

Factores asociados con el diagnóstico de enfermería deterioro parental en madres hasta los 24 años de edad, durante el primer año de crianza

LUIS CARLOS OROZCO, M.D.¹, ELVINIA PINILLA, ENF.¹, CAROLINA VARGAS², DANUBY ADRIANA BUITRAGO²,
DIANA BEATRIZ DOMÍNGUEZ², LIANA MAGRETH PEÑARANDA², DIANA MARÍA REYES², JULIANA RUEDA²

RESUMEN

Introducción: En la actualidad el embarazo en mujeres jóvenes se perfila como uno de los problemas más sentidos en Latinoamérica. Puede que existan muchos estudios sobre la gestación y la crianza de los hijos de madres jóvenes, pero en Colombia aún no se ha encontrado uno que enmarque específicamente el diagnóstico de enfermería deterioro parental, la verdadera relación del vínculo madre-hijo y su influencia en presencia de este diagnóstico.

Objetivo: Determinar los factores asociados con el diagnóstico de enfermería deterioro parental en madres hasta los 24 años de edad, durante el primer año de crianza.

Materiales y métodos: Es un estudio de corte transversal, cuya población fue de 240 mujeres hasta 24 años de edad, que se encontraban en el primer año de crianza de su último hijo. Se aplicó un instrumento de 88 preguntas, más formularios de IPAA, autoestima, deseabilidad social, apoyo social. Para el análisis de la información se utilizaron medidas de asociación OR y RR, se realizó un análisis bivariado con razones de prevalencia y regresión logística binomial. El análisis multivariado se modeló con la regresión logística y se calcularon los RR según la fórmula de Jun Zhang.

Resultados: Se encontró una prevalencia de 24.3% del diagnóstico; en el análisis multivariado se identificaron 6 factores protectores y 7 de riesgo.

Discusión: El principal factor protector es la asistencia a los controles prenatales, que se convierte en una herramienta fundamental, en la disminución del diagnóstico deterioro parental.

Palabras claves: Madres jóvenes; Factores asociados; Diagnósticos de enfermería; Deterioro parental.

Factors associated with nursing diagnosis parental deterioration in mothers up to 24 years of age during the first year of rearing

SUMMARY

Introduction: At the present time the pregnancy in the young women is profiled as a problem in Latin America. There are many studies about gestation and the upbringing of the children of young mothers, but in Colombia there has not been yet one infirmity frame that specifically diagnoses the parental deterioration, the true relationship between mother-son and their influence in the presence of this diagnosis.

Objective: To establish associated factors to the nursing infirmity diagnosis altered parenting (NANDA 3.2.1.1.1) in mothers until 24 years old, during the first year of upbringing.

Materials and methods: It was a cross-sectional study in a sample of 240 women ≥ 24 years old that were in their first year of her last son's upbringing. An instrument of 88 questions, as well as IPAA formats, self-esteem, social desires, and social support were applied; for the analysis of the information association measures OR and RR were also made through a bivaried analysis due to prevailing reasons and log binomial regression. The multivariable analysis was modelled with the logistical regression and RR was calculated according to Jun Zhang formula.

Results: A prevalence of 24.3% to the diagnosis was found and in the final model 6 protective factors and 7 of risk were identified.

Discussion: The main protective factor is the attendance to the prenatal controls and it became a fundamental tool, to decrease the parental deterioration diagnosis.

1. Docente Asociado, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.
e-mail: lcorovar@uis.edu.co e-mail: elvinia@uis.edu.co

2. Estudiantes Décimo Semestre de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.
Recibido para publicación abril 26, 2007 Aceptado para publicación octubre 19, 2007

Keywords: *Adolescent mothers; Associated factors; Nursing diagnosis; Parental deterioration.*

De acuerdo con la definición estándar de la ONU, los jóvenes pertenecen al grupo etario que va entre 15 y 24 años; en la práctica, la definición de jóvenes varía de un país a otro y depende de factores culturales, institucionales y políticos.

En la actualidad el embarazo en la adolescencia y en mujeres jóvenes, se perfila como uno de los problemas de salud más sentidos en Latinoamérica¹. Crea una confusión de funciones y papeles debido a los cambios somáticos y psicosociales propios de esta etapa, aunados al aumento de la responsabilidad como consecuencia de su nuevo papel de madre. En la adolescencia temprana (menores de 14 años) la maternidad se cruza con el desarrollo de la pubertad que, como gira en torno de un pensamiento mágico y egocéntrico, relega a un segundo plano la conducta materna que termina siendo ejercida por los abuelos. En la adolescencia media (14 a 16 años) la adaptación del papel maternal es mayor que en la etapa anterior, se hace evidente por las conductas de autocuidado hacia la salud propia y la del hijo. Se sienten posesivas de su hijo y asumen la función como una independencia de los padres. En la adolescencia tardía (18 a 21 años), la maternidad se lleva a cabo con menos problemas².

