



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA MATERNOINFANTIL**



# **PRIMER CONTROL PUERPERAL EN ADOLESCENTES**

## **AUTORES:**

Br. Altuna, Agustina  
Br. Puig, Ana lía  
Br. Rodríguez, Natalia  
Br. Rodríguez, Cecilia  
Br. Rossi, Gabriela

## **TUTOR:**

Lic. Enf. Correa, Ana

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

**Montevideo, 2009**

## **AGRADECIMIENTOS**

Expresamos nuestro agradecimiento a todos aquellos que hicieron posible este trabajo, al habernos apoyado en la construcción y desarrollo de nuestro trabajo final de investigación de la carrera Licenciatura en Enfermería.

Deseamos expresar nuestro especial reconocimiento y agradecimiento a nuestra tutora, Profesora Licenciada Ana Correa, y al equipo de salud del Centro Asistencial, donde se llevó a cabo la investigación, quienes nos recibieron con entusiasmo y se encontraron dispuestos a colaborar con nuestro trabajo.

Finalmente, queremos agradecer a nuestros familiares y nuestras amistades, por sus muestras de solidaridad hacia nuestro trabajo, así como por sus palabras de apoyo y su comprensión a lo largo de la carrera; por el tiempo que no les dimos durante este proceso.

A todos ellos y ellas, les dedicamos este trabajo y les damos las gracias.

## ÍNDICE

Introducción.....	Página 5
Título del proyecto .....	Página 7
Pregunta problema.....	Página 7
Objetivos.....	Página 8
Fundamentación.....	Página 9
Marco Teórico.....	Página 14
Diseño metodológico.....	Página 39
Definición de variables.....	Página 43
Resultados.....	Página 48
Análisis.....	Página 64
Conclusión.....	Página 70
Propuestas.....	Página 74
Bibliografía.....	Página 76
Anexos.....	Página 78

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando el Segundo Módulo del Cuarto Ciclo, correspondiente al Trabajo de Investigación Final.

La investigación fue realizada en una policlínica de la IMM, de la zona oeste. La recolección de datos se realizó en el período comprendido entre el día 1º al 31 de octubre de 2009, concurriendo los días martes, jueves y viernes en los horarios matutinos y tarde.

El tipo de estudio realizado fue de carácter descriptivo.

La temática abordada, Primer Control del Puerperio en Adolescentes, surgió durante la experiencia práctica a lo largo de la carrera, donde se observó en los distintos centros asistenciales que las adolescentes puérperas no concurrían a dicho control.

Las mismas sí llevaban a control a sus hijos, los que se encontraban dentro del Programa Aduana.

Según las estadísticas aportadas por la Unidad Central de Información-SAS, en la Policlínica donde se realizó la investigación, el total de embarazadas durante el año 2008 fue de 151 mujeres, de estas el 33% fueron adolescentes y el número de controles puerperales fue de 58 controles (38,4%).

Estas estadísticas resaltan la baja concurrencia de las usuarias al control puerperal.

La población objetivo estuvo conformada por usuarias adolescentes que llevaron a sus hijos, incluidos en el Programa Aduana, a control pediátrico en la Policlínica donde se realizó la investigación.

Mediante este trabajo se pretende conocer cuáles son los factores presentes en las adolescentes que influyen en la no concurrencia al primer control del puerperio, con el fin de determinar cómo afecta dicha problemática en el proceso salud-enfermedad de las mismas. Además, se aspira a contribuir, a través de los datos obtenidos, a la realización de futuras investigaciones y proyectos, que permitan profundizar en este aspecto.

Para obtener la información, se realizó entrevista estructurada-semiabierta, directa a través del diálogo con las usuarias presentes en la sala de espera del Servicio de Pediatría de la Policlínica.

La tabulación y el procesamiento de los resultados obtenidos se realizaron a través de tablas y gráficas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual presentando las variables utilizadas. Se analizaron los datos discriminando dos grupos de poblaciones, uno integrado por usuarias adolescentes de 11 a 15 años y el otro grupo por adolescentes de 16 a 20 años, dado que es un rango de edad muy amplio para tomarlo en su totalidad y cada grupo presenta características propias de la adolescencia en la que se encuentra.

## **TÍTULO DEL PROYECTO**

***“Primer Control Puerperal en Adolescentes”***

## **PREGUNTA PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores que influyen en la ausencia al primer control puerperal de la población adolescente en una Policlínica de la IMM de la zona oeste, en el período 1º de octubre al 31 de octubre de 2009?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores que influyen en la ausencia del primer control puerperal en la población adolescente en una Policlínica de la IMM de la zona oeste, en el período 1º de octubre al 31 de octubre de 2009.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a las usuarias que atienden a sus hijos en la Policlínica de la IMM de la zona oeste y que no asisten al primer control puerperal en el período establecido.
- Determinar y cuantificar factores que motivan la ausencia al primer control puerperal.
- Comparar los factores presentes en ambos grupos de población adolescente (entre 11 a 15 años y entre 16 a 20 años) que influyen en la no concurrencia al primer control del puerperio.

## **FUNDAMENTACIÓN**

En las últimas décadas nuestro país fue incorporando nuevos conceptos sobre la salud de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos, pasando por distintos programas a través de la reconceptualización y reorientación en el área, apuntando al actual "Programa Nacional de Salud de la mujer y género".

El "Programa Nacional de Salud de la mujer y género" incluye diferentes aspectos sociales, culturales, biológicos y geográficos, comportándose cada uno de ellos como eje transversal. Los conceptos sobre la salud de la mujer que abordan aspectos biológicos y anatómicos, y los que consideran dimensiones tales como derechos humanos y la ciudadanía, se presentan bajo una concepción integral de la salud de la mujer que no se limita a la ausencia de enfermedad o a su asociación con procesos de reproducción biológica.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística en Uruguay, en el año 2008 el porcentaje de adolescentes (13 a 17 años) que se encuentran en situación de pobreza es mayor al de los adultos (18 a 64 años), 38,3% y 19,3% respectivamente; lo que influye en su acceso a los bienes sociales, a la participación social e inclusive a los servicios de salud.

El perfil de salud y enfermedad varía en el tiempo y el espacio de acuerdo con el grado de desarrollo económico, social y humano, de cada comunidad y de cada mujer.

Es fundamental el desarrollo del "Programa Nacional de Salud de la mujer y género" y un adecuado seguimiento de la salud de la mujer mediante controles ginecológicos y consultas de enfermería en el primer nivel de atención, lo cual implica una asistencia oportuna e integral y permite una evolución óptima tanto del embarazo como del puerperio. Es primordial en este proceso la participación activa de mujeres y hombres en todas las etapas del Programa, desde la planificación, ejecución y evaluación.

A pesar de lo anteriormente mencionado se destaca que en el sistema nacional de salud no hay políticas que se centren en el control puerperal, ni se implementan las acciones necesarias para lograr un abordaje integral a la mujer en dicho período.

A través de nuestra experiencia práctica hemos detectado una baja concurrencia de las puerperas a los controles ginecológicos.

Según las estadísticas aportadas por la Unidad Central de Información-SAS, en la Policlínica donde se realizó la investigación, el total de embarazadas durante el año 2008 fueron 151 embarazadas, de estas el 33% fueron adolescentes; y el número de controles puerperales fue de 58 controles. Estas estadísticas resaltan la baja concurrencia de las usuarias al control puerperal.

Actualmente en la Policlínica donde se realizó la investigación. El Programa Aduana está conformado por 62 niños de madres adolescentes; 57 de edades entre 16 y 20 años, y 5 entre 11 y 15 años.

Destacamos que en los centros de referencia consultados (MSP; Unidad Central de Información-SAS; Instituto Nacional de Estadística en Uruguay; Policlínica de la región oeste de Montevideo) no existen datos estadísticos relacionados con las complicaciones durante el puerperio.

Durante la búsqueda bibliográfica encontramos un Trabajo de Investigación referente al Primer Control Puerperal en mujeres de 12 a 44 años.

“El control del puerperio es de suma importancia y de gravedad potencial; en nuestro país fallecen más mujeres por las complicaciones de este periodo que por las que ocurren en todas las demás etapas del embarazo juntas” (1).

---

(1) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, “Guías en Salud Sexual y Reproductiva; Cap. Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio”; Uruguay, MSP, 2006

En la Policlínica donde se realiza la investigación no existe una referencia y contra referencia entre el seguimiento del Programa Aduana y el control ginecológico, lo cual no favorece al control puerperal oportuno y prevención de sus complicaciones.

Es importante conocer los factores que influyen en la ausencia del control puerperal, para poder adecuar los recursos y acciones que favorezcan dicha concurrencia; y satisfagan las necesidades e intereses de la población.

Durante el proceso de búsqueda que vive el adolescente, este ensaya múltiples roles que por momentos son conflictivos, para alcanzar luego un nuevo equilibrio, donde en múltiples ocasiones requieran un espacio de reflexión y orientación en aspectos de su vida cotidiana (2).

Todos los cambios propios de la adolescencia predisponen a una mayor situación de vulnerabilidad. Estas adolescentes enfrentan otro gran desafío que es la maternidad, siendo esta una situación que involucra a la joven madre y al medio social inmediato (familia, entorno). Comprende profundos cambios fisiológicos, anatómicos y psicosociales con incremento de la emotividad.

Existen características de la mujer adolescente que la diferencia de la mujer adulta. Una característica de la niñez y de la adolescencia es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos, lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo. Generalmente tienen menos información sobre el proceso del embarazo, parto, puerperio y crianza, por lo que se les deberá brindar toda la información lo más clara posible y extremar los cuidados de enfermería en este grupo etario.

---

(2) Dulanto, Enrique; "El Adolescente"; 1ª Ed., México, Editorial MC Graw-Hill Interamericana, año 2000

Consideramos esencial en un servicio de primer nivel la realización de actividades preventivas, de detección precoz de problemas y educación sanitaria. Destacamos la importancia de la asistencia de enfermería profesional fomentando y promoviendo la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Generalmente el embarazo no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En el Uruguay, año 2007, el embarazo adolescente creció el 3% en poco más de dos años, representa 1/5 de todos los partos en el país, con un alto porcentaje ocurrido en el sub-sector público (relación 80/20). Hoy alcanza al 26% de los partos en el Pereira Rosell. Uno de cada cuatro niños que nace en el referido hospital es hijo de madre adolescente. De esas madres, siete de cada diez eran embarazos no deseados, ni planificados, ni ellas buscaron quedar embarazadas. De ellas, 30% vuelven a ser madres antes de cumplir los 18 años (3).

\*Ante esta situación, con tendencia a agravarse, cabe preguntarse cuál debe ser la estrategia y planificación que el equipo multidisciplinario de salud debe desarrollar para disminuir esta problemática \*(4).

La educación sexual, fundamentalmente la amplia y clara difusión de métodos anticonceptivos, parece ser la mejor política preventiva. Asimismo, el Reglamento de Enseñanza Secundaria contempla estas situaciones, otorgando amplias facilidades a las embarazadas, y luego madres, adolescentes. Sin embargo, los resultados indican que no es suficiente: la información existe, pero no existe la formación.

---

(3) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, “Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género”: Uruguay, MSP, 2007

(4) Ciasullo Jorge Embarazo adolescente (Sede Web) Uruguay Año 2007.  
<http://www.uruguayinforme.com/news/19102007/19102007>

Por otra parte, es evidente que el mayor porcentaje de embarazos adolescentes ocurre en los segmentos poblacionales más pobres y vulnerables de la sociedad. En esas familias, que en su mayoría viven en asentamientos, existe una confusión o desdibujo de los roles, o si existe, es débil o mal definida. Ello afecta a una adecuada transmisión de valores. Con padre ausente o desconocido, la primera prioridad en la familia es cubrir en el día las necesidades urgentes básicas e inmediatas y, en consecuencia, es difícil que exista planificación alguna.

