

ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES¹

ADOPTION OF HEALTHY PRACTICES IN PUERPERAL ADOLESCENTS

Doris Amparo Parada Rico²

RESUMEN

Introducción: Teniendo en cuenta el problema de salud en el que se ha convertido el embarazo en adolescentes y el déficit de conocimientos de las mismas durante el puerperio, se diseñó el programa “cuidado en casa a la puérpera adolescente y su recién nacido”, con el objetivo de identificar las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con su recién nacido, prevenir alteraciones evitables mediante la valoración y seguimiento, promover prácticas saludables e incluir a la familia en el cuidado de la madre y su hijo. **Materiales y Métodos:** Este programa se dirigió a usuarias entre los 10 y 19 años, egresadas del servicio de Ginecoobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz en Cúcuta y a su recién nacido. Durante el programa se estructuró un estudio que corresponde al paradigma cuantitativo, descriptivo de corte prospectivo. La muestra fue compuesta por 251 puérperas adolescentes y sus recién nacidos residentes en el municipio de Cúcuta. Para la recolección de información se utilizó un formato de valoración por dominios para la puérpera y su recién nacido y el cuestionario “prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto” versión 2010. **Resultados y Discusión:** Dentro de los factores sociodemográficos se evidencia la escolaridad y nivel socioeconómico bajo, relaciones de unión libre, madresolterismo y tipo de familia extensa como variables prevalentes. Existen prácticas inadecuadas en la alimentación y cuidados de la salud especialmente. **Conclusiones:** Se pudo establecer que las adolescentes puérperas aplican cuidados congruentes a su cultura y no las indicaciones dadas por el equipo de salud durante el embarazo, sin embargo cuando enfermería ejerce el cuidado humanizado y respetuoso, se evidencian cambios positivos en la salud de la madre y su familia así como la adopción de prácticas saludables. (Rev Cuid 2013; 4(1): 450-8).

Palabras clave: Conductas Saludables, Período de Postparto, Adolescente, Atención de Enfermería. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Given the health problem that has become teenage pregnancy and the lack of knowledge of the same during the postpartum period, the program was designed “home care to the mothers of newborns and infants to adolescents” with to identify care practices engaged with themselves and with their newborn, prevent avoidable disorders by assessing and monitoring, promote healthy practices and include the family in the care of the mother and child. **Materials and Methods:** This program targeted users between 10 and 19 years, graduates of Gynecology and Obstetrics Service of the State Social Enterprise Meoz Erasmus University Hospital in Cucuta and your newborn. During the study, a structured program that corresponds to the quantitative paradigm, prospective descriptive cross. The sample consisted of 251 postpartum adolescents and their newborns living in the city of Cucuta. For data collection we used a domain valuation format for the woman and her newborn and the questionnaire “care practices with themselves engaged in postpartum women” 2010 version. **Results and Discussion:** Among the sociodemographic factors evidenced schooling and low socioeconomic status, cohabiting relationships, single mothers and extended family such as variables prevalent. Practices are inadequate food and health care in particular. **Conclusions:** It was found that adolescents apply postpartum care consistent with their culture and the indications given by the health care team during pregnancy, however when humanized nursing care exercises and respectful, positive changes are evident in the health of the mother and his family and the adoption of healthy practices.

Key words: Health Behaviour, Postpartum Period, Teenage, Nursing Care. (Source: DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud que conlleva. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural

¹ Artículo Original.

² Enfermera Magister Materno Perinatal, Universidad Nacional de Colombia, Docente Universidad Francisco de Paula Santander. Autor de Correspondencia: Doris Amparo Parada Rico. Dirección: Avenida Gran Colombia No. 12E-96. Barrio: Colsag, Cúcuta, Colombia. Teléfono: 057-7 5776655. E-mail: admirable_777@hotmail.com
Artículo recibido el 26 de Mayo de 2013 y aceptado para su publicación el 09 de Agosto de 2013.

de algunas regiones y grupos sociales, generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, configurando así el problema social de la ‘madre soltera como lo presentan diferentes autores, entre ellas Carolina Vargas Porras y Luz Mery Hernández Molina, quienes han trabajado además en la validación de un instrumento para evaluar las prácticas de cuidado de estas usuarias (1-2).

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y salud 2010, en Colombia las mujeres menores de 20 años registran una tasa de fecundidad de 84 por mil (2), la cual ha ido descendiendo comparada con estadísticas anteriores, sin embargo existen grandes diferencias y relevantes dificultades notables por región.

