, rendimiento aceptable, presenta dificultades leves en el lenguaje.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CATEDRA DE SALUD MENTAL



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE ENFERMERIA.

CATEDRA DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

Sr/Sra. Director del Hogar Infantil.

Queremos informarle a ud. que los estudiantes de la Facultad de Enfermería; Daniela Midaglia, Natalia Carballo, Rocío Baeta, Noel Real y María Eugenia Ramos están realizando su tesis final “REPERCUSIONES PSICOSOCIALES EN HIJOS DE MADRES ADICTAS A PASTA BASE EN PERÍODO DE GEDeclaraciones dolina 21/05STACIÓN”.

La tutoría del presente trabajo se enmarca en la Cátedra de Enfermería en Salud Mental de la Facultad de Enfermería, bajo la responsabilidad de la Prof. Adj Lic. Esp.Iris Dutra y Prof. Asist. Lic. Carlos Pérez.

Solicitamos autorización para que los mencionados estudiantes puedan presentarles el protocolo de investigación y tener acceso a los datos que en el presente trabajo se mencionan y así poder cumplir con los objetivos planteados.

Quedando a sus órdenes para cualquier duda o consulta.

Saluda a Ud. muy afectuosamente.

Prof.Adj.Lic Esp. Iris Dutra.

Montevideo 12 de Octubre 2011.