Por otra parte, en esos segmentos sociales, la madre adolescente queda al margen del sistema escolar: 80% de las que concurrían a centros educativos abandona sus estudios, no completando la enseñanza secundaria, lo que reduce sus oportunidades de cursar carreras de su elección. De estas adolescentes, un 79% no están integradas a la actividad económica, perpetuando, así, el ciclo de pobreza (5).

Las estadísticas que comentamos sirven como muestra de una realidad, pero sobre esa base es que deben planificarse acciones concretas.

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso. Por estas razones consideramos de interés centrar nuestro estudio en esta franja etaria, con el fin de conocer las características de las mismas.

---

(5) Ciasullo Jorge Embarazo adolescente (Sede Web) Uruguay Año 2007.  
<http://www.uruguayinforma.com/news/19102007/19102007>

## MARCO TEÓRICO

Existen definiciones básicas para el desarrollo del trabajo de investigación: Proceso **Salud-Enfermedad** (1) “es el 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 las políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”.

“El **Hombre** (2) es un ser biosicosocial, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades, que emergen de lo social y psicológico aun cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del Hombre.”

El presente trabajo se realiza en una policlínica en el marco del **Primer Nivel de Atención** (3), es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada, y que deben ser accesibles a la población. Las actividades que se realizan son de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, con acento en la participación activa de la población. En el mismo se incluyen las policlínicas y centros de salud.

(1) (2) INDE Plan de Estudios 93

(3) Planificación Local Participativa, Mitología para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. OPS, 1999

La APS debe ser la base del sistema de salud, su estructura física son los centros de atención primaria, con un equipo interdisciplinario responsable de atención.

Dentro del primer nivel de atención es importante mencionar el concepto de prevención y promoción. Prevención (4) es el producto de estudio epidemiológico sobre la causalidad de la salud y la enfermedad; conociendo la historia social de la enfermedad, la epidemiología puede proponer medidas y técnicas para prevenir la enfermedad y para promover la salud.

La promoción (5) se define como la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Tomamos como referencia el concepto de *Atención Primaria en Salud* (6). El concepto tradicional se recoge de la conferencia del Alma Ata 1978 que señala: "Es la Asistencia Sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación".

---

(4) (5) "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas", OPS-OMS; 1991

(6) Conferencia Alma-Ata (1978)

Actuaremos desde el punto de vista de *Enfermería Comunitaria* (7), entendiendo por tal "el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee conocimientos, habilidades técnicas así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan o en las instituciones sanitarias como fuera preciso desde una concepción del enfermero/a como miembro del equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo capacidades de participación y creación de los propios involucrados".

De acuerdo a los objetivos planteados para la investigación, tomamos como referencia la *Teoría en Enfermería de Dorotea Orem* (8), prestigiosa Enfermera Teorista, creadora del modelo de Enfermería que lleva su mismo nombre. El motivo por el cual citamos dicho modelo es por su estrecha relación con el tema de nuestra investigación dado que consideramos al autocuidado como una conducta fundamental que debe tener la población en la cual se centra el estudio. Dentro de la trayectoria de Orem como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

---

(7) Umpiérrez: G., Avada A., "Introducción a la Enfermería Comunitaria", Montevideo, año 2003

(8) Orem, Dorotea; "Conceptos de Enfermería en la práctica" Modelo de Orem; Editorial Masson- Salvat, año 1993

Orem define su modelo como una teoría general de Enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

1 – TEORÍA DEL AUTOCUIDADO: Explica el concepto de Autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. “El Autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientadas hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas hacia los demás o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

2 – TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

3 – TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA: En ella se explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

\* Sistemas de enfermería totalmente compensadores – La enfermera suple al individuo.

\* Sistemas de enfermería parcialmente compensadores – El personal de enfermería proporciona autocuidados.

\* Sistemas de enfermería de apoyo – La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado pero que no podrían hacer sin esta ayuda. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Es importante destacar que para realizar la investigación tuvimos en cuenta el *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*, el cual nos aportó herramientas para llevarla a cabo. El propósito de dicho programa es contribuir a la resolución de las inequidades presentes en la salud de la población, tendiendo a que tanto mujeres como hombres logren ejercer sus derechos ciudadanos de salud, libre y responsablemente.

Los objetivos que el programa se plantea son:

- Promover entre las mujeres la educación para la salud, garantizando el ejercicio de los derechos ciudadanos y contribuyendo al desarrollo de comunidades saludables.
- Crear o adecuar los espacios de atención y promoción de la salud, actualizando normas y contribuyendo a la actualización de leyes y decretos.
- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las mujeres, relacionada con factores dependientes del embarazo, parto, puerperio y abortos en condiciones de riesgo;
- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de mujeres y hombres relacionada al cáncer en general y genitomamario en particular.
- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las mujeres, relacionada con la violencia doméstica.
- Contribuir a la reducción del daño a la salud mental de las mujeres relacionada con la sobreexigencia y la inequidad de los roles tradicionales.



Las estrategias a trabajar en el programa son:

- Participación de mujeres y varones
- Promoción de la salud
- Prevención en sus tres niveles
- Coordinación interinstitucional
- Cooperación internacional
- Aplicación de la perspectiva de género
- Participación de los varones.

El Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género hace referencia al concepto de *Salud sexual y reproductiva* (9) como "un estado de completo bienestar físico, mental y social en todas las áreas concernientes al sistema reproductivo, sus funciones y procesos, y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad; la salud reproductiva indica, por consiguiente, que la persona pueda tener una vida sexual segura y satisfactoria teniendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir sobre cuándo y cuántas veces debe hacerlo.

Los derechos sexuales y reproductivos han sido incluidos por las Naciones Unidas dentro de los derechos humanos básicos. Estos comprenden el derecho a decidir libre e informadamente el tener o no relaciones sexuales, cuándo tenerlas, con quién tenerlas, si tener o no hijos a partir de las mismas y, en caso afirmativo, decidir el intervalo entre embarazos. Para eso es necesario garantizar el acceso a la información adecuada que permita ejercer la sexualidad saludablemente, al igual que el acceso a un servicio de salud de calidad.

---

(9) OMS y Conferencia de Población y Desarrollo realizada en el Cairo 1994 (CIPD, 1994)

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) coinciden en que dichos programas son imprescindibles para disminuir la mortalidad materno infantil y las altas tasas de abortos provocados que comprometen la fecundidad futura y la salud en general. Otros de los objetivos de los programas de salud sexual y reproductiva son: disminuir las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA; estimular y favorecer los periodos intergenésicos (entre partos) adecuados para la salud de la mujer y de sus hijos; proveer de orientación a las personas con problemas de fertilidad.

Dicho programa se refiere al **Género** (10) que, como el elemento constitutivo de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, es una construcción social e histórica; a partir de símbolos, normas e instituciones, las sociedades definen modelos de masculinidad y feminidad así como patrones de comportamiento específicos y diferenciados según el sexo; de esta manera el género delimita campos de acción para cada sexo en el que se construye la subjetividad de la persona; es una construcción social impuesta a un cuerpo sexuado.

Nuestra población objetivo son usuarias adolescentes en periodo de puerperio tardío. Definimos **adolescencia** (11) como el período de transición entre la infancia y la edad adulta; un período de maduración física, cognitiva, social y emocional, mientras el niño se prepara para ser hombre y la niña para ser mujer. Sus límites precisos son difíciles de definir, pero normalmente se considera que comienza con la aparición gradual de los caracteres sexuales secundarios, alrededor de los 11 ó 12 años de edad, y que finaliza con el cese del crecimiento corporal a los 18 ó 20 años. Literalmente significa "crecer hacia la madurez" y, por lo general, se entiende como el proceso psicológico, social y de maduración iniciado por los cambios de la pubertad.

---

(10) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, "Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género"; Uruguay, MSP, 2007

(11) Whoye y Wong; *Enfermería pediátrica*; Ed. Mosby/ Doyma Libros; 4º Ed.

La adolescencia es un periodo de la vida que presenta desafíos especiales de adaptación. Con el ímpetu de sus cambios internos y las presiones de la sociedad, los niños deben progresar hacia la independencia emocional de sus padres, considerar proyectos de independencia económica y aprender el significado de una relación heterosexual más íntima.

En la adolescencia se va definiendo el ser humano en sociedad, con una determinada identidad sexual, familiar y laboral. La adolescente crece en una sociedad donde se espera de ella determinadas cosas por ser mujer.

En este período crítico se alcanza la madurez biológica y sexual, y con ello la capacidad de reproducción. También se abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en el medio adulto. A la madurez biológica se la conoce como pubertad, en tanto al largo período que sigue para encontrar la madurez emocional y sexual se le denomina adolescencia.

La adolescencia es un momento socio-histórico, es un proceso de tránsito determinado por varios factores: la vida familiar, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el mundo social para la puesta en práctica de normas y límites que forman la base educativa y explican la experiencia de vida comunitaria, y las condiciones económicas y políticas que imperan en la generación que pasa por la experiencia de ser adolescente.

El efecto de la aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro, de un país a otro y de una cultura a otra. A los adolescentes se les debe entender como el producto de su época, de la cultura donde viven, de su historia personal (infancia y pubertad) y del ambiente donde se gesta el proceso.

Ingersoll (12) considera al adolescente como una unidad biosicosocial en evolución, y plantea una visión holística sobre la adolescencia, “período de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos”.

En la adolescencia, se produce angustia, inseguridad, soledad e inestabilidad. Todo ello impide la tranquilidad mental y espiritual de quien experimenta el proceso en forma individual o en grupo. Así, la inestabilidad que los jóvenes viven tendrá que exteriorizarse lo cual genera diferentes conductas que pueden ser vistas y calificadas según los diferentes sectores de la sociedad.

Los adolescentes tienen conductas que manifiestan abierta confianza en sí mismos, establecen buenas relaciones con los pares, son leales en las relaciones afectivas, tienen capacidad de adaptación al grupo y viven en armonía con la mayoría de los pares en vez de crear conflictos. Tienen y desarrollan cada vez mayor autoestima, esta les proporciona confianza y permite el desarrollo de una conducta segura, abierta y participativa con la familia y la sociedad; ellos son optimistas respecto al futuro. También es común que varíen de preferencia o cambien de parecer en relación con lo que minutos antes deseaban llevar a cabo o con quien deseaban compartir o con aquello que decían creer. El grupo adolescente vive una serie de pequeñas y grandes crisis que abarcan cuerpo, emoción y adaptación social, todo ello es producto de la propia situación evolutiva y es una consecuencia de la interacción con el medio que le contiene, estas influencias van conformando su identidad y la estructura de su personalidad.

---

(12) Dufarito, Enrique; “El Adolescente”; 1º Ed., México, Editorial MC Graw-Hill Interamericana, año 2000

Horrocks (13) opina que son 6 los puntos de referencia a los que hay que dar mayor importancia en el crecimiento y desarrollo del adolescente:

- 1) La adolescencia es una época donde el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos ramificados del yo, en comparación con la realidad y trabaja gradualmente hacia la autoestabilidad que caracterizará su vida adulta. Durante este período, el joven aprende el papel personal y social que con más probabilidad se ajustará a su concepto de sí mismo, así como a su concepto de los demás.
- 2) La adolescencia es una época de búsqueda de estatus como individuos; la sumisión infantil tiende a emanciparse de la autoridad paterna y para lograrla existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en las que el adolescente queda subordinado debido a su inferioridad en edad, experiencia y habilidades. Es el período donde surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y se lucha por la independencia económica.
- 3) La adolescencia es una etapa donde las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia. En general el adolescente está muy ansioso por lograr estatus entre los de su edad y el reconocimiento de ellos; desea conformar sus acciones y valores estándar a los de sus iguales. También es la época en la que surgen los intereses heterosexuales que pueden hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.
- 4) La adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también es idiosincrásica del individuo. En esta etapa se producen rápidos cambios corporales, se revisan los patrones motores habituales y la imagen del cuerpo. Durante este tiempo se alcanza la madurez física.