La etapa del embarazo en esta población se convierte en alto riesgo para la vida de la madre y de su hijo por nacer, las adolescentes con edades entre los 15 y los 19 años tienen dos veces más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 30 años de edad. Para las menores de 15 años, los riesgos son cinco veces mayores. Por cada adolescente que muere en el parto, hay muchas más que padecen lesiones, infecciones y discapacidades prolongadas, como la fístula obstétrica (3).

Es por lo anterior que no solamente debe realizarse el trabajo vigilante y acucioso durante el embarazo y parto, sino continuarlo en el puerperio, etapa en la cual la mujer es dada de alta tempranamente de los centros de atención, incrementando la problemática pues la adolescente, alejada de los servicios de salud, sin contar en muchas ocasiones con redes de apoyo social y/o familiar y con vacíos de conocimiento acerca de los cuidados en esta etapa, puede causarse lesiones o no percibir alteraciones o riesgos que podrían evitarse (4).

La etapa del puerperio, conocida popularmente como la “dieta”, es un periodo importante para el binomio madre-hijo y su familia, pero en la mayoría de casos se ve influenciado por múltiples creencias que culminan con la aplicación de prácticas culturales (5-6), las cuales han sido transmitidas de generación en generación, como por ejemplo: la restricción en el consumo de algunos alimentos, uso de medicina folclórica, utilización de vestimenta especial, reposo estricto, etc. Además es un periodo de readaptación y ajuste para toda la familia pero en general para la madre quien experimenta la adaptación a los cambios en su imagen corporal, cambios anatomofisiológicos y ajustes a su nuevo rol.

Este proceso en el ciclo vital es más notable en la madre adolescente, pues representa experimentar una serie de cambios a nivel físico, social y emocional, en el cual debe asumir responsabilidades y desarrollar habilidades para el cuidado propio y el de su hijo recién nacido, lo que en la mayoría de casos no posee. Por esta razón en diversas oportunidades es la abuela, suegra, y otros familiares quienes intervienen en las prácticas de cuidado anexando un componente cultural de tipo folclórico transmitidos generacionalmente que pueden llegar a ser lesivos para el

binomio madre hijo recién nacido.

Por lo anterior es importante realizar por el equipo de salud, como refiere Vásquez et al (7), la identificación de la diversidad cultural respecto a las prácticas de cuidado que las puérperas y sus familias aplican con ella misma y con su recién nacido y que se realice una intervención oportuna y respetuosa para adecuar esas prácticas, negociarlas o reestructurarlas según el caso.

Al comprender las creencias y conocimientos del cuidado que las madres aplican para sí mismas y para sus hijos, se busca profundizar alrededor de la diversidad cultural inmersa en el modo particular de cuidar, como lo expresa Reina et al (8), y por ende como profesionales de enfermería ofrecer una educación acertada sobre prácticas de cuidado compatibles con la cultura de la madre adolescente e incentivar así mismo la adopción de nuevas prácticas saludables a toda la familia gestante.

El profesional de enfermería debe por tanto identificar estas prácticas permitiendo que la madre exprese libremente sus saberes y se promueva de manera humanizada, cálida y respetuosa, un acercamiento del profesional de salud a la paciente, lo cual contribuirá al diseño de estrategias de cuidado basadas en el conocimiento del contexto que rodea a la puérpera adolescente, así como en la evidencia científica.

De esta manera se fortalecerá la calidad del cuidado y se aporta a las estrategias de promoción de la salud, así como a contribuir con el fortalecimiento de un cuidado responsable y coherente que oriente acciones y la toma de decisiones hacia resultados positivos donde el individuo, familia y comunidad, posterior a la intervención de enfermería mantenga aquellas prácticas que son adecuadas y negocie o reestructure las lesivas.

Conllevando de tal forma a promover factores protectores y estimular un cuidado acorde a sus necesidades a través de actividades de educación, detección temprana de alteraciones e intervenciones que permitan disminuir los determinantes de riesgo para este binomio madre e hijo y su familia.

Por los antecedentes mencionados anteriormente y la identificación de las necesidades de las madres y su recién nacido en esta etapa a través de diversas investigaciones, se diseñó el programa de cuidado para esta población, efectuado en tres fases, durante las cuales se realiza captación de la madre en la sala de puerperio y posteriormente visitas domiciliarias para evaluar y realizar seguimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

La información recolectada durante la implementación de este proyecto social, se agrupó y analizó en Excel presentándola como hallazgos de un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo.

La población fue conformada por las adolescentes

puérperas que egresaron del Hospital Erasmo Meóz durante el año 2011, residentes en el municipio de Cúcuta. La muestra se obtuvo captando las usuarias que se hallaban en el servicio de Ginecoobstetricia junto a sus recién nacidos, a estas madres se les solicitó el consentimiento informado, teniendo en cuenta los aspectos éticos y legales vigentes para incluirlas dentro del programa y hacerles seguimiento domiciliario.