Stern y Álvarez³ en un estudio en Albania, encontraron que las embarazadas y madres adolescentes son más realistas acerca del desarrollo del niño y tienen actitudes más positivas con respecto del cuidado de sus hijos, que las no embarazadas.

En Michigan, Chapiro y Mangelsdor⁴, determinaron que la competencia parental varía entre madres adultas y adolescentes. Los hijos de madres adolescentes mostraban mayor riesgo de retraso en el desarrollo, déficit de interacción social y emocional, retraso cognitivo y una mayor incidencia de abuso, negligencia y morbilidad. Se encontraron diferentes factores que se asocian con este resultado en los hijos de madres adolescentes como el estado civil, la edad de la madre, la escolaridad, el estrato socioeconómico, el soporte de la pareja, el soporte de la familia. Existen factores que condicionan el comportamiento parental a nivel del individuo como la salud psicológica y el bienestar de los padres; los recursos estructurales de estrés o de soporte y las características del niño.

En el estudio de Pete y Gadney⁵ en Florida, se compara

el auto-concepto de adolescentes embarazadas americanas y africanas en zonas rurales y urbanas. El auto-concepto en los dos grupos es bajo con relación a las adolescentes no embarazadas, pero las adolescentes embarazadas son muy similares si se prescinde de la edad y de la localización geográfica.

Uno *et al.*⁶ en la Universidad de Utah, Estados Unidos, encontraron que las madres adolescentes americanas y mexicanas tienen más comprometidos los comportamientos paternos negativos que las madres blancas, pero que la relación entre etnia y maternidad está mediada por la influencia del estrés económico, parental y lo global.

En la investigación en Miami, Memphis y Detroit de Andreozzi *et al.*⁷, se afirma que los hijos de madres adolescentes y madres no adolescentes muestran similar modelo de vínculo. Adolescentes y madres no adolescentes presentan diferencias significativas en las características paternas y en los temperamentos de sus infantes. Sin embargo, estas diferencias no parecen perjudicar la relación del vínculo madre-hijo.

Gouvela y Baena⁸ en Brasil, identificaron que entre los diagnósticos de enfermería más comunes en obstetricia, el riesgo de alteración parental se encuentra en decimocuarto lugar. Según Carpenito⁹ las características definitorias principales para el diagnóstico de deterioro parental son: conductas paternas inadecuadas, o no fomentadoras, o ambas cosas y ausencia de conductas paternas de afecto.

Un estudio efectuado en Medellín por Kano¹⁰, mostró un proceso de ajuste de identidad que se realiza a través de tres fases, en las cuales la adolescente decide continuar con el embarazo, efectúa una serie de cambios en sí misma y en su modo de vida, y se prepara para ser madre. Este proceso describe la transición de la adolescente embarazada a persona adulta. Cuando una adolescente enfrenta un embarazo en condiciones de rechazo, se generan dificultades tanto para asumir el sentirse madre, como para la relación madre-hijo.

En la Universidad Nacional de Colombia, Vásquez y Gómez¹¹, realizaron una revisión temática denominada maternidad adolescente: vínculo y desarrollo, donde se muestra que en el país la pobreza empeora las repercusiones psicosociales del comienzo de la actividad en adolescentes. La relación de la madre adolescente con su hijo posee características especiales, hasta en las adolescentes que tienen una situación socioeconómica y de pareja aceptable. Algunos investigadores han observado que la manifestación de los sentimientos maternales es, muchas

veces, retardada. Además se han encontrado puntuaciones más bajas en el coeficiente intelectual, desarrollo emocional, social y problemas de adaptación escolar en los hijos de madres adolescentes. Las madres adolescentes parecen tener una menor disponibilidad para la comunicación afectiva, preverbal, para facilitar la exploración del ambiente por el niño y para el juego. El madresolterismo en adolescentes hace que se deteriore la relación madre e hijo a medida que el niño crece. La edad materna se identifica como primer factor de riesgo para el desarrollo del niño, como segundo factor la falta de apoyo social y como un tercer factor las condiciones socioeconómicas precarias.