---

(13) Dulanto, Enrique; "El Adolescente"; 1ª Ed., Mexico, Editorial MC Graw-Hill Interamericana, año 2000

- 5) La adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencia académica. La persona encuentra que debe ajustarse a un creciente número de requisitos académicos e intelectuales. Se le pide que adquiera muchas habilidades y conceptos que le serán útiles en el futuro pero que a menudo carecen de interés inmediato. Es una época en que el individuo adquiere experiencia y conocimiento en muchas áreas e interpreta su ambiente a la luz de esa experiencia.
  
- 6) La adolescencia tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores. La búsqueda de valores de control, en torno a los cuales la persona pueda integrar su vida, se acompaña del desarrollo de los ideales propios y la aceptación de la propia persona en concordancia con dichos ideales. Es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad.

La adolescencia está marcada intensamente por la cultura y el medio socio-económico que dictan las pautas de vida en cada comunidad para cada generación de adolescentes. Constituye la puesta en escena de un ser que emerge con características propias y como resultado de la integración de la vida biológica, psíquica y social que experimentó en la infancia, la cual se ha matizado con los intensos tintes impuestos por la cultura regional.

Esta etapa es de naturaleza heterogénea y resulta muy difícil convertirla en un fenómeno homogéneo, por lo que solo se pueden presentar sus características universales y señalar los hechos y actitudes esperadas o describir el fenómeno de manera general. El desarrollo físico, intelectual, emocional, afectivo, espiritual y social no es sincrónico y uniforme; se da en diferentes tiempos para cada uno, aunque comparten la misma oportunidad en el mismo momento del desarrollo humano.

## **SUB ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

Adolescencia Temprana: Abarca de los 11 a los 14 años de edad y corresponde al período de la educación secundaria.

Adolescencia Media: Se extiende de los 15 hasta los 17 años de edad y equivale al período de bachillerato o a la educación media superior.

Adolescencia Tardía: Comprende de los 18 a los 20 años de edad y corresponde a la educación universitaria.

Es importante destacar que las etapas se superponen y, como en todo lo relativo a la maduración biosicosocial humana, no es conveniente sostener el concepto de que cada etapa conlleva de manera rígida las características establecidas en las áreas de desarrollo correspondientes. Cada persona tiene y necesita distintos tiempos para satisfacer las expectativas de su propio desarrollo; esto se denomina “momento”.

En cada subetapa hay metas para lograr y tiempo para acceder a ellas, si no se aprovecha el tiempo después se vuelven difíciles. “Las metas se corresponden con actitudes, conocimientos y funciones que el individuo debe adquirir y hacer crecer en cierto momento de su vida. En esta adquisición intervienen la maduración física, los anhelos sociales y los esfuerzos personales”.

Cuadro que vincula las subetapas del desarrollo adolescente a ciertas tareas evolutivas relacionadas con las áreas emocionales, sociales y cognitivas según Ingersoll:

Sub etapa	Área emocional	Área cognitiva	Área social
A. Temprana	Adaptación al nuevo esquema corporal. Adaptación al seguimiento de la sexualidad.	Pensamiento concreto. Primeros conceptos morales.	Interés firme en los pares.
A. Media	Establecimiento de la separación emocional de los padres.	Aparición del pensamiento abstracto, expansión de las actitudes verbales, moralidad convencional, adaptación al aumento de las demandas escolares.	Aumento de las conductas de riesgo para la salud. Interés heterosexual por los pares. Aparición de los primeros planes vocacionales.
A. Tardía	Establecimiento de un sentido personal de la mayor separación de los padres.	Desarrollo del pensamiento abstracto complejo. Aparición de la moral pos convencional.	Aumento del control del impulso, identidad. Comienzo de la autonomía social. Establecimiento de la capacitación vocacional.

## ***Adolescencia Temprana***

La preocupación principal en la adolescencia temprana gira en torno a los cambios rápidos que surgen en la constitución física y van delineando una nueva silueta corporal. La calidad y expresión de los cambios físicos producen inquietud y dudas respecto de su índole normal o anormal.

En un intento por adquirir un poco de seguridad y tranquilidad comparan sus cuerpos con los de otros compañeros y al mismo tiempo pasan horas contemplándose, descubriéndose frente al espejo y en otras prácticas, como el ensayo de diferentes arreglos personales.

Surge una curiosidad firme y creciente por saber acerca de la anatomía sexual y el tamaño normal de senos, testículos y pene. Aparece una ansiedad notoria en torno a las características y el significado de la menstruación, las poluciones nocturnas y la masturbación.

La separación emocional respecto de sus padres se inicia de manera casual e imprecisa, más que como un propósito consciente o con una conciencia de fines. El deseo de independencia o de iniciar conductas de oposición y rebeldía en contra de la autoridad aparece de manera súbita.

Es la época en la que se establecen relaciones frías y distantes, muchas veces por medio de un lenguaje en clave y contestaciones en monosílabos.

Los adolescentes con frecuencia experimentan sentimientos de soledad y cierta melancolía. A menudo confiesan que no saben qué hacer con su tiempo y a la vez tiene ansias de hacer muchas cosas y la motivación de conocer otras por primera vez. Muchos relatan su deseo de no causar problemas a sus padres o mantenerse en polémica, pero sienten a su vez un deseo de ser descorteses, ariscos o rebeldes. Les preocupa el no tener ya la confianza en sus padres, así como las dudas en torno a estos y otros adultos de los cuales dependían.

El adolescente tiene carácter irritable y humor cambiante, y con frecuencia se separa de los padres aunque los necesite. En su grupo de amigos descubre un fuerte apoyo por iniciar su aparición en el escenario social y por ello en algunos casos estos grupos de pertenencia forman una familia alterna, sobre todo cuando los integrantes provienen de familias disfuncionales. Se llegan a formar círculos de interacción emocional muy fuertes

La adolescencia temprana es la etapa en la que se crean rivalidades increíbles con los grupos del mismo sexo o del opuesto, pero también es la época de idealización de los amigos y del apasionamiento por ellos.

Inician una fase de exteriorización de temura y emociones primero con amigos del mismo sexo. El contacto y las relaciones de amistad con el sexo opuesto son ocasionales y se dan dentro del mismo grupo de camaradas.

Aparece el interés por aprender y reflexionar, sobre todo entre los jóvenes que cuentan con el apoyo y la orientación adecuada de adultos; se manifiestan las primeras operaciones mentales de tipo formal. Es notorio el cambio del adolescente por tener por primera vez un gran interés en sí mismo y preocupación y voluntad de razonar acerca de problemas personales, familiares, escolares y relativos a los amigos íntimos.

El adolescente trata de erigirse en autoridad propia y con frecuencia reta a la autoridad auténtica de la familia y escuela con el afán de definirse a sí mismo. Empieza a crear un espacio más privado y con mayor intimidad para sí. Algunas situaciones antes no conflictivas pueden convertirse en motivo de problema grave o de rivalidad con los miembros de la familia.

Una forma de polémica con los padres es hacer referencias y proponer discusiones o diálogo acerca de la vocación con ejemplos idealizados.

Algunos inician el desarrollo de sus propios valores, lo cual implica un ejercicio dialéctico para crear controversia con la autoridad y entonces conocer las opiniones de esta acerca de ellos mismos.

Los adolescentes se caracterizan por ser muy impulsivos y para mostrar su independencia; inician conductas de riesgo para parecer temerarios.

Según Dulanto aumenta el grado de fantasía, los adolescentes tienden a "soñar" despiertos durante lapsos prolongados; a través de las fantasías se descubren a sí mismos, aprenden a tener auto comunicación, y se inventan y reinventan a sí mismos en busca del aprendizaje de ir "juntando sus recuerdos infantiles con sus experiencias y descubrimientos recientes, reuniendo sus diferentes identidades".

Experimentan gran ambivalencia (dependencia-independencia); van de un extremo al otro con su autoconcepto y el aprecio de sí mismos.

### **Adolescencia media**

La mayoría ha logrado la transformación de la silueta corporal; la preocupación del cuerpo no desaparece del todo y puede reconocerse el esfuerzo por convertirse en una persona atractiva, el cuidado esmerado por estar a la moda, escoger la ropa y ocuparse en el arreglo personal. Para los jóvenes la apariencia física es la mejor tarjeta de presentación y hacen lo imposible para lograr pertenencia a ciertos grupos diversos.

Los jóvenes se obsesionan por el ejercicio físico como resultado de la necesidad de poseer un cuerpo excepcional que les ayude a satisfacer sus expectativas de reconocimiento.

Los sentimientos y el deseo de compartirlos con los amigos se acentúan y crecen. El grupo de pares es básico para considerarse con valía y aceptación. Presentan desinterés por la familia. El adolescente pasa más tiempo con los pares y aumenta la ausencia dentro del núcleo familiar. Esto provoca que los padres experimenten conflictos de relación y sentimientos más agrios que afectan de manera considerable el vínculo con sus hijos.

El adolescente se obstina por pertenecer a un grupo determinado, en el afán de ser reconocido. La necesidad de identidad grupal crece de manera desmedida en muchos casos y se dan con facilidad y sin restricción las conversiones a la subcultura del grupo con el cual se vinculan; suelen aceptar los valores y las prácticas de sus amigos sin cuestionarlos.

Aparece una disposición manifiesta hacia la relación social y afectiva de índole heterosexual. Se dan los ensayos de noviazgos, citas, preferencias hacia pares del sexo opuesto y es la época más frecuente de la iniciación en el coito.

Desde el punto de vista cognitivo, la capacidad de abstracción y el razonamiento se amplían de manera notable; desarrollan gran capacidad y crecen en el poder de respuesta al trabajo escolar; aumenta la facultad intelectual y la creatividad.

Existe un nuevo cambio llamado "moral convencional", se refiere a la asunción de valores en la práctica de su comportamiento.

El desarrollo de la identidad se acrecienta por la capacidad de apertura a crear, apreciar y valorar nuevos sentimientos. También comienza el desarrollo de la capacidad para entender los sentimientos de los otros.

Las pretensiones vocacionales no son tan idealizadas y bajan al plano de la realidad. Se reconocen las limitaciones y falta de capacidades personales; en función de la personalidad y el carácter del joven, esto produce una enorme gama de reacciones que incluyen desde la frustración hasta sentimientos de pérdida de autoestima, y en algunos casos conductas de abandono. El tipo de respuesta por lo general se relaciona con el autoconcepto y las expectativas personales o familiares.

En la adolescencia media se vive una etapa propensa a experimentar y desarrollar el sentimiento de omnipotencia que lleva a muchos jóvenes a adoptar un comportamiento de alto riesgo. En función del estilo de vida y el núcleo de pares, suelen presentar conducta antisocial, posibilidad de accidentes, alcoholismo, drogadicción y contactos sexuales frecuentes que pueden conducir a embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Son de gran importancia los programas preventivos en los campos escolares, de esparcimiento y recreación donde se congregan los adolescentes, con gran beneficio personal y social.

## **Adolescencia tardía**

La preocupación por el cuerpo y la apariencia personal desaparecen del plano de los grandes problemas.

La autonomía e independencia personales están en vías de lograrse por completo.

Aparece la conducta conciliatoria con los padres y los adultos, y se manifiesta en una tendencia a la adaptación nueva del diálogo sereno y la atención de sugerencias y consejos. En general las relaciones con los padres son ya armónicas a pesar de la separación intensificada; pero el encuentro con la identidad también crece en un claro sentido personal. Sin embargo los jóvenes con mucha problemática familiar o personal presentan una resistencia clara a aceptar responsabilidad y reflejan conductas de negación al crecimiento, presentan falta de disposición para mantener relaciones responsables y rechazo a vincularse con afectividad en actividades comunes a los adolescentes, relativos a líneas de trabajo, estilo de vida y relación social.