El total fue 251 puérperas adolescentes y sus recién nacidos que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: Madres adolescentes entre 10 a 19 años de edad, residentes de la ciudad de Cúcuta y sin algún tipo de patología que impliquen hospitalización ni alteración mental durante el puerperio.

Los instrumentos utilizados en la recolección de datos fueron dos; un formato de valoración para la madre y su hijo o hija recién nacidos en el cual se registra datos de identificación, examen físico y se agrupa la información de cada uno de estos usuarios por dominios de salud de acuerdo a la clasificación dada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA); para la puérpera, se diseñaron 37 ítems teniendo en cuenta aquellos que deben ser evaluados mas acuciosamente en el periodo del posparto; para el recién nacido se obtuvo información agrupada en 17 ítems. Finalmente se aplicó un segundo formato a cada puérpera: el instrumento "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el postparto", el cual presenta validez facial y de contenido. La confiabilidad evaluada de este último, registra alfa de Cronbach de 0.68 (1).

Las variables contempladas en el mismo, miden la utilización de prácticas como alimentación, consumo de micronutrientes, higiene, uso de redes de apoyo, uso de

servicios de salud y cumplimiento de recomendaciones dadas por el personal. La recolección de datos se hizo inicialmente en el servicio de posparto de la institución de salud y posteriormente en el domicilio de la paciente.

Objetivo General:

Implementar el Programa de Cuidado en casa a las Puérperas Adolescentes egresadas de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y a su Recién Nacido.

Objetivos Específicos:

- Realizar la captación temprana de las madres adolescentes en el periodo del postparto durante la estancia en la E.S.E. H.U.E.M.
- Detectar tempranamente los determinantes de salud que pueden afectar a la madre y su recién nacido en la etapa del puerperio.
- Proporcionar educación a la madre adolescente sobre los cuidados y signos de alarma que debe aplicar para sí misma y su recién nacido en la etapa de puerperio.
- Integrar a la familia en el cuidado integral que debe recibir la madre y su hijo recién nacido en el postparto.
- Promover en la madre la inclusión a programas de control para ella y su recién nacido.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Captación Temprana: La captación de adolescentes se realizó durante el periodo del 5 de Enero al 15 de diciembre de 2011. La encuesta aplicada mostró los siguientes resultados en cuanto a caracterización socio demográficas de las usuarias.

Tabla 1. Distribución Porcentual - Caracterización de las Puérperas Adolescentes

Variable	Edad	%
Edad en las puérperas adolescentes	12	1.8
	13	2.7
	14	9.06
	15	18.12
	16	15
	17	23.2
	18	17
Estado civil	19	18
	Soltera	52,6
	Unión libre	30,6
	Casada	12
Ocupación de la puérpera	Viuda	4.8
	Ama de casa	70
	Estudiante	20
Afiliación al sistema de salud	Trabajadora independiente	10
	Sin seguridad social	31
	Régimen subsidiado	69

Fuente: formato de valoración de la puérpera adolescente versión 1

Dentro de estos resultados se observa determinantes presentes que pueden afectar su desarrollo personal y que incluso influyen en la capacidad para la toma de decisiones. Las adolescentes con hijos, en su mayoría se enfrentan a cambios bruscos en su vida como la suspensión de sus estudios, convertirse en amas de casa o iniciar trabajos informales por no poseer mano de obra calificada, lo cual no les proporcionará los recursos suficientes para alcanzar una adecuada calidad de vida y se convierte en un círculo vicioso que trae consigo la pobreza.

Su estado civil predominante, demuestra la inestabilidad emocional a la que pueden estar sujetas: al igual que en el estudio de Cardozo y Bernal (6), Evette Castillo (9), Nora Sánchez et al (10), estas adolescentes madres, son solteras en su mayoría y dependientes de sus padres. Respecto a la escolaridad se encontró que el 50% han realizado estudios de secundaria, un 38% primaria y un muy bajo porcentaje ha realizado estudios universitarios: concordante con datos hallados en estudios de Osorio y Hernández (11), Molina y Leiva (12), Contreras (13), donde las mujeres, en su mayoría se encontraban en edades comprendidas entre la adolescencia media y tardía, poseían ocupaciones no remuneradas, prevaleciendo el ser amas de casa con porcentajes marcados de deserción escolar.

Las características anteriores demuestran labilidad y determinantes sociales que pueden influir y aumentar el riesgo de afrontamiento inadecuado en esta etapa, así como a estar sujeta a cuidados aportados por otros pues por la dependencia económica y emocional se torna vulnerable y está expuesta a esta situación.