Según Kenner¹², el papel parental se define como «el conjunto de comportamientos que son específicos del padre y de la madre; y se ve influido por la cultura, la historia familiar y la experiencia de vida, que generan un vínculo con el infante y las expectativas de los padres hacia el hijo. Una persona necesita modificar sus competencias en el cambio de funciones, un giro individual hacia su nuevo papel, requiere cambios en el comportamiento y genera un estrés máximo que exige modificaciones intra e interpersonales que generan ansiedad. Los cambios efectivos en la función se desarrollan en forma gradual, continua, y son un proceso dinámico basado en las necesidades importantes de la persona, que incluye identificarse con el otro papel, identificarse con las nuevas expectativas y desarrollar habilidades para ejecutarlo y modificarlo.

Este estudio se centra en la función materna, donde se tendrá en cuenta la teoría de Ramona Mercer quien define ese papel como «un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto período, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados y experimenta placer y gratificación en sus funciones. El desplazamiento hacia el estado personal donde la madre percibe una sensación de armonía, intimidad y competencia dentro de su papel, constituye el punto final en la adopción de la identidad como madre.¹³

Es importante recordar que la adaptación al papel parental casi siempre es un proceso continuo de maduración que requiere en las enfermeras conductas para prevenir problemas potenciales y promover la salud. De ahí que, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define en enfermería el diagnóstico de deterioro parental como la «incapacidad del cuidador principal para crear un entorno favorecedor del crecimiento y desarrollo óptimos del niño»¹⁴.

Finalmente, esta investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados con el diagnóstico de enfermería deterioro parental en madres hasta los 24 años de edad, durante el primer año de crianza, y de esta forma aumentar y clarificar los conocimientos existentes sobre el papel de madre en la adolescencia y juventud, para poder realizar en un futuro intervenciones de enfermería que satisfagan por completo las necesidades reales de esta población en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio de corte transversal, que permitió obtener información y describir la distribución de frecuencias de las características para el diagnóstico de enfermería deterioro parental. La población estuvo conformada por mujeres hasta los 24 años de edad, durante el primer año de crianza; pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 de Bucaramanga y su área metropolitana (Floridablanca), que firmaron el consentimiento informado, y aceptaron en forma voluntaria participar en el estudio. Se excluyeron a las mujeres con deterioro de la comunicación y alteraciones mentales. La muestra se escogió por conveniencia. El instrumento (diligenciado por las investigadoras) se aplicó a 240 mujeres que cumplieran con los criterios de selección, en el período comprendido entre octubre de 2004 y enero de 2005.

La variable de salida en este estudio es el diagnóstico de enfermería deterioro parental establecida por la presencia de las siguientes características definitorias principales según Carpenito⁹ ausencia de conductas maternas de afecto y conductas inadecuadas o no fomentadoras, que según las características definitorias que aparecen en la NANDA corresponde a pocas demostraciones afectivas en relación con la primera característica y con respecto a la segunda característica definitoria, cuidados incoherentes, conducta absurda y cuidado imperfecto del niño.

En el estudio el diagnóstico se determinó a través de: ausencia de demostraciones afectivas o el cuidado sin entusiasmo. En forma conjunta, el cuidado incoherente y la conducta sin consistencia o alguna de las anteriores con cuidado imperfecto o sin atención.

La variable explicatoria corresponde a los factores asociados con el diagnóstico deterioro parental que aparecen en la NANDA y son:

Sociales. Falta de acceso a los recursos, aislamiento social, falta de cohesión familiar, sobrecarga o tensiones

en el desempeño del papel, conflicto marital, descenso de la satisfacción, desvalorización de la maternidad, cambio en la unidad familiar, embarazo inesperado o no deseado, estrés, falta de modelo de papel parental o inadecuado del existente, falta de redes de apoyo social, estrategias de afrontamiento inadaptadas, falta de habilidades para solucionar problemas, incapacidad para dar prioridad a las necesidades del niño antes que las propias, baja autoestima, falta de recursos, entorno doméstico pobre, falta de transporte, desempleo o problemas laborales, familia monoparental, el padre del niño no muestra compromiso, antecedentes de haber sufrido malos tratos, dificultades económicas, pobreza, traslados.

Conocimientos. Falta de conocimientos sobre cómo mantener la salud del niño, y sobre habilidades paternas, expectativas poco realistas sobre el niño, falta de conocimientos sobre el desarrollo del niño, incapacidad para reconocer y actuar ante las claves del niño, bajo nivel educativo, falta de habilidades de comunicación, limitaciones de la función cognitiva, falta de disponibilidad cognitiva para la maternidad, preferencia por los castigos físicos.

Fisiológicos. Enfermedad física.

Del lactante/niño. Parto prematuro, enfermedad, separación prolongada de la madre, sexo distinto al deseado, temperamento difícil, temperamento del niño que no corresponde con las expectativas de los padres, retrasos en el desarrollo, nacimiento múltiple.