En el área cognitiva, el desarrollo de pensamiento abstracto es cada vez más grande y permite a los jóvenes establecer diversos compromisos más complejos y de mayor responsabilidad. Esto les permite disfrutar sus diversas cualidades, destrezas y aptitudes. Afirman y definen su vocación. La entienden ya como parte del proyecto de vida.

En la adolescencia tardía aparece la moral posconvencional. Los valores de los jóvenes son ya el producto de una meditación, así como la expresión de ser de sí mismos y del grupo al que pertenecen. Definen sus valores con convicción y se sienten más seguros y firmes en la vivencia de los mismos, ya sean de carácter moral, cultural o éticos.

En esta etapa aprenden con más asertividad a tomar decisiones, establecen sus perspectivas del futuro, confían más en sus planes y logran delinear proyecto de vida con mayor firmeza.

Suelen manejar el tiempo para sus diversos compromisos con mejores rendimientos. Tienen la capacidad y desean comprometerse libremente, y ponen en ello voluntad, interés y empeño.

En este estadio del proceso de desarrollo, el ser humano ya es capaz de auto imponerse e imponer limitaciones en sus relaciones y estilo de vida. También percibe convencido que la autoridad permite desarrollar la vida con libertad, posibilidades de realización y seguridad.

El *puerperio* (14) es el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado preconcepcional; arbitrariamente se ha definido una duración de 40 a 60 días. Desde el punto de vista clínico podemos distinguir entre Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 horas posteriores al parto; Puerperio Precoz: comprende desde el día uno hasta el día diez después del parto; Puerperio Tardío: se extiende desde el día once después del parto hasta el día cuarenta y dos, una de las complicaciones más importantes que puede suceder en este período son las infecciosas; Puerperio Alejado: a partir de los cuarenta y dos días hasta los sesenta (la versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades lo ha alargado hasta los 364 días cumplidos).

La importancia clínica fundamental en este período reproductivo es acompañarlo asistiendo a sus modificaciones normales, aprovechando también esta instancia para educar a la madre y su entorno para el mejor transcurso del puerperio y la crianza del recién nacido, sin perder de vista las posibles complicaciones que suelen ocurrir, para detectarlas y tratarlas precozmente.

El puerperio normal se caracteriza porque en él se produce en la esfera genital y general, la involución de las modificaciones a las que se asistió durante el embarazo (peso corporal, piel, sistema circulatorio, etc.). Al mismo tiempo se asiste al desarrollo complementario de la glándula mamaria para la lactancia.

---

(14) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, “Guías en Salud Sexual y Reproductiva; Cap. Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio”, Uruguay, MSP, 2008

Dentro de las modificaciones de la esfera genital se produce:

- La involución uterina, donde en los primeros 9 a 12 días el útero es todavía un órgano abdominal; después se convierte en un órgano pelviano. Desciende de 1 a 2 centímetros diarios en los primeros días. Al quinto o sexto día se encuentra en la línea media entre pubis y cicatriz umbilical, y del noveno al decimosegundo día se ubica en la excavación pélvica. Progresiva y rápidamente, el cuello de útero, en los primeros 5 a 6 días va recuperando su forma y longitud, alcanzando al décimo día aproximadamente su anatomía normal.
- Derrame loquial, producto de la descamación endouterina de consistencia gelatinosa compuesta por sangre que emana de la herida placentaria, restos tisulares de la decidua y células descamadas de todo el trayecto genital de cantidad y duración variables. Sus características varían evolutivamente hasta su desaparición, siendo: en las primeras 48 horas abundantes y sanguinolentos; del día 3 al 7 son de moderada cantidad y serosanguinolentos; y del día 8 al 15 la cantidad es cada vez menor hasta desaparecer y seroso en cuanto a su característica.
- Entuertos o contracciones espasmódicas uterinas dolorosas, que aparecen en los 3 primeros días de puerperio coincidiendo con un escurrimiento vulvar de sangre y coágulos. Más frecuente en multíparas. La succión del recién nacido durante la lactancia los exacerba.
- Modificaciones vulvovaginales, con la retracción de las paredes vaginales recuperando tono y dimensiones previas. Progresivamente disminuye la congestión vulvar y se recupera su coloración previa al embarazo, mientras que los restos del himen desgarrados se retraen.

- Modificaciones mamarias que finalizan durante el puerperio para la lactancia, a cuya preparación anatómica y fisiológica se asistió durante el mismo embarazo. En los primeros días la secreción característica es el calostro, dando paso entre el día 2 y el 4 a la secreción láctea.
- Reiniciación de los ciclos menstruales, variables para cada mujer y relacionados íntimamente con la duración de la lactancia.

Durante el embarazo se producen un conjunto de transformaciones en el organismo materno que responden a adaptaciones anatómicas y fisiológicas secundarias al embarazo.

Es durante el puerperio donde se asiste a la regresión total o parcial de dichas modificaciones. Si bien la función de los sistemas fisiológicos mayores se recupera integralmente, en otros la regresión en las modificaciones no son totales, como por ejemplo la del metabolismo pigmentario.

El control ginecológico a desarrollar en las puérperas es fundamentalmente clínico y comprende un cuidadoso interrogatorio así como un examen general, centrado en los siguientes "polos":

- Polo cutáneo mucoso: Estado de hidratación y coloración.
- Polo mamario: Aptitud para la lactancia y secreción láctea.
- Polo abdominal: Involución uterina y consistencia del útero.
- Polo genital: Derrame loquial (características y cantidad) y episiotomía (si la hay).

El Puerperio patológico es en el que se producen complicaciones:

- Complicaciones hemorrágicas que se clasifican en precoces y tardías, según su momento de aparición. Hemorragias precoces son las que ocurren en la primera semana del puerperio. Sus causas etiológicas más frecuentes son: desgarros espontáneos o secundarios a maniobras en el canal del parto o del útero; retención de restos ovulares y placentarios; atonía uterina; y alteraciones de la crisis sanguínea.

Las hemorragias tardías, ocurren luego de la primera semana del puerperio. Las etiologías involucradas más frecuentes son la retención de restos placentarios y endometritis.

- Complicaciones infecciosas dado a que el lecho placentario, el derrame loquial y la no recuperación de las barreras anatómicas que protegen el aparato genital de infecciones transforman a este en un medio de cultivo especialmente enriquecido para el desarrollo de gérmenes. Es importante una correcta higiene genital que mantenga al mismo en ausencia de procesos infecciosos.

Se clasifican en:

Infecciones focales, a nivel de la vulva, vagina y cuello que pueden ser benignas de fácil control, siendo la más frecuente la infección de la episiotomía. Endometritis.

Infecciones regionales, como parametritis, anexitis, pelvi peritonitis.

Infecciones generalizadas, sepsis puerperal (actualmente poco frecuente).

- Complicaciones tromboembólicas que ocurren luego del 1% de los partos espontáneos y luego del 2-5% de las cesáreas. Involucran los sistemas venosos superficial y profundo, y pueden manifestarse como una flebotrombosis, una tromboflebitis o hasta un tromboembolismo pulmonar. El mecanismo patógeno común es la tríada de Virchow (lesión endotelial, estasis e hipercoagulabilidad).

La lesión de la pared vascular se ve incrementada en partos instrumentales y la posición prolongada en los estribos. La estasis venosa se ve favorecida por la inmovilización, la anestesia y el reposo absoluto. A todo ello se agrega un estado de hipercoagulabilidad fisiológica inherente al propio embarazo. Las formas clínicas más frecuentes son: tromboflebitis pelviana (afecta venas uterinas o pélvicas, sus síntomas aparecen entre el tercer y quinto día posparto), tromboflebitis en miembros inferiores (es la clásica flegmasia alba dolens), tromboflebitis complicada con embolia a distancia (T.E.P).

- Complicaciones mamarias de estirpe infecciosa, siendo la puerta de entrada más frecuente las grietas del pezón. Los factores que predisponen son el aumento de la temperatura mamaria, la propia secreción láctea que oficia como medio para desarrollo de gérmenes y se agrava cuando se prolonga el estasis de secreción láctea en los galactóforos. Los gérmenes involucrados más frecuentes es *Saureus*, presente en la orofaringe del lactante o en la piel de la propia madre. Sus presentaciones clínicas son mastitis aguda puerperal y absceso mamario.
- Complicaciones psiquiátricas. El puerperio es un período de labilidad emocional especial de la paciente que la torna susceptible a alteraciones patológicas de la conducta, siendo las complicaciones más frecuentes la depresión posparto (hasta un 50% de las púerperas) y psicosis puerperal (1 en 400 partos).

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Tipo de estudio**

La investigación que realizamos es descriptiva, de corte transversal.

### **Universo y Muestra**

El universo está compuesto por todas las mujeres entre las edades 11 y 20 años, independientemente del número de hijos nacidos vivos, que controlan a sus hijos en la policlínica de la IMM de la zona oeste y que no concurrieron al primer control puerperal en el período de tiempo comprendido entre el 1º de octubre al 31 de octubre de 2009. La muestra se corresponde con el universo.

### **Criterios de inclusión**

- Mujeres de edad entre 11 y 20 años.
- Mujeres con hijos que pertenecen al Programa Aduana, y que se controlan en el Centro de Salud.
- Mujeres que no concurrieron al primer control puerperal.
- Mujeres que dieron su consentimiento para la participación en la investigación.

## **Método e instrumento de recolección de datos**

La fuente de información fue la propia usuaria.

La población objetivo fue captada en la sala de espera del Servicio de Pediatría en el momento que concurrieron al Centro de Salud para el control de su hijo.

Para obtener la información, se realizó entrevista estructurada semi abierta directa a través del diálogo con la usuaria. La extracción de datos fue sistemática y se utilizó para ello un instrumento estandarizado para medir las variables en estudio. El mismo estuvo compuesto por un cuestionario que incluyó las variables a trabajar.

Esto se llevó a cabo por las cinco estudiantes que realizaron la investigación, se concurrió los días martes, jueves y viernes en los horarios matutino y tarde, debido a que estos días se realizan las consultas pediátricas.

La muestra se dividió en dos grupos (11 a 15 años y 16 a 20 años) dado que es un rango de edad muy amplio para tomarlo en su totalidad; cada grupo presenta características propias de la etapa de la adolescencia en la que se encuentra.

La tabulación y el procesamiento de los datos se realizaron a través de análisis univariado, tablas de frecuencia y gráficos presentando las variables utilizadas.

## **Etapas en la recolección de la información**

**A- Autorización:** se realizó una carta solicitando autorización, dirigida a las autoridades de la Policlínica donde se llevó a cabo el estudio, luego de haber sido aprobado el protocolo de investigación.

**B- Área de estudio:** El estudio que realizamos se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay, departamento de Montevideo, barrio La Teja, Policlínica de la IMM de la zona oeste, Servicio de Pediatría.

**C- Tiempo:** Cronograma de Gantt.

**D- Recursos Humanos:** Cinco estudiantes cursando el Segundo Módulo perteneciente al Cuarto Ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

**-Recursos físico-institucional:** Policlínica de la IMM de la zona oeste.

**-Recursos materiales y presupuesto:** Papelería (libros, hojas, lapiceras, fotocopias, carpetas, cuadernolas, impresiones, encuadernación), equipos (computadoras, impresoras, CD, teléfono), locomoción (boletos urbanos), extras.

**E- Presentación del instrumento de recolección de datos:** Con el propósito de asegurar el cumplimiento del plan de recolección de datos y garantizar su validez y confiabilidad del estudio, se presentó el formulario de investigación a la docente tutora, estando el mismo sujeto a la evaluación y corrección.

**F- Proceso:**

Las actividades fueron distribuidas entre los integrantes del grupo que llevaron a cabo la investigación, respetando las necesidades de la misma.

Se realizaron los días martes, jueves y viernes en los horarios matutino y tarde. Estuvieron dirigidas a recabar información a través de la entrevista estructurada semi abierta directa entablando un diálogo con la usuaria.