Detección temprana de determinantes de riesgo en la salud de la madre y su recién nacido. Durante las valoraciones realizadas a las usuarias se halló que un 36% de ellas presentó problemas de salud, entre los cuales se pudo observar: cefalea, dolor en las mamas; signos de infección y dolor en la herida quirúrgica. En porcentajes menores se encontraron otros signos y síntomas como: problemas de diuresis, fiebre, Hipertensión arterial y depresión leve. (Ver tabla

2). El dolor de mamas en el total de los casos se presentó secundario al mismo proceso de amamantamiento. Datos que concuerdan con hallazgos como el estudio de Seguimiento de enfermería a la Madre y al recién nacido durante el puerperio, de Bohórquez y Rosas (14), donde también aparece la infección de la herida quirúrgica como uno de los signos de alarma en esta etapa.

Tabla 2. Distribución de Puérperas Según Presencia de Signos o Síntomas de Alarma

Signos de Alarma	%
Cefalea	13.1
Dolor en mamas	6.7
Dolor en la herida Qx	5.2
Infección en la herida	4.3
Fiebre	2.5
Depresión	4.2

Fuente: formato de valoración de la puérpera adolescente versión 1

Un aspecto importante que tiene impacto tanto en la salud de la madre como de su hijo recién nacido, está en relación con la preparación y evaluación de las mamas para la lactancia. Al realizar la valoración de los pezones de las puérperas adolescentes se encontró que el 84.7% de ellas tiene un tipo de pezón evertido, el 16% plano, y un 1.69% invertido; en su mayoría refirieron que durante el embarazo no realizaron los ejercicios requeridos, aludiendo no haber recibido información por parte del personal de salud sobre dicho tema. Convirtiéndose de esta manera en un factor que contribuye a la deserción de la lactancia materna como lo refiere el estudio de Zambrano y Bohórquez (15).

Pudo corroborarse así mismo, que a pesar de que la madre adolescente recibe educación durante su embarazo y periodo inmediato del posparto acerca

de sus cuidados, signos de alarma y asistencia a cita de control como está dispuesto por la norma técnica nacional (16); estas recomendaciones no son aplicadas por el total de las usuarias. Dentro del grupo de estudio, solamente el 21% asistió a los controles posparto, lo cual representa un riesgo pues estas pacientes no valoradas, pueden presentar alteraciones que no son detectadas oportunamente por el equipo de salud.

La mayoría de las usuarias argumentan que las razones de inasistencia al control son el desconocimiento de este servicio, refiriendo que no recibieron información sobre la cita programada, hallazgo congruente con resultados del estudio de Cardozo y Bernal (6); en otros casos consideran que no es necesario pues tiene en su casa personas que la cuidan o por prácticas culturales, refiriendo que les da temor recibir los efectos del medio

como aire y sol, limitando a su vez las salidas de casa y su actividad física pues pueden adquirir complicaciones para toda la vida. Datos que coinciden con resultados de investigaciones de Cardozo y Bernal (6), Cajiao et al (17), donde los hallazgos revelan la influencia de las creencias populares en las prácticas de cuidado y como el parto se considera como un fenómeno frío, el cual debe tener intervenciones especiales; Otro motivo expresado como excusa es la “pereza”, situación que puede estar relacionada por el gasto metabólico que tiene la madre en esta etapa, o como lo expresan en sus investigaciones Cajiao et al (17) y Castro et al (5), por la sensación de “debilidad” que estas madres refieren. Además de estas situaciones se observa en la presente investigación la ausencia de la percepción del riesgo por parte de las madres y sus familias.

Tratamiento Prescrito:

Del tratamiento ordenado al momento del egreso hospitalario (acetaminofén, cefalexina, sulfato ferroso e ibuprofeno), solo el 54% de las usuarias refiere haber consumido algunos de ellos, dentro de estos están el acetaminofén y cefalexina, observándose que no se cumple con las indicaciones y prescripción ordenada.

Alimentos consumidos en el posparto: Del total de las madres adolescentes valoradas, el 27.1% refieren haber dejado de consumir algún alimento durante esta etapa; pues los consideran dañinos para su salud y para la del Recién Nacido; dentro de los alimentos que en mayor porcentaje dejan de consumir están los granos, seguidos de los cítricos, lácteos y grasas.

Se debe resaltar que en cuanto a la cantidad diaria, no están consumiendo las porciones de alimentos requeridas para su edad y la etapa del puerperio, pues la mayoría lo hacen según la capacidad económica o creencias infundidas.