Psicológicos. Historia de abuso o dependencia de sustancias, depresión, parto o parto difícil, adolescencia y juventud, historia de enfermedad mental, múltiples embarazos o embarazos muy seguidos, privación o alteración del sueño, falta de cuidados prenatales o cuidados prenatales tardíos¹⁴. Para establecer los factores asociados se aplicó un instrumento que consta de 88 preguntas de tipo nominal, ordinal y numérico. Además se utilizó la prueba de Rosenberg para valorar la autoestima, que consta de 10 preguntas en las que se obtienen puntajes de 10 a 40 y se evalúa a través de una escala tipo Likert, a mayor puntaje mayor autoestima¹⁵. El apoyo social, se midió por medio de la prueba de apoyo social familiar percibido y proveído, con una escala que va de generalmente falso a generalmente verdadero, a mayor puntaje mayor apoyo¹⁶.

Se aplicó el inventario de paternidad para adultos y adolescentes (IPAA), para determinar las actitudes hacia la crianza infantil. Este inventario consta de 32 reactivos, distribuidos en 4 dimensiones: expectativas paternas

inapropiadas hacia el niño, carencia de empatía hacia las necesidades y sentimientos de los niños, padres que valoran el castigo físico, inversión del papel padre-hijo. El IPAA usa un formato tipo Lickert con 5 opciones por reactivo que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Se utilizó el formulario A, en donde los reactivos están redactados en afirmativo¹⁷.

Para comprobar la honestidad de las respuestas dadas en los formularios, se empleó la escala de deseabilidad social de Marlowe-Crowne (versión corta) que consta de ocho preguntas que se responden con falso y verdadero¹⁸.

A este instrumento se le efectuó la prueba piloto con 18 mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y se realizaron los ajustes correspondientes.

El sesgo de confusión se evitó al evaluar la mayoría de variables que se mencionan como asociadas en la NANDA. Finalmente, para evitar el sesgo de clasificación se midieron las características definitorias para certificar que la persona tenía o no el diagnóstico.

La información obtenida se digitó en dos bases de datos en el Programa EPI-INFO 6.04b y se comprobó su valor con el subprograma VALIDATE¹⁹.

Para el análisis de la información se realizó un análisis bivariado con razones de prevalencia (RR) y regresión log binomial. En el análisis multivariado debido a la no convergencia de la regresión log binomial, incluso después de mil iteraciones, se modeló con la regresión logística y se calcularon los RR según la fórmula de Jun Zhang²⁰.

En el modelo, se siguieron las recomendaciones de Greenland, se evaluó la bondad de ajuste por χ^2 de Hosmer y Lemeshow, y se realizó el análisis de residuales.

El Comité de Ética de la Facultad de Salud de la UIS, aprobó el estudio y se realizó ajustado a los lineamientos de la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, del Ministerio de Protección Social, sobre el respeto de la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de las personas objeto de investigaciones en salud²¹. Los investigadores garantizaron, en todo momento, la privacidad de las encuestadas y guardaron la confidencialidad de las mismas. Se aclaró que esta investigación no tenía beneficios directos inmediatos, pero se explicó a las participantes que podrían ser la base para hacer ajustes en las intervenciones de enfermería, lo que se espera conduzca a una mejor atención. A cada una de las mujeres se les expresó la naturaleza y objetivo del estudio y se les solicitó el consentimiento verbal y escrito²¹.

RESULTADOS

La edad de las 240 madres que participaron en la investigación estuvo en el rango de 14 a 24 años; 80% eran menores de 21 años.

La prevalencia del diagnóstico deterioro parental fue 24.3%, establecido a través de las características definitorias principales según Carpenito⁹.

En total 58 mujeres presentaron el diagnóstico de enfermería deterioro parental. También se encontró que las características secundarias mostraban una distribución de 13.5 para las mujeres con el diagnóstico y 11.4 para las que no lo tienen.

En el Cuadro 1, se presenta el análisis bivariado; también allí se mencionan las posibles variables asociadas con el diagnóstico deterioro parental, por ejemplo, asistencia al control prenatal, ingresos económicos, enfermedad física de la madre, preferencia por castigos físicos, entre otras. De acuerdo con este resultado se hizo el análisis multivariado con el modelo de regresión logística que se describe en el Cuadro 2, donde se aprecia la razón de prevalencia y su intervalo de confianza de 95%, que dio como resultado 6 factores protectores y 7 de riesgo; la asistencia al control fue el principal elemento protector con un RR de 0.034, ingreso económico mayor a un salario mínimo, el sentimiento de soledad en algunas ocasiones, si se siente sola en todo momento, el conocimiento sobre conservar la salud del niño, la capacidad de reconocer cuando el niño quiere comer y cuando la madre tiene como ocupación ser estudiante. Se encontraron como factores de riesgo, la edad del niño que aumenta el riesgo por cada mes de vida, en 2.43; antecedentes maternos de haber recibido malos tratos con un riesgo de 5.03; antecedentes de abortos con un riesgo de 3.17; los embarazos gemelares con un riesgo de 4.10; la cesárea con un riesgo de 2.12; el no informarse acerca de la maternidad 2.33; y finalmente las estrategias inadaptadas para la solución de problemas, aumentan en 2.72 el riesgo de presentar el diagnóstico de enfermería deterioro parental.