**G- Plan de tabulación y análisis:**

Los resultados obtenidos de la investigación, están representados a través de tablas y gráficas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual. Se analizaron los datos discriminando dos grupos poblacionales, uno integrado por usuarias adolescentes de 11 a 15 años y el otro grupo de 16 a 20 años, que no asisten al primer control puerperal.

## **Definición y Operacionalización de Variables**

### **Edad**

Definición conceptual: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Clasificación: variable cuantitativa.

Definición operativa:

- 11-15 años
- 16-20 años

### **Motivo de la no concurrencia al primer control puerperal**

Definición conceptual: Motivo referido por la usuaria por el cual no concurrió al primer control puerperal.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- motivos manifestados por la usuaria.

### **Nivel de Instrucción**

Definición conceptual: Se refiere a la cantidad de años de educación formal cursados hasta la fecha.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- primaria completa
- primaria incompleta
- secundaria completa
- secundaria incompleta
- terciaria incompleta
- UTU completa
- UTU incompleta

### **Estado Civil**

Definición conceptual: Representa ante la ley una relación con otra persona.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- soltera
- casada
- unión libre

### **Ocupación**

Definición conceptual: Tarea remunerada que realiza la usuaria.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- ocupado
- desocupado
- estudiante

### **Accesibilidad al servicio por parte de la usuaria**

Definición conceptual: Facilidad que tiene la usuaria para acceder al Centro de Salud.

Definición operativa:

Dimensiones:

#### **- Accesibilidad geográfica**

Definición: Número de cuadras desde el domicilio hasta la policlínica

Clasificación: variable cualitativa.

Indicadores:

- menos de 10 cuadras – fácilmente accesible
- de 10 a 20 cuadras – medianamente accesible
- más de 20 cuadras – difícilmente accesible

**- Accesibilidad económica**

Definición: Dinero disponible con el que la usuaria cuenta para trasladarse al servicio.

Clasificación: variable cualitativa.

Indicadores:

- presenta dinero para trasladarse al centro
- no presenta dinero para trasladarse al centro

**- Accesibilidad horaria al servicio**

Definición: Disponibilidad de la usuaria para concurrir al servicio de ginecología de acuerdo a los horarios establecidos en este.

Clasificación: variable cualitativa.

Indicadores:

- acorde a la disponibilidad de la usuaria
- no acorde a la disponibilidad de la usuaria
- desconoce los horarios

**Control del embarazo**

Definición conceptual: Usuaria que concurrió como mínimo a 5 controles en su embarazo.

Clasificación: variable cualitativa. .

Definición operativa:

- se controló
- no se controló

### **Número de hijos**

Definición conceptual: Número de hijos vivos al momento de la captación.

Clasificación: variable cualitativa

Definición operativa:

- uno
- dos
- más de dos

### **Control puerperal previo**

Definición conceptual: Usaría que concurrió a control de su puerperio anterior en el caso de haberlo cursado.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- se controló
- no se controló
- no corresponde

### **Importancia del control puerperal**

Definición conceptual: Importancia que le adjudica la mujer al control puerperal.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- necesario
- no necesario

### **Educación prenatal relacionada al control postparto**

Definición conceptual: Información que recibe la madre durante los controles prenatales sobre importancia del control ginecológico posparto.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- recibe
- no recibe

### **Apoyo familiar**

**Definición conceptual:** Existencia de familia o individuo allegado, que colabore para que la usuaria concurra al centro de salud.

**Clasificación:** variable cualitativa.

**Definición operativa:**

**Dimensiones:**

**-Estimulación:** acto de estimular. Incitar a que la mujer concurra al control postparto.

**Indicadores:**

- presenta
- no presenta

**-Cuidado de los niños:** familiar o individuo allegado que se ocupa del cuidado de los niños mientras la usuaria concurre al control puerperal.

**Indicadores:**

- presenta
- no presenta

**-Acompañamiento:** familiar o individuo allegado que acompaña a la usuaria al control ginecológico.

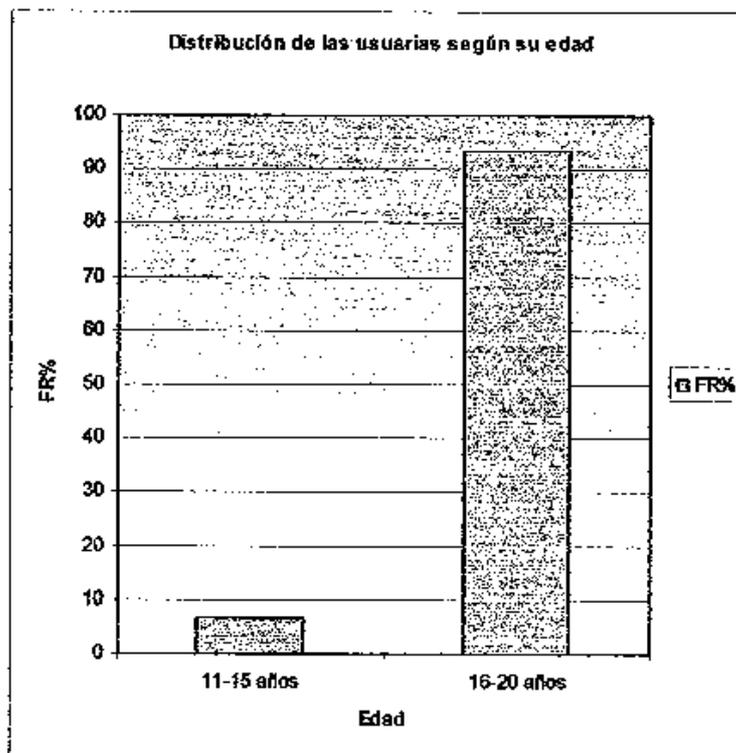
**Indicadores:**

- presenta
- no presenta

## RESULTADOS

Tabla N° 1- Distribución de las usuarias según su edad

EDAD	FA	FR%
11-15 años	3	6,7
16-20 años	42	93,3
TOTAL	45	100

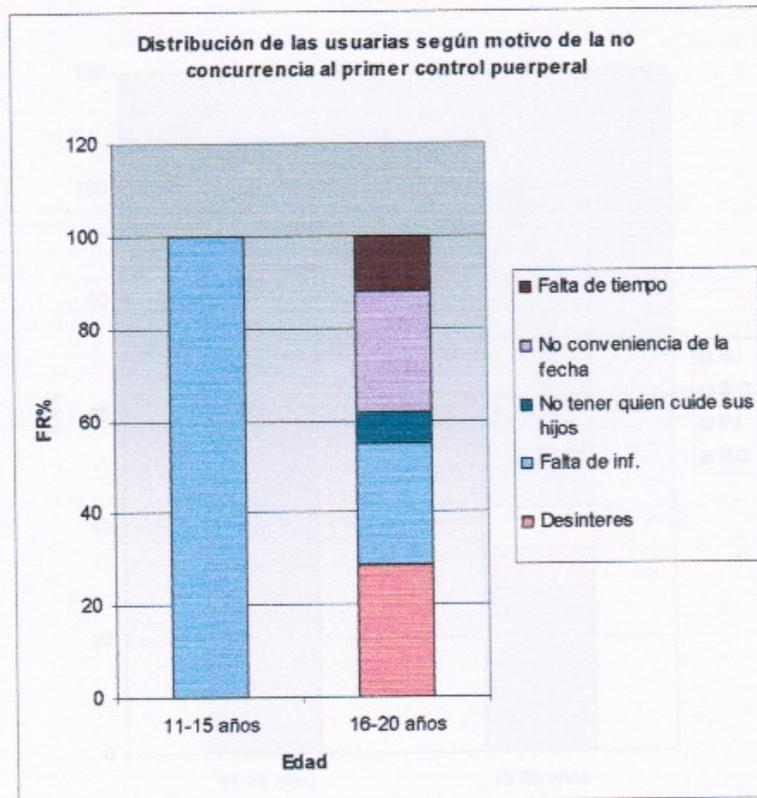


Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las adolescentes entrevistadas el 6,7% tenían entre 11 y 15 años y el 93,3% entre 16 y 20 años.

Tabla Nº 2- Distribución de las usuarias según motivo de la no concurrencia al primer control puerperal

EDAD	MOTIVO DE NO CONCURRENCIA									
	Desinterés		Falta de información		No tener quién cuide a sus hijos		No conveniencia de la fecha otorgada		Falta de tiempo	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
11-15 años	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0
16-20 años	12	28,6	11	26,2	3	7,1	11	26,2	5	11,9



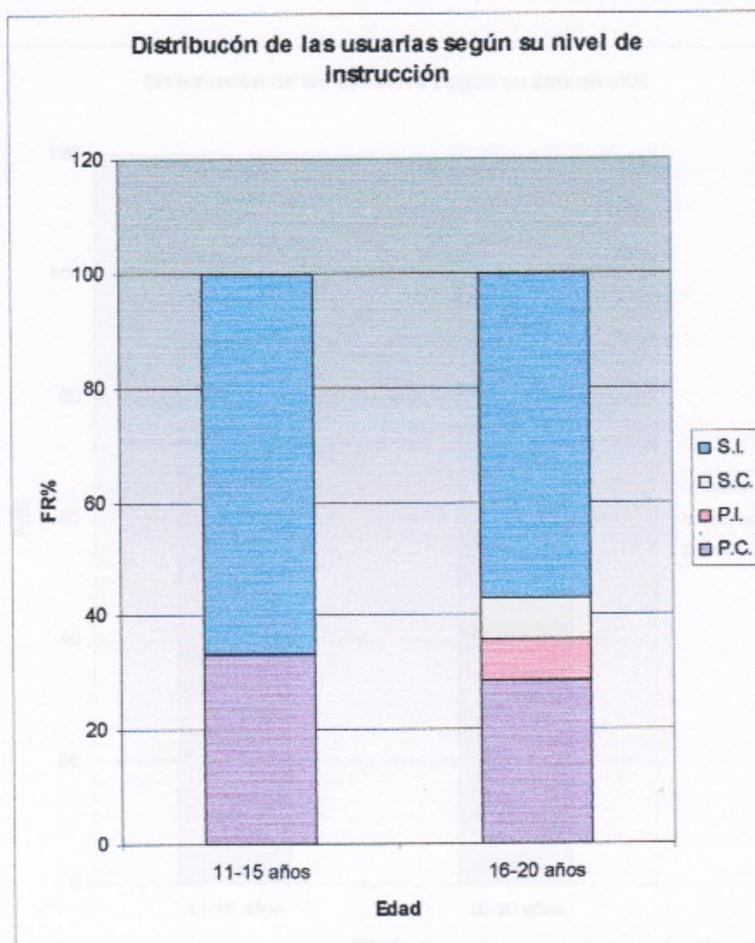
Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 100% refirió no haber concurrido por falta de información.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 28,6% refirió no haber concurrido por desinterés, el 26,2% por falta de información, otro 26,2% por no conveniencia de la fecha otorgada.