El consumo de frutas, verduras y hortalizas, así como el pollo y pescado, no es apropiado en la frecuencia y cantidad requerida. El desconocimiento sobre el beneficio del consumo de estos alimentos para su estado de salud y del recién nacido así como la importancia de incluirlos en la dieta, limitan el acceso y uso de los mismos. Un 64% de las puérperas en el presente estudio argumentó que la razón para dejar de consumir ciertos alimentos; es para que el niño no se enferme de cólicos o distensión abdominal, no se “corte la leche” o le cause a ella estreñimiento y en algunas ocasiones hemorragias.

Este resultado muestra la gran variedad de creencias y prácticas que poseen las puérperas durante esta etapa con relación a la dieta y la influencia de la enseñanza de familiares acerca de este tema. Al igual que en los hallazgos de Vásquez et al (7), en el que una usuaria relata los cuidados que su mamá le provee evitando

alimentos que le pueden afectar a ella y a su recién nacido. Concuera además con resultados de Cajiao et al, (17) Cardozo y Bernal (6).

Higiene Personal:

Las puérperas adolescentes mantienen buenas prácticas de higiene personal durante la etapa del puerperio; siendo un cuidado básico para ellas; porque la secreción de loquios es una situación incómoda, además que Cúcuta es una ciudad de clima cálido lo que ocasiona transpiración excesiva, por ello la limpieza diaria implica comodidad.

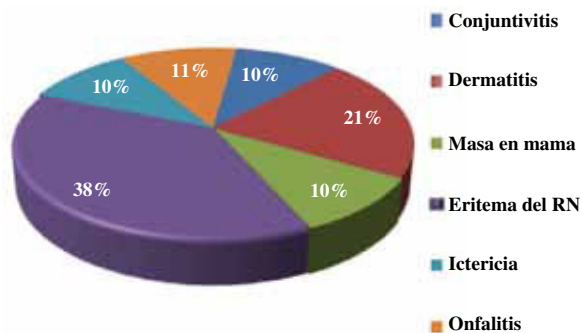
Las pacientes y sus familias atienden a la educación dada y cuando se les permite hablar sin enjuiciar sus acciones, expresan libremente cómo las realizan. Por ejemplo, los elementos y fluidos que utilizan en las curaciones de sus heridas y en el ónfalo del recién nacido son agua de hierbas como caléndula, manzanilla, llantén. Dando una herramienta importante al equipo de salud para conocer sus prácticas y ser partícipe del cuidado en las usuarias y su familia. Hallazgos coherentes con resultados de Castro et al (5) y Cardozo y Bernal (6).

El número de veces que realizan limpieza de la herida en la mayoría es una vez al día; un bajo porcentaje realiza las curaciones 2 y 3 veces al día. Algunas pacientes refieren utilizar para ellas aceite alcanforado para realizar este procedimiento, lo que representa un factor de riesgo mayor para causar infección.

Determinantes de Riesgo en el Recién Nacido:

El número de recién nacidos evaluados que presentaron alteraciones de salud durante esta etapa fue de 19.4%, (Ver gráfica 1), los cuales fueron remitidos con el profesional de salud correspondiente. Dentro de los hallazgos se encontró: problemas de la piel, onfalitis y otras alteraciones como conjuntivitis, masa en mama e ictericia neonatal.

Este datos convergen con el estudio realizado por Mario Magaña y Cols, llamado Alteraciones cutáneas del neonato en dos grupos de población de México donde el 100% de los recién nacidos presentó alguna alteración o enfermedad en la piel (18). Durante el programa se evidenció la importancia de evaluar y realizar seguimiento para minimizar el riesgo de complicaciones a través del cuidado domiciliario pues los problemas del recién nacido no son percibidos como graves cuando se limitan a la piel o al ónfalo, lo cual es contrario a la evidencia que demuestra la importancia de controlar gérmenes como el Staphylococcus Aureus o epidermidis, causantes de patologías graves en este grupo de pacientes, que incluso requieren de cuidados intensivos.

Gráfica 1. Alteraciones Presentes en el Recién Nacido

Fuente: formato de valoración de la puérpera adolescente versión 1

Se halló recién nacidos con problemas infecciosos como conjuntivitis y onfalitis, los cuales en su mayoría estaban siendo tratados en casa por sus madres y familiares pues no lo concebían como un problema de salud que debía recibir atención especializada.

Respecto a su peso y talla y teniendo en cuenta los parámetros dados por Lubchenco para clasificar los neonatos según su edad y peso al nacer (19), todos los recién nacidos del programa presentan peso adecuado para su edad gestacional, el 51.58% de ellos nació entre la 37 y 39 semanas de embarazo y el 48.3 restante a las 40 semanas, el 28.8% con sexo masculino frente a un 71.1% femenino. Todos fueron vacunados dentro de la estancia hospitalaria según esquema.