La bondad de ajuste por χ^2 , establecido con 10 grupos, arrojó como resultado una p de 0.8804 y el análisis de residuales no mostró ningún sujeto influyente.

DISCUSIÓN

El embarazo en las adolescentes y mujeres jóvenes es un problema importante en Latinoamérica y Colombia

debido a su aumento sostenido en los últimos años.

En la edición de la NANDA (2005-2006), existe una clasificación de las características definitorias para el diagnóstico deterioro parental que tiene en cuenta aspectos del lactante o niño y paternos, pero que a su vez no las clasifica entre principales y secundarias. Por otro lado, se encontró que Carpenito⁹ en su libro sobre diagnósticos de enfermería establece diferencias entre características definitorias principales y secundarias, las cuales permitieron que se hiciera más evidente la identificación del diagnóstico en esta población. Los resultados del presente trabajo demuestran la importancia de esa clasificación, pues la distribución de las características secundarias fueron similares en las mujeres que presentaban el diagnóstico y en las que no lo tuvieron.

Así como en este estudio el cuidado imperfecto, es una característica principal para definir el diagnóstico deterioro parental, Vásquez y Gómez¹¹ afirman que el cuidado sin atención se asocia fuertemente con la maternidad temprana; aspecto «difícil de documentar debido a que la información es escasa». Además estos autores, mencionan que las madres adolescentes parecen tener una menor disponibilidad en la comunicación afectiva preverbal, que no facilita al niño la exploración del ambiente y para el juego.

No se hallaron referencias específicas donde se mencione cuidado incoherente y conducta inconsistente en relación con el diagnóstico, pero sí se encontró que la actitud de una mujer joven frente a la maternidad y crianza de su hijo, está influida por la etapa en la que transita (adolescencia, juventud), y la hace vulnerable a desórdenes durante la crianza²; apoyando así a la NANDA en la inclusión de estas características definitorias y a los resultados obtenidos en la prueba piloto.

De los 62 factores cuya relación aparece en NANDA, para el diagnóstico de enfermería deterioro parental, se incluyeron 46 en este estudio y uno más (edad del niño) no considerado en NANDA. Hubo trece significativamente asociados con el diagnóstico, seis eran protectores para el diagnóstico y siete eran factores de riesgo. Se observó que el control prenatal, es un elemento protector principal para el diagnóstico. Issler² menciona que es necesaria la ayuda de profesionales de la salud, y abordar los temas sobre la maternidad desde un ángulo interdisciplinario durante el embarazo en el control prenatal, y esto concuerda con lo visto en este estudio.

Según lo esperado, si aumentan los ingresos económi-

Cuadro 1
Análisis bivariado

Variable	RR	p
Edad (madre) / año	0.91	0.06
Edad (hijo) /mes	1.07	0.20
Nivel educativo		
>5 años	0.53	0.01
bachillerato completo	0.3	0.00
>11 años	0.15	0.06
Estrato socioeconómico		
1	1.0	0.00
2	0.39	0.00
3	0.68	0.18
Ocupación		
Estudiante	0.22	0.03
Ama de casa	2.82	0.06
Trabajo	0.5	0.08
Facilidad para asistir a los centros o instituciones de salud	0.41	0.00
Ingresos económicos		
<un salario mínimo	1	0
>un salario mínimo	0.22	0.00
Ingresos cubren alimentación		
poco	1.84	0.02
nada	3.5	0.00
parcial	2.64	0.01
Ingresos cubren vestido		
muy poco	5.70	0.00
nada	6.20	0.00
Ingresos cubren vivienda		
parcial	0.75	0.41
muy poco	2.04	0.01
nada	3.31	0.00
Ingresos cubren salud		
parcial	0.93	0.85
muy poco	2.41	0.00
nada	4.20	0.00
Ingresos cubren recreación		
parcial	0.74	0.52
muy poco	2.48	0.01
nada	2.9	0.00
Ingresos cubren transporte		
parcial	0.85	0.7
muy poco	2.2	0.00
nada	2.07	0.02
Consumo de alcohol	1.76	0.01
Sentimiento de soledad en algunas ocasiones	0.6	0.05
Sentimiento de soledad en todo momento	1.45	0.17
Preferencia por castigos físicos	2.16	0.00
El barrio cuenta con servicio de transporte público	0.29	0.00
Duerme		
8 horas	1.57	0.12