Tabla Nº 3- Distribución de las usuarias según su nivel de instrucción

EDAD	NIVEL DE INSTRUCCIÓN								Total
	P.C.		P.I.		S.C.		S.I.		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	1	33,3	0	0	0	0	2	66,7	3
16-20 años	12	28,6	3	7,1	3	7,1	24	57,1	42



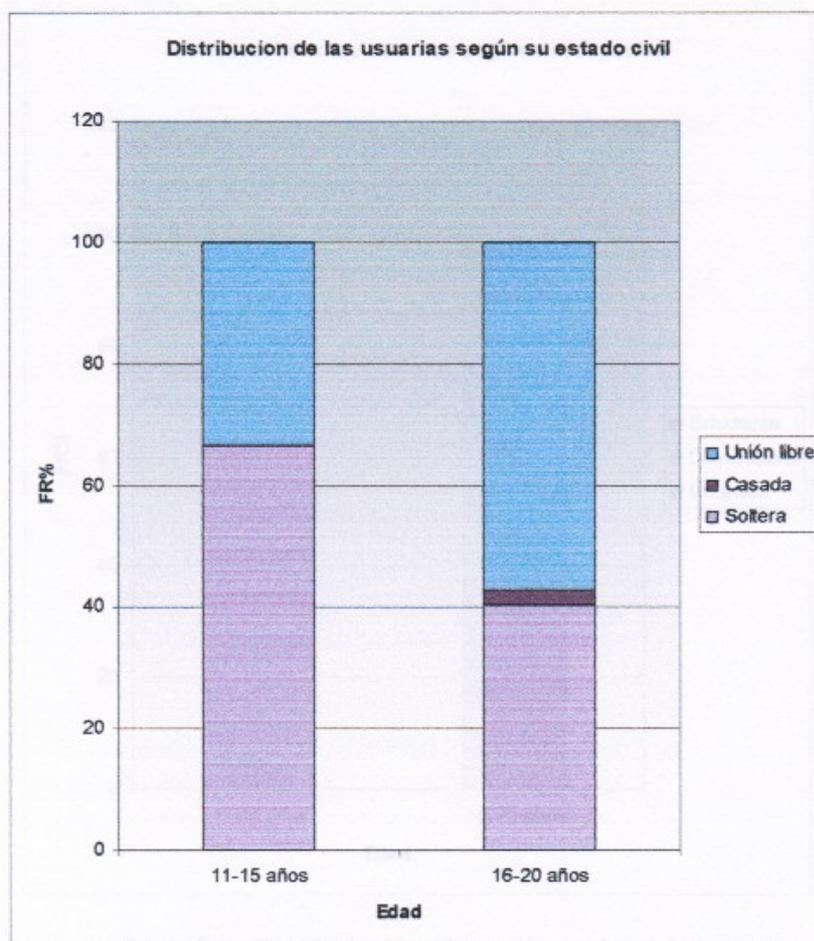
Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 66,7% presenta secundaria incompleta.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 57,1% presenta secundaria incompleta.

Tabla N° 4- Distribución de las usuarias según su estado civil

EDAD	ESTADO CIVIL						Total
	Soltera		Casada		Unión libre		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	2	66,7	0	0	1	33,3	3
16-20 años	17	40,4	1	2,4	24	57,1	42



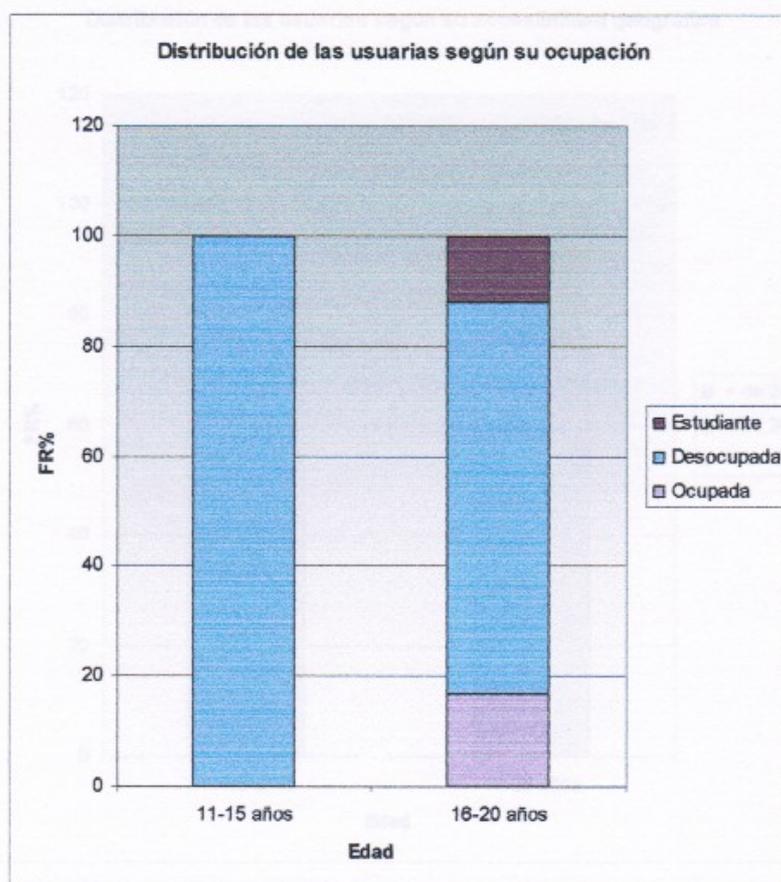
Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 66,7% eran solteras.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 57,1% eran de unión libre.

Tabla N° 5- Distribución de las usuarias según su ocupación

EDAD	OCUPACIÓN						Total
	Ocupada		Desocupada		Estudiante		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	0	0	3	100	0	0	3
16-20 años	7	16,7	30	71,4	5	11,9	42



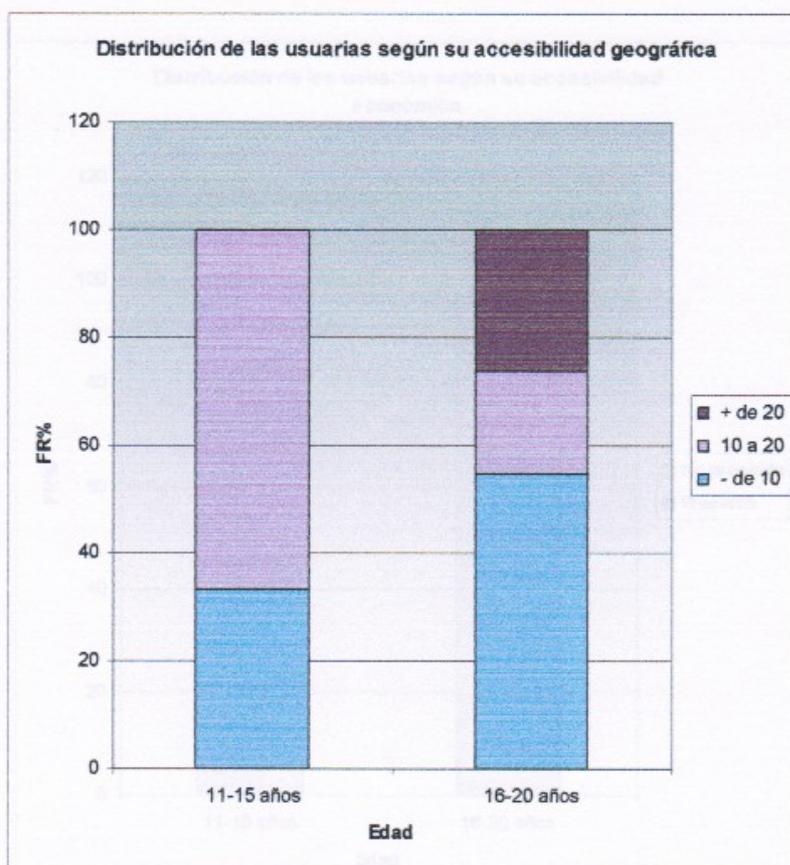
Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 100% eran desocupadas.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 71,4% eran desocupadas.

**Tabla Nº 6- Distribución de las usuarias según su accesibilidad geográfica al Centro de Salud**

EDAD	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA						Total
	- de 10		10 a 20		+ de 20		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	1	33,3	2	66,7	0	0	3
16-20 años	23	54,8	8	19	11	26,2	42



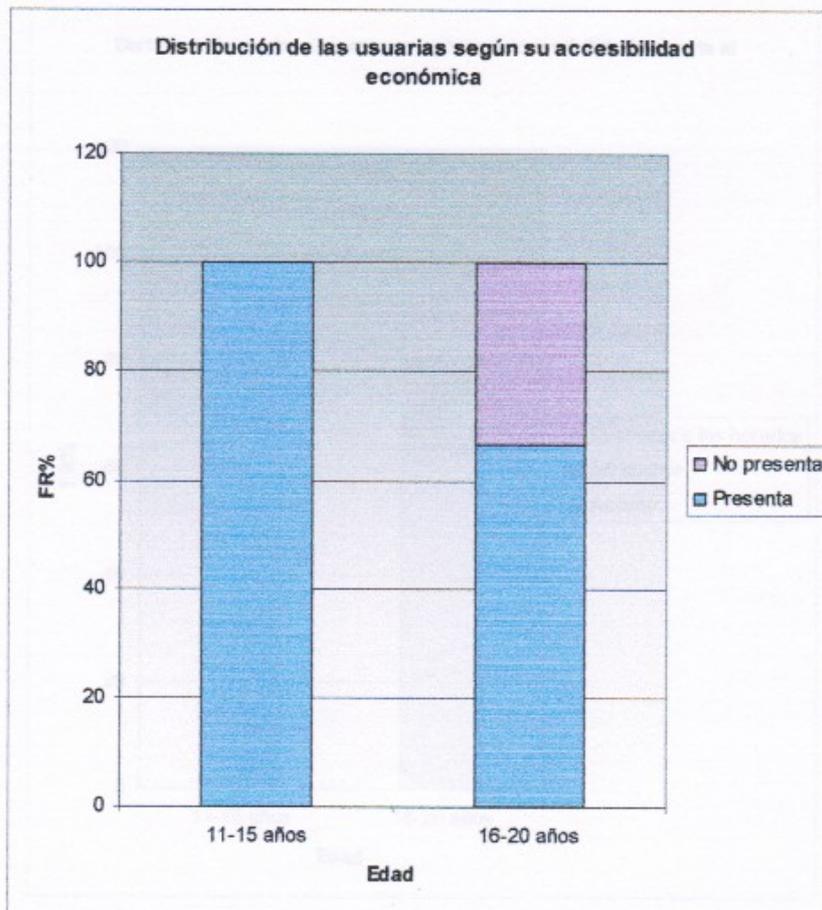
Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 66,7% vive a una distancia de 10 a 20 cuadras del Centro de Salud.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 54,8% vive a una distancia menor a 10 cuadras del Centro de Salud.

Tabla N° 7- Distribución de las usuarias según su accesibilidad económica para trasladarse al Centro de Salud.

EDAD	RECURSOS ECONÓMICOS				
	Presenta		No presenta		Total
	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	3	100	0	0	3
16-20 años	28	66,7	14	33,3	42



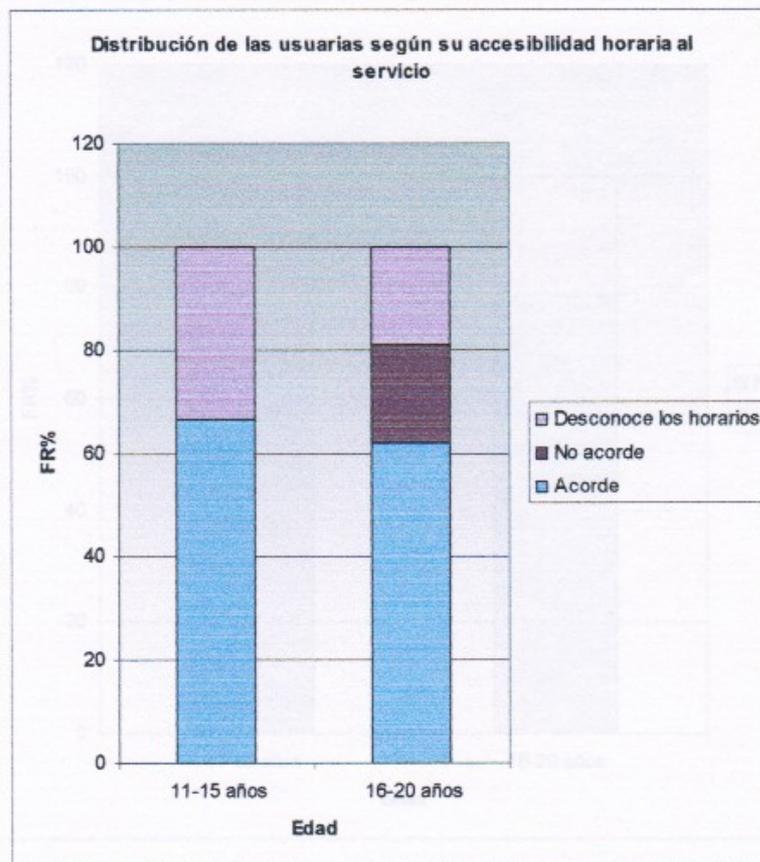
Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 100% presenta recursos económicos para trasladarse al Centro de Salud.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 66,7% presenta recursos económicos para trasladarse al Centro de Salud.