La alimentación en el 64.4% de recién nacidos fue lactancia materna exclusiva, mientras que al 35.5% se le administra leche materna y sucedáneos, dentro de los cuales existe un pequeño grupo (5.0%) que consume sucedáneos de la leche preparados con agua de cebada, lo cual no es una práctica alimentaria segura para un niño en esa etapa, pues las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia con respecto a la alimentación óptima del lactante y el niño pequeño es administrar lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida (20), pues esta contiene todos los requerimientos nutricionales e inmunoglobulinas que el niño necesita para fortalecerse y disminuye la aparición de enfermedades gastrointestinales y respiratorias en el niño.

Proporcionar educación en la etapa de puerperio e inclusión de la familia en el cuidado: Durante todo el proceso del programa se realizó educación a la madre y su familia teniendo en cuenta involucrar al esposo o compañero de la misma con el fin de fomentar factores protectores para la salud del binomio madre e hijo recién nacido, así como fortalecer temas en medidas higiénicas, dieta alimentaria, reposo, vestuario, ejercicio, apoyo afectivo, sexualidad, planificación familiar, importancia del control durante el puerperio y posterior al mismo, vacunación, lactancia materna y proyecto de vida. Del total de madres adolescentes inscritas en el programa participaron el 100% en las actividades educativas

planteadas, un 23% de sus compañeros y 72% de sus familiares como madres, suegras y hermanas.

La educación ofertada se realizó en tres sesiones educativas a manera de conversatorios, una durante la captación de la madre, otra a los siete días del posparto y una posterior alrededor de los 40 días del posparto. Se utilizó material didáctico como folletos y cartillas para apoyar los contenidos; durante los últimos encuentros se hizo énfasis sobre la importancia de los controles en planificación familiar y la inclusión del recién nacido al programa de crecimiento y desarrollo para continuar con la evaluación del binomio madre e hijo.

Del total de madres adolescentes inscritas al programa, se observó que el 82,2% cuenta con el apoyo de cuidadores durante esta etapa, los cuales permanecían con ella la mayoría del tiempo durante los conversatorios. Esta experiencia fue referida por los cuidadores y puérperas como muy satisfactoria igualmente que para el equipo de salud pues se logra promover la participación de los familiares y/o cuidadores, los cuales establecen una mejor relación con el enfermero/a y proporcionan un adecuado cuidado a la puérpera y su recién nacido de acuerdo a los conocimientos adquiridos. Durante estas actividades educativas se aclaran dudas e intercambian experiencias vividas con el profesional de salud.

Promover en la madre la inclusión a programas de control para ella y su recién nacido: Uno de los objetivos del programa es lograr que la usuaria se adhiera a los programas de control como planificación familiar para ella y crecimiento y desarrollo para su hijo con el fin de continuar aplicando cuidados acordes a las nuevas necesidades.

En Colombia, según cifras de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010, el 52% de las mujeres refieren que sus embarazos no son deseados, factor que puede predisponer a la presencia de problemas emocionales, físicos, entre otros y aún las cifras son más altas cuando se habla de adolescentes, encontrando hasta un 74% de madres que refieren no haber programado ni deseado su embarazo.

Teniendo en cuenta lo anterior y previniendo el riesgo de un nuevo embarazo, se enfatizó en la paciente la necesidad de empoderarse del cuidado de su sexualidad y vida reproductiva y se indagó sobre esta temática, hallando lo siguiente: Acerca del inicio de relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos posparto, el 100% de las madres manifestaron que el puerperio es un lapso de tiempo en el cual su organismo va recuperándose y volviendo a normalizar sus funciones y que por lo tanto sienten temor que las relaciones sexuales puedan provocar una alteración.

El hallazgo nos afirma lo encontrado en otros estudios como el de Edgar Castro (5), en el cual las informantes refieren que durante la dieta están delicadas y piensan que es peligroso quedar embarazadas. Diferente al estudio de Cardozo y Bernal (6), en el que se encontró

que el 73% de las puérperas se abstuvieron de tener relaciones sexuales durante el puerperio, pero un porcentaje pequeño si las realizó.

Se puede afirmar que en la mayoría de mujeres adolescentes, el esperar un tiempo para iniciar relaciones sexuales está relacionado con los conocimientos recibidos por el equipo de salud y en algunos casos por sus familiares, pues afirman que abstenerse les permitirá recuperarse completamente, evitar que haya dehiscencia de suturas, cicatrización de la herida, completa involución uterina, además de evitar molestias, el dolor y el riesgo de infecciones.

La inscripción al programa de planificación familiar fue realizada por el 61% de las madres, respecto al uso de métodos anticonceptivos, se halló que entre los 30 y 60 días posparto, el 58% de las madres habían adoptado e iniciado un método posterior a la consulta de inicio de control de planificación familiar. Estos resultados difieren de los hallazgos del estudio prácticas anticonceptivas utilizadas en el postparto por las usuarias egresadas del programa "atención a la adolescente gestante" (4) en el cual se encontró que el 65% de las usuarias no había iniciado un método de planificación familiar al finalizar el posparto.