Cuadro 1
Análisis bivariado (continuación)

Variable	RR	p
>8 horas	2.07	0.02
Descanso al despertar	0.71	0.13
No hay problemas para dormir	1.13	0.66
Interrupción del sueño		
2 a 3 veces	1.30	0.33
más de 3 veces	1.15	0.68
Cuando se comunica la entienden	0.83	0.61
Enfermedad física de la madre	1.27	0.51
Ha consultado con psicólogos o psiquiatras alguna vez en la vida	1.13	0.66
Sentimiento de tristeza		
poco		
nada	0.53 0.51	0.00 0.31
Relaciones con los miembros de la familia		
Buenas		
Malas	1 2.32	0 0.00
Relaciones con la pareja: aspecto afectivo antes de tener el hijo		
regular	1.28	0.49
malas	2.14	0.29
regular	0.24	0.15
malas	8.13	0.99
No hay compromiso del padre del niño	0.71	0.18
Forma adaptada de solucionar los problemas		
Forma inadaptada de solucionar los problemas	1 2.8	0 0.00
Antecedentes de abortos	1.58	0.11
Período intergenésico		
1 año	1.97	0.01
2 años	0.6	0.29
3 años	1.42	0.34
Embarazo gemelar	2.82	0.01
Cesárea	0.90	0.00
Sexo distinto al deseado	1.03	0.91
Parto prematuro	1.41	0.21
Enfermedad del niño	1.19	0.68
Afección de la madre con respecto a la enfermedad del menor	4.75	0.99
Desarrollo de actividades comunes según la edad del menor	0.63	0.33
Embarazo planeado	1.60	0.06
Embarazo deseado	0.45	0.00
Cuidados prenatales		
Asistencia al control prenatal	0.34	0.00
Seguimiento de recomendaciones dadas durante el control prenatal	0.17	0.06
No seguimiento de recomendaciones dadas durante el control prenatal	0.34	0.00
Vive con		
la pareja	1.07	0.81
familiares	1.13	0.99
sola	2	0.21
familiares y padres	1.13	0.99
pareja y padres	0.61	0.23

Cuadro 1
Análisis bivariado (continuación)

Variable	RR	p
Vivió con		
pareja y familiares	1.14	0.21
familiares	1.49	0.30
pareja	1.12	0.68
sola	2.56	0.01
otras personas	1.26	0.99
padres y familiares	1.26	0.99
padres y pareja	1.26	0.99
familiares y pareja	1.26	0.99
Pierde la paciencia con facilidad	2.20	0.00
Dificultad para aprender cosas nuevas	1.09	0.82
Se informa acerca de la maternidad	0.65	0.06
No se informa acerca de la maternidad	1.0	0.0
Conocimiento sobre el mantenimiento de la salud del niño	0.47	0.00
Cuidado a otros niños diferentes al suyo	1.38	0.17
Facilidad de crianza por cuidados previos a otros	1.26	0.71
Tiene conocimientos sobre el crecimiento y desarrollo del niño durante el primer año	0.57	0.01
Antecedentes maternos de haber recibido malos tratos	3.20	0.00
Estrés	1.35	0.21
Crianza con madre biológica	0.85	0.63
Apreciación de crianza materna (regular)	1.49	0.17
Apreciación de crianza materna (mala)	3.31	0.99
Poca habilidad para la solución de problemas	2.02	0.00
Ninguna habilidad para la solución de problemas	3.68	0.00
Incapacidad para dar prioridad a las necesidades del niño antes que las propias	1.97	0.01
No es importante la maternidad como proyecto de vida	2.62	0.01
No sabe si la maternidad es importante como proyecto de vida	1.39	0.24
Papel de madre que genera angustia o preocupación	1.66	0.05
Sabe cuando el hijo desea		
comer	0.35	0.01
cambio de pañal	1.09	0.89
dormir	1.09	0.89
Separación prolongada de los padres	2.4	0.01
Forma de ser del hijo imaginada por la madre	0.43	0.00
Autoestima		
Primer grupo (<25 puntos)	1	0
Segundo grupo (25 y <30 puntos)	0.85	0.56
Tercer grupo (30 y <35 puntos)	0.57	0.06
Cuarto grupo (35 y más puntos)	0.31	0.00
IPAA		
Inversión del papel madre-hijo	0.58	0.00
Madres que valoran el castigo físico	0.59	0.00
Expectativas maternas inapropiadas hacia el niño	0.76	0.00
Carencia de empatía hacia las necesidades y sentimientos de los niños	0.47	0.00
Apoyo social	0.98	0.00
Deseabilidad social	1.03	0.31