**Tabla N° 8- Distribución de las usuarias según su accesibilidad horaria al servicio de ginecología**

EDAD	ACCESIBILIDAD HORARIA						
	Acorde		No acorde		Desconoce los horarios		Total
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	2	66,7	0	0	1	33,3	3
16-20 años	26	62	8	19	8	19	42



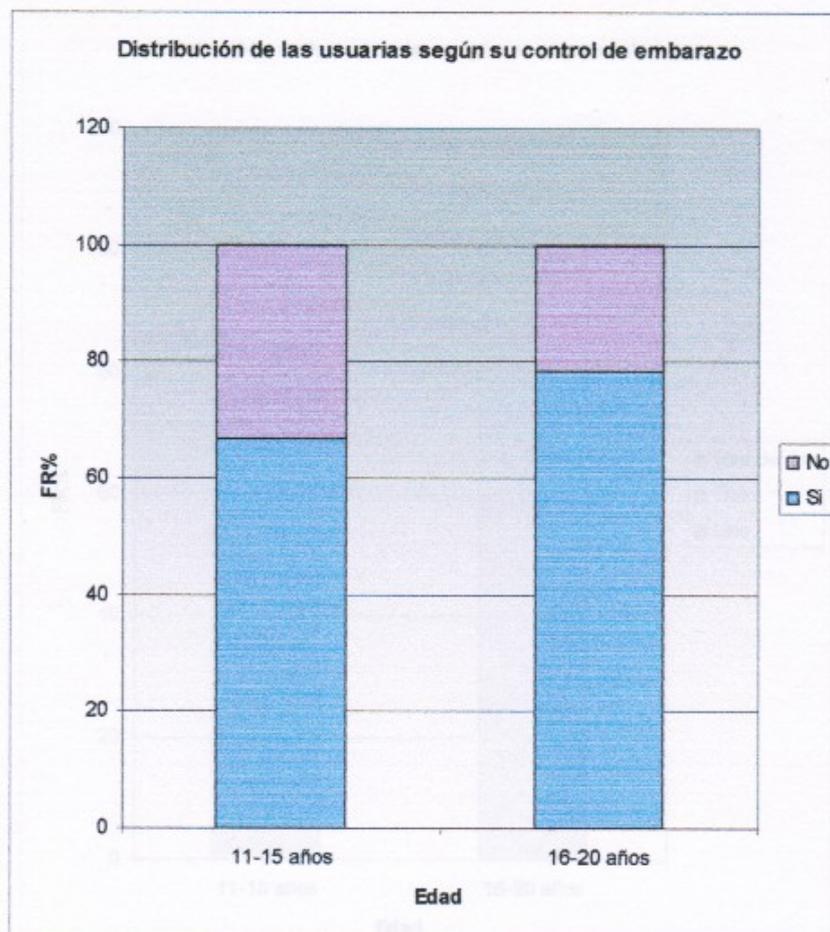
Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 66,7% presenta accesibilidad horaria para concurrir al Centro de Salud.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 62% presenta accesibilidad horaria para concurrir al Centro de Salud.

Tabla N° 9- Distribución de las usuarias según su control de embarazo

EDAD	CONTROL DE EMBARAZO				Total
	Si		No		
	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	2	66,7	1	33,3	3
16-20 años	33	78,6	9	21,4	42



Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

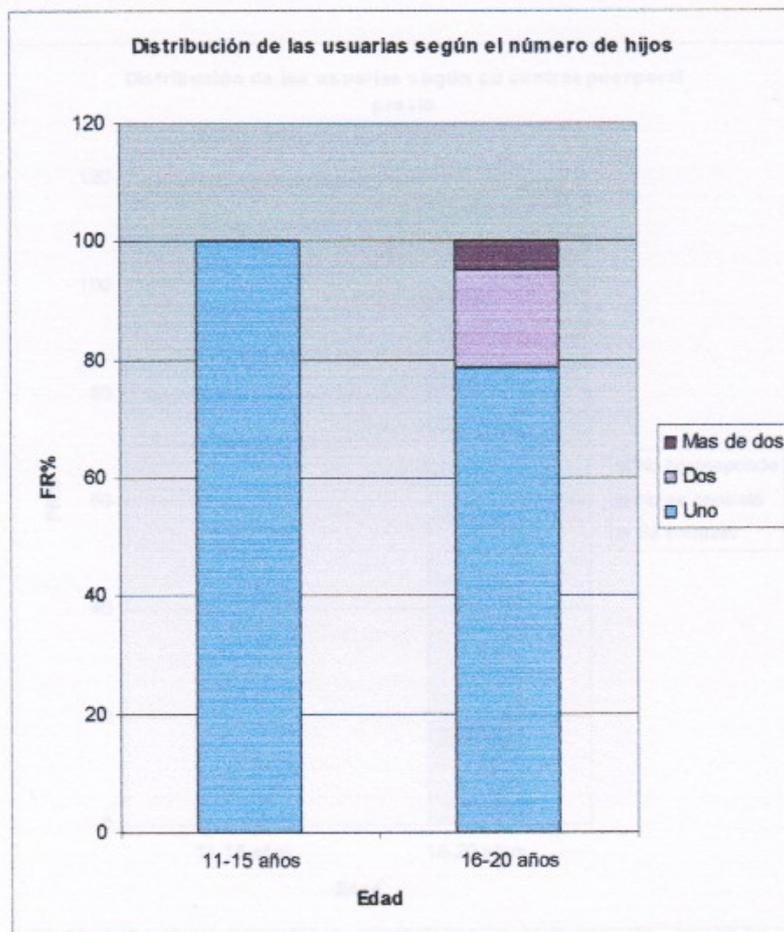
De las usuarias entre 11 y 15 años, el 66,7% controló su embarazo.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 78,6% controló su embarazo.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 78,6% tenía un hijo.

Tabla N° 10- Distribución de las usuarias según el número de hijos

EDAD	NÚMERO DE HIJOS						Total
	Uno		Dos		Más de dos		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	3	100	0	0	0	0	3
16-20 años	33	78,6	7	16,7	2	4,8	42

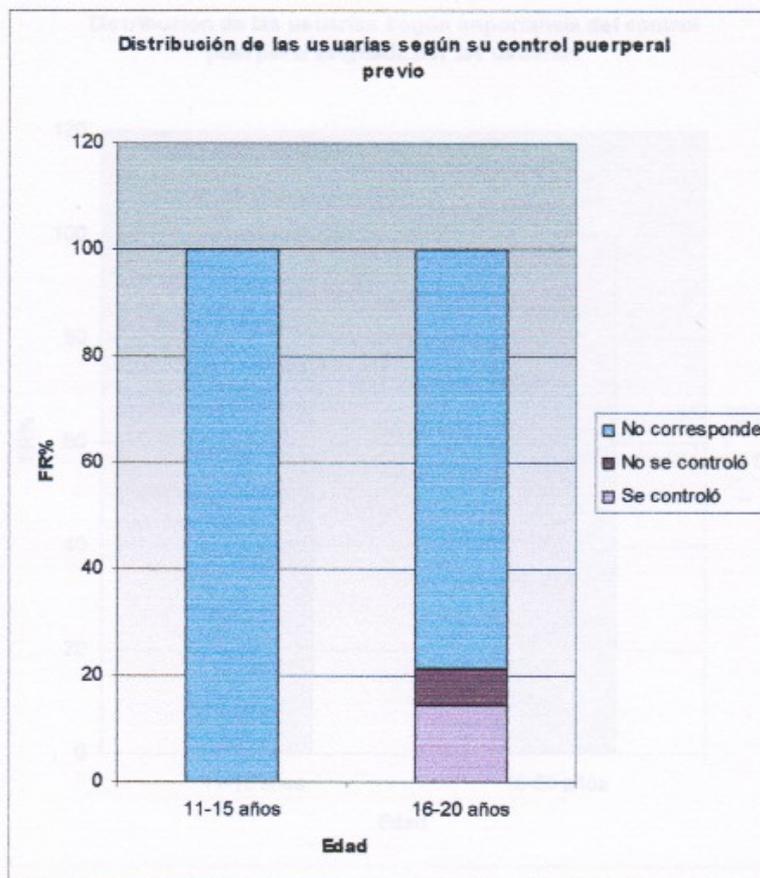


Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 100% tenía un hijo.  
 De las usuarias entre 16 y 20 años, el 78,6% tenía un hijo.

Tabla N° 11- Distribución de las usuarias según su control puerperal previo

EDAD	CONTROL DEL PUERPERIO ANTERIOR						
	Se controló		No se controló		No corresponde		Total
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	0	0	0	0	3	100	3
16-20 años	6	14,3	3	7,1	33	78,6	42



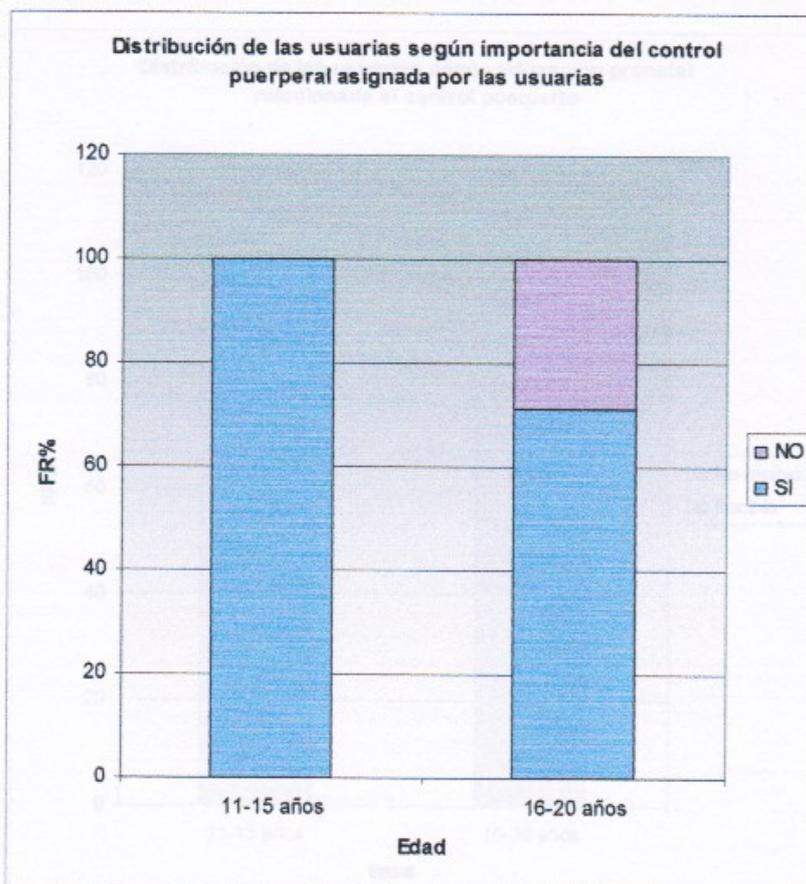
Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 100% no corresponde, cursaba su primer puerperio.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 78,6% no corresponde, cursaba su primer puerperio.