Lo anterior permite verificar que es importante la asesoría y acompañamiento para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de su salud y la planeación de la familia, pues a pesar de que no es el total de las usuarias que están utilizando un método anticonceptivo, si se ha incrementado el número que los usa y atiende las indicaciones dadas posteriormente por el personal del programa.

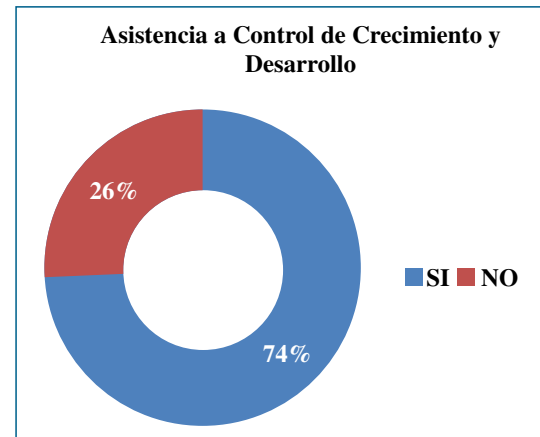
Pudo registrarse que el 84,8% de las madres y sus familias presentaron cambios en sus prácticas relacionadas con el esfuerzo físico, higiene y técnica aséptica para realizar curaciones, alimentación aunque en esta práctica sólo se pudo negociar incluir leche y/o yogurt en la dieta, así como algunos granos. Igualmente se promovió la necesidad de continuar sus estudios y tener un proyecto de vida observando en algunas ocasiones que el limitante referido por las pacientes y sus familias era el factor económico.

Al realizar visita alrededor de los 40 días postparto a las usuarias, se verificó que sólo el 74% de ellas habían inscrito a sus hijos en el control de crecimiento y desarrollo. (Ver gráfica 2), las puérperas que no lo realizaron refirieron que no disponían de tiempo suficiente para ir al centro de salud, que se les presentaba algún inconveniente al momento de llevarlos, no contaban con alguien que las ayudara en esta labor o que se les había olvidado que debían asistir al control en el primer mes.

Este dato permite medir el porcentaje de niños que no reciben atención en los controles de su salud y la importancia de realizar visita en casa durante esta etapa reforzando en la madre la importancia de asistir

a controles, pues puede detectarse tempranamente alteraciones en el crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Gráfica 2. Distribución por Asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo



Fuente: formato de valoración de la puérpera adolescente versión 1

La diferencia en el porcentaje entre la asistencia a controles de planificación familiar y crecimiento y desarrollo, fue explicado por las adolescentes, pues refieren que el niño fue llevado al centro de salud por algún familiar para iniciar el control cuando ellas no lo pudieron hacer, mientras que para algunas salir fuera de su casa y asistir a centros de salud requiere esperas largas, extenuantes y exposición a factores ambientales, que según ellas puede afectarles su salud.

Estos datos anteriores demuestran coherencia con los hallazgos de Vásquez (7), en donde se afirma que el puerperio es un periodo en el cual, el objetivo primordial de los cuidados es ofrecer un ambiente seguro y saludable para el bebé, porque las puérperas argumentan que dependiendo de los cuidados que se ofrezcan al niño durante este periodo, será garantía para un crecimiento sano en ellos.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes del programa se encontraban en la etapa de adolescencia media y tardía, en la cual puede decirse que se está consolidando la personalidad y se toman decisiones autónomas, sin embargo no puede dejarse de observar ese pequeño porcentaje de madres adolescentes que se encuentran en edades muy precoces, pues tienen mayor riesgo y requieren de cuidados especiales teniendo en cuenta sus necesidades. Debe el profesional de salud acercarse a ellas identificando otras problemáticas de fondo que pudiesen existir como el abuso sexual.

En el desarrollo del programa, se obtuvo la experiencia de tener un contacto más cercano con las usuarias quienes permitieron trabajar en conjunto con su familia, comentaron lo vivido durante el parto, la emoción de

sentir a su recién nacido y expusieron las dudas sobre los cuidados en el posparto. La relación empática entre los profesionales de enfermería y las usuarias, permitió a su vez educar a las puérperas y su familia en los cuidados durante esta etapa y en la importancia de su continuidad para el mantenimiento del estado de salud de ella y del recién nacido. Es importante tener en cuenta en esta etapa la aplicación del modelo teórico de Madeleine Leininger (21), modelo transcultural centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para promocionar, mantener o recuperar su salud.