Cuadro 2
Análisis multivariado

Variable	RR	IC 95%
Asistencia al control prenatal	0.034	0.003 - 0.290
Ingresos económicos mayores de un salario mínimo	0.099	0.034 - 0.271
Aislamiento social. Sentimiento de soledad en algunas ocasiones	0.199	0.072 - 0.512
Sí se siente sola en todo momento	0.202	0.051 - 0.727
Conocimientos sobre mantener la salud del niño	0.186	0.049 - 0.597
Sabe cuando el hijo desea comer	0.154	0.012 - 0.930
Ocupación: madre estudiante	0.162	0.023 - 0.923
Edad del niño. Aumenta el riesgo por cada mes de vida	2.426	1.359 - 3.581
Antecedentes maternos de haber recibido malos tratos	5.028	2.330 - 7.676
Antecedentes de aborto	3.170	1.832 - 3.980
Embarazos gemelares	4.100	1.754 - 4.229
Cesárea	2.120	1.180 - 3.172
No informarse acerca de la maternidad	2.326	1.497 - 2.821
Estrategias inadaptadas para la solución de problemas	2.718	1.483 - 4.059

cos y se pueden satisfacer las necesidades de la madre y del hijo, se previene la presencia del diagnóstico, como sucede en el estudio de Chacón y Moreno²² donde encontraron que el apoyo económico y social aumenta las potencialidades para el desarrollo psicológico de la adolescente y su satisfacción emocional en el desempeño de su papel de madre.

Contrario a lo esperado y documentado por Lugo, en donde la adolescente sufre a solas, se oculta en sí misma y se aísla socialmente²³, en este estudio se encontró que la soledad en algunas ocasiones o siempre corresponde a un factor protector y puede que así se establezca un vínculo afectivo mayor con el hijo.

Según Kano¹⁰, las adolescentes mayores afrontan los problemas relacionados con la crianza de los hijos de manera más realista que las adolescentes más jóvenes, porque sus destrezas cognitivas son más amplias, tienen mayor desarrollo social y cuentan con una red de apoyo más grande lo que se asocia con un mayor nivel educativo y mayores conocimientos que facilitan la crianza; estos agentes son protectores para el diagnóstico de enfermería deterioro parental en este estudio.

Vásquez y Gómez¹¹ encontraron que a menor edad de la madre y debido a los cambios cognitivos que presentan (capacidad de pensar en forma abstracta) por no estar bien desarrollados, impiden que la madre reconozca las señales que envía su hijo, lo que concuerda con los resultados en esta investigación, donde saber cuándo el

hijo desea comer resulta un elemento protector para no presentar el diagnóstico.

Entre los factores de riesgo para la presencia del diagnóstico deterioro parental, se encontró que a medida que aumenta la edad del niño, aumenta el riesgo de presentar el diagnóstico. Según el artículo Maternidad adolescente: vínculo y desarrollo¹¹, se menciona que la relación madre-hijo se deteriora en la medida en que el niño crece.

Los antecedentes de haber recibido malos tratos aumentan el riesgo de presentar el diagnóstico, como lo señalan Peatterson *et al.*²⁴ en su estudio donde afirman que prácticas disciplinarias paternas ineficaces y la supervisión inadecuada, están asociados con la realización de intercambios sociales coercitivos y conductas antisociales y descendencia agresiva.

En esta investigación la falta de conocimientos sobre la maternidad es un factor de riesgo para el diagnóstico deterioro parental, como se menciona en el estudio de Elster *et al.*²⁵, que indica que el informarse sobre la maternidad hace que la mujer tenga la habilidad para suplir las necesidades de su hijo y resolver ciertos dilemas que se presentan en la crianza.

No hubo datos para establecer una relación entre el número de abortos, cesáreas, embarazos gemelares y el diagnóstico deterioro parental. En NANDA se encuentran factores que identifican el diagnóstico, como ocurrió en este trabajo; por ello se sugiere para futuros estudios

enfatar la búsqueda de tales elementos.

Las condiciones en las que las adolescentes realizan la transición a personas adultas son complicadas, problemáticas y dificultan el paso a la edad adulta. Así la adolescente embarazada debe adquirir una nueva identidad en un tiempo muy corto y renunciar a su modo de vida¹⁰; estas afirmaciones se relacionan con los resultados de la investigación actual, donde las estrategias en las soluciones de los problemas se convierten en un factor de riesgo para el diagnóstico de enfermería deterioro parental.

La enfermera cumple funciones valiosas al aplicar medidas preventivas que pueden disminuir la prevalencia del diagnóstico deterioro parental; entre ellas son importantes el control prenatal y la educación, pues así se evitan no sólo los riesgos en el embarazo y el puerperio sino también durante la crianza y el cuidado de los niños, además de promover de manera adecuada el enfrentarse al nuevo papel de madre en las adolescentes y jóvenes.

La investigación de enfermería contribuye a ampliar el conocimiento científico, elemento básico para fortalecer la profesión y la calidad del cuidado. Se recomienda realizar otros estudios donde se intervenga a madres adolescentes y jóvenes y se observe la eficacia de las participaciones de enfermería sobre el diagnóstico deterioro parental.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. República de Colombia. *Resolución 00412. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
2. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. *Rev Posgr Via Catedr Med* 2001; 107: 11-23.
3. Stern M, Álvarez A. Knowledge of child development and caretaking attitudes: a comparison of pregnant, parenting, and nonpregnant adolescents. *Psychol J* 1992; 41: 297-302.
4. Chapiro JR, Mangelsdor F. The determinants of parenting competence in adolescent mothers. *J Youth Adolesc* 1994; 23: 621-641.
5. Pete-McGadney J. Differences in adolescent self-concept as a function of race, geographic location, and pregnancy. *Psychol J* 1995; 30: 95-105.
6. Uno D, Florsheim P, Uncino BN. Psychosocial mechanisms underlying quality of parenting among Mexican-American and white adolescent mothers. *J Youth Adolesc* 1998; 27: 585-605.
7. Andreozzi L, Flanagan P. Attachment classifications among 18-month-old children of adolescent mothers. *Med Library* 2002; 156: 20-26.
8. Gouvêla HG, Baena MH. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004; 12: 179-184.
9. Carpenito LJ. *Diagnósticos de enfermería*. 9ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2002. p. 541-548.
10. Kano ME. El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: ajustando la identidad. *Rev Invest Educ Enfermería* 1999; 17: 35-47.
11. Vásquez R, Gómez A. Maternidad adolescente: Vínculo y desarrollo. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1995; 46: 157-163.
12. Kenner C, Brueggemeyer A, Porter L. *Comprehensive neonatal nursing. The changing family unit*. Philadelphia: WB Saunders; 1993. p. 70.
13. Marriner A. *Modelos y teorías de enfermería*. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1994. p. 391.
14. NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004*. Madrid: Harcourt; 2003. p. 157.
15. Valdivieso MC, Orozco LC, Gómez C. Eficacia de las intervenciones de enfermería en autoestima e imagen corporal en mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama: ensayo cuasi-experimental. *Medicas UIS* 2002; 16: 57-63.
16. Windle M, Miller C. Confirmatory factor analysis and concurrent validity of the perceived social support-family measure among adolescents. *J Marriage Fam* 1992; 54: 777-787.
17. Solís-Cámara RP, Rivera I, Valadez L. Confiabilidad de medidas repetidas del Inventario de Paternidad para Adultos y Adolescentes (IPAA). *Rev Salud Mental* 1993; 16: 38-44.
18. Loo R, Thorpe K. Confirmatory factor analyses of the full and short versions of the Marlowe-Crowne social desirability scale. *J Social Psychol* 2000; 140: 628-635.
19. CDC. Epi Info, versión 6.04b. *Epidemiología en ordenadores*. Atlanta; 2001.
20. Jun Zhang MB, Kai F Yu. What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *JAMA* 1998; 280: 1690-1691.
21. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430. Título II. Capítulo 1: *De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos*. Artículo 11. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. p.271.
22. Chacón J, Moreno CL. *Características psicosociales de las madres adolescentes en tres instituciones de salud de Manizales durante febrero a julio de 2003*. Proyecto de investigación. Universidad de Caldas, Colombia. p. 13-15. URL disponibles en: <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/Sitio%20Web%20ObGyn/Proyecto%20Investigacion%20madre%20adolescente.htm>
23. Lugo, NV. *El mundo afectivo de la adolescente embarazada*. 2002 marzo. URL disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2002/E1%20mundo%20afectivo.htm>
24. Patterson GR. A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychol* 1989; 44: 329-335.
25. Elster AB, McAnarney ER, Lamb ME. Parental behavior of adolescent mothers. *Pediatrics* 1983; 71: 494-503.