Finalmente se logró dar una aplicación completa del programa a las puérperas adolescentes, ejecutando las tres fases del programa dando cumplimiento a los objetivos planteados en cada una de ellas.

En las últimas visitas se hizo verificación de las prácticas utilizadas, observando una mayor adherencia a los conocimientos adquiridos por las adolescentes y empoderamiento de sus cuidados así como inclusión de la familia en este proceso.

El progreso para reducir la cantidad de embarazos de adolescentes se ha estancado en algunas regiones, como lo refiere el análisis de los objetivos del milenio, lo cual deja a más madres jóvenes en situación de riesgo (22). Esta afirmación debe llevar a la reflexión al personal de salud y al diseño y expansión de nuevas estrategias de cuidado que permitan minimizar los riesgos y promover la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas C, Hernández LM. Validez y confiabilidad del cuestionario Prácticas de cuidador de mujeres en posparto. *Rev Av Enferm* 2010; 28(1):96-106.
2. Profamilia. Encuesta Nacional de demografía y salud – ENDS. Bogotá 2010: [En línea.] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf> [Consultado 20 de Marzo de 2011].
3. Fondo de naciones unidas para la infancia - UNICEF. Estado Mundial de la infancia 2006. Excluidos e Invisibles [En línea.] Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/sowc06/pdfs/sowc06_fullreport_sp.pdf [Consultado 07 de Diciembre de 2010].
4. Parada DA. Prácticas anticonceptivas postparto de las usuarias egresadas del programa “atención a la adolescente gestante” en los municipios de Cúcuta y Los Patios. *Rev Respuestas* 2011; 16 (1): 18-29.
5. Castro E, Muñoz SF, Plaza GP, Rodríguez M, Sepúlveda LJ. Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán. *Rev Iaf* 2011; 1:141-52.
6. Cardozo SL, Bernal MC. Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. *Rev Av Enferm* 2009; 27(2):82-91.
7. Vásquez ML, Argote LÁ, Bejarano NL, Cárdenas CH, Muñoz L. El trayecto de la adolescente en el puerperio: amenazas, peligros y acciones de protección durante la “dieta”. *Rev Texto & contexto Enferm* 2004; 13(3): 351-9.
8. Reina R, Ferrer RX, Toro Y, Cárdenas MH. Abordaje del cuidado neonatal transcultural. *Rev Enfermería Global* 2010; 9(3):1-5.
9. Castillo M, Castillo E, Centeno E. Conocimientos, usos y planes futuros de los métodos de planificación familiar en adolescentes en el puerperio [Tesis Doctoral]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León; 1999.
10. Sánchez N, Reyes U, Reyes U, Hernández J. Factores que inducen a la deserción escolar en la adolescente embarazada. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2006; 23(2): 64-8.
11. Osorio I, Hernández M. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca. *Rev Colomb Med* 2011; 42(3): 303-8.
12. Molina R, Leiva V. Necesidades educativas de las madres adolescentes acerca de la etapa de posparto. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica* 2010; 18:1-9.
13. Contreras J. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E. Alejandro prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008-2009 [Tesis de maestría]. Bogotá Universidad Nacional de Colombia; 2011.
14. Bohórquez OA, Rosas A, Pérez LJ, Munévar RY. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Rev Av Enferm* 2009; 27(2): 139- 49.
15. Bohórquez A, Zambrano G. Prácticas de cuidado de las gestantes desplazadas. *Rev Actual Enferm* 2009; 12(3):8-13.
16. Ministerio de la protección social. Guía de atención del parto. Resolución 0412 del 2000. [En línea.] Disponible

en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias08.pdf> [Consultado 18 de Febrero de 2011].

17. Cajiao GE, Acosta M, Alegria M, Llano AM, Valencia C, Zuluaga P. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio en las instituciones de salud de nivel 1. *Rev Colomb Méd* 1997; 28(1):42-50.
18. Magaña M, Valerio J, Mateo A, Magaña-Lozano M. Alteraciones cutáneas del neonato en dos grupos de población de México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2005; 62(2): 117-22.
19. Ministerio de Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada a las enfermedades prevalente de la infancia. 2ed. Bogotá: 2010.
20. Organización Mundial de la salud - OMS. Alimentación del lactante y del pequeño, Nota descriptiva, Washington DC, 2010. N° 342 [En línea.] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/index.html> [Consultado 05 Julio de 2010].
21. Fernández ML. Bases históricas y teóricas de la Enfermería. Modelos y teorías en Enfermería 4 ed. Modelo de Madeleine Leininger.
22. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA). Objetivos de desarrollo del Milenio informe 2010. [En línea.] Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf [Consultado 12 de febrero de 2011].