**Tabla Nº 12- Distribución de las usuarias según importancia del control puerperal asignada por las usuarias**

EDAD	NECESARIO				Total
	Si		No		
	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	3	100	0	0	3
16-20 años	30	71,4	12	28,6	42

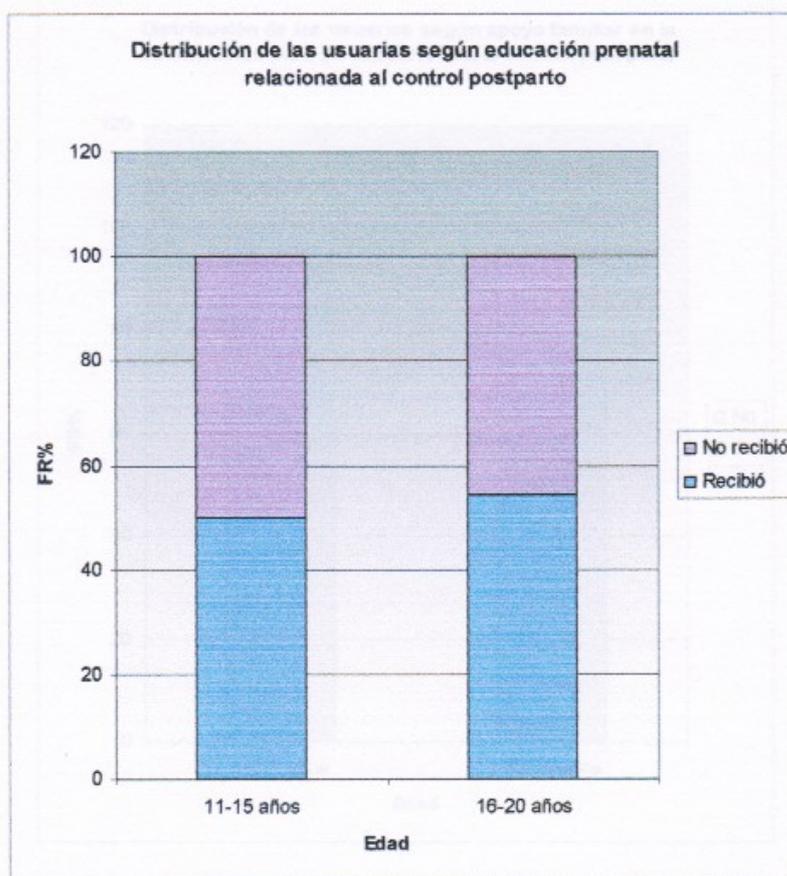


Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 100% lo considera necesario.  
 De las usuarias entre 16 y 20 años, el 71,4% lo considera necesario.

Tabla N° 13- Distribución de las usuarias según educación prenatal relacionada al control puerperal

EDAD	EDUCACIÓN PRENATAL				Total
	Recibió		No recibió		
	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	1	50	1	50	2
16-20 años	18	54,5	15	45,5	33



Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

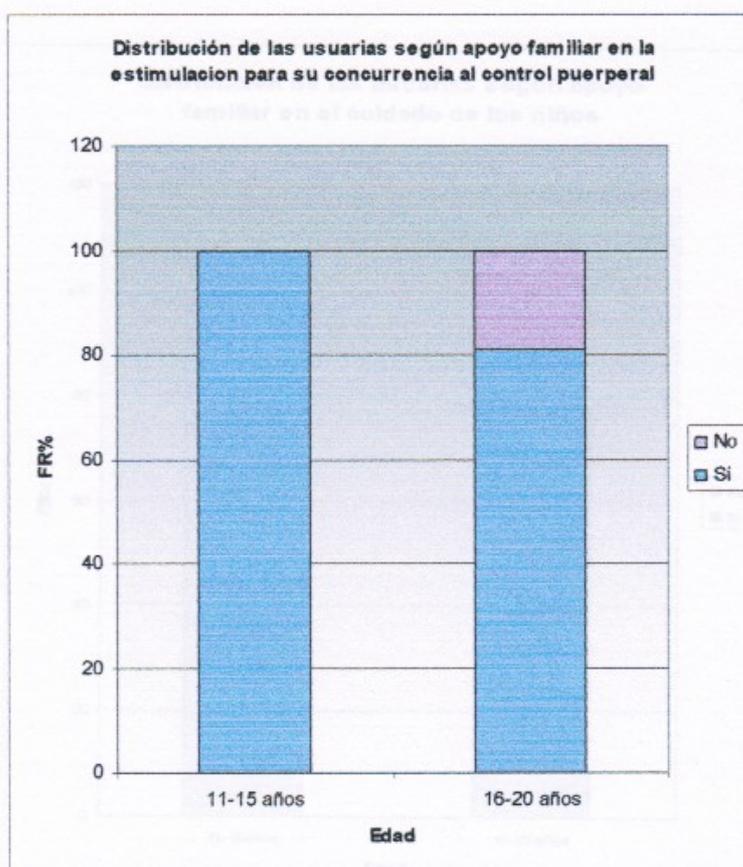
De las usuarias entre 11 y 15 años, el 50% recibió educación prenatal.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 54,5% recibió educación prenatal.

EDUCACIÓN PRENATAL PARA SU CONTROL PUEPERAL

Tabla N° 14- Distribución de las usuarias según apoyo familiar en la estimulación para su concurrencia al control puerperal

EDAD	PRESENTA				Total
	Sí		No		
	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	3	100	0	0	3
16-20 años	34	81	8	19	42



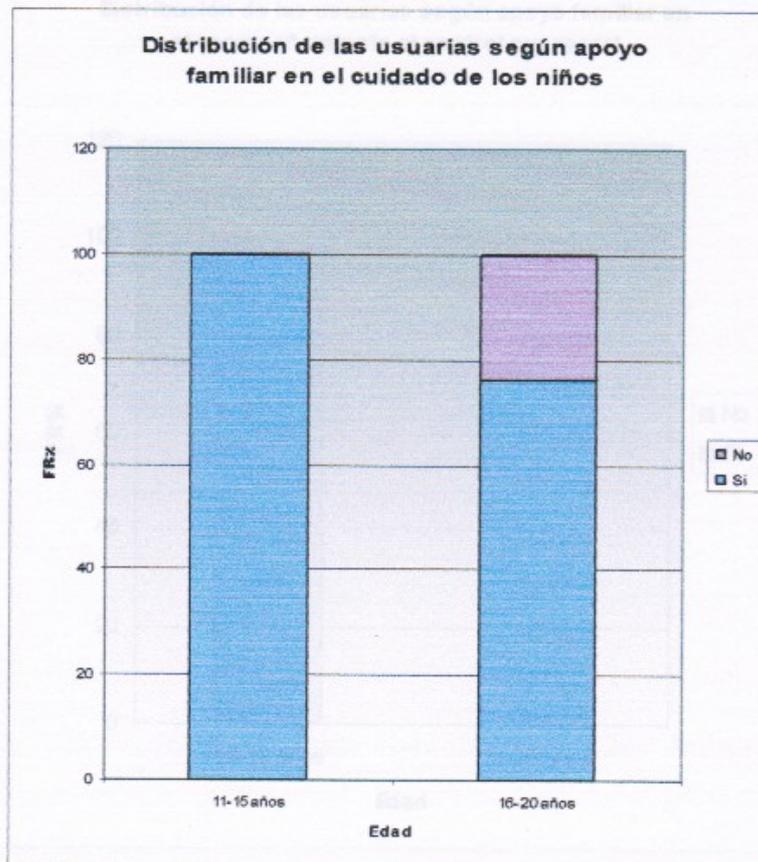
Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 100% presenta apoyo familiar en la estimulación para su concurrencia al control puerperal.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 81% presenta apoyo familiar en la estimulación para su concurrencia al control puerperal.

**Tabla N° 15- Distribución de las usuarias según apoyo familiar en el cuidado de los niños**

EDAD	PRESENTA				Total
	Sí		No		
	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	3	100	0	0	3
16-20 años	32	76,2	10	23,8	42



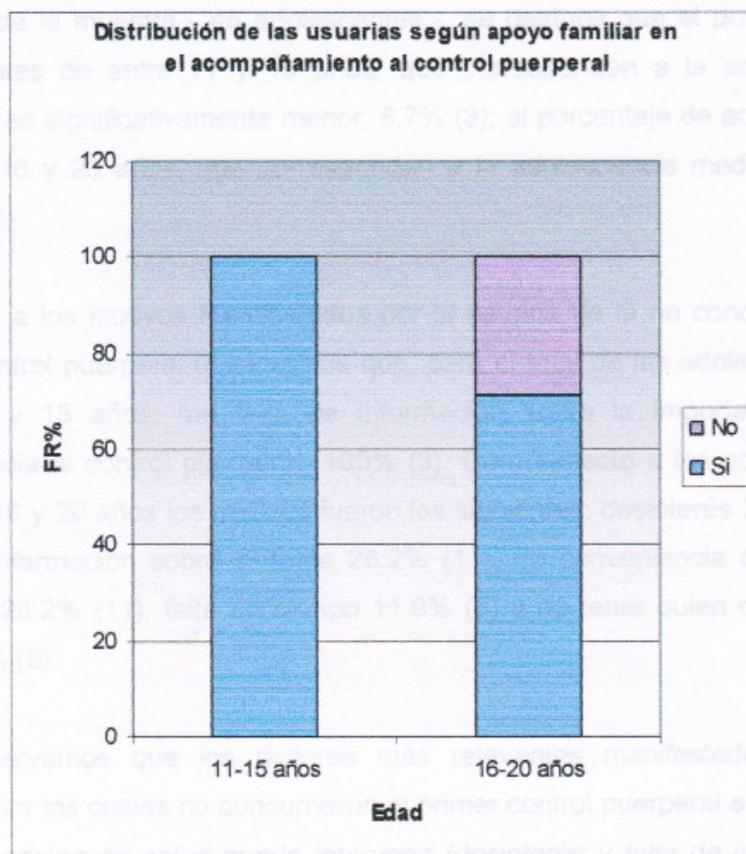
Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 100% presenta apoyo familiar en el cuidado de los niños.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 76,2% presenta apoyo familiar en el cuidado de los niños.

Tabla N° 16- Distribución de las usuarias según apoyo familiar en el acompañamiento al control puerperal

EDAD	PRESENTA				Total
	Sí		No		
	FA	FR%	FA	FR%	
11-15 años	3	100	0	0	3
16-20 años	30	71,4	12	28,6	42



Fuente: Entrevista realizada a las mujeres en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre de 2009

De las usuarias entre 11 y 15 años, el 100% presenta apoyo familiar en el acompañamiento al control puerperal.

De las usuarias entre 16 y 20 años, el 71,4% presenta apoyo familiar en el acompañamiento al control puerperal.

## ANÁLISIS

El presente análisis fue realizado en base a la recolección de datos estadísticos obtenidos a través de las entrevistas realizadas a la población objetivo en el marco del Trabajo de Investigación, y la contrastación de éstos con el marco teórico.

Del total de la muestra - 45 adolescentes -, se destaca que el porcentaje de adolescentes de entre 11 y 15 años, que corresponden a la adolescencia temprana es significativamente menor, 6.7% (3); al porcentaje de adolescentes de entre 16 y 20 años, que corresponden a la adolescencia media y tardía, 93.3% (42).

Referente a los motivos manifestados por la usuaria de la no concurrencia al primer control puerperal observamos que, para el total de las adolescentes de entre 11 y 15 años, fue falta de información sobre la importancia de la concurrencia al control puerperal, 100% (3). Con respecto a las adolescentes de entre 16 y 20 años los motivos fueron los siguientes: desinterés 28.6% (12), falta de información sobre el tema 26.2% (11), no conveniencia de la fecha otorgada 26.2% (11), falta de tiempo 11.9% (5) y no tener quien cuide a sus hijos 7.1% (3).

Aquí observamos que los factores más relevantes manifestados por las usuarias por los cuales no concurrieron al primer control puerperal son aquellos donde el equipo de salud puede intervenir (desinterés y falta de información) brindando especialmente información sobre esa instancia.

Esta es una de las funciones que caracteriza al enfermero profesional. La educación y promoción para la salud es una tarea de suma importancia para el cuidado de la salud de la mujer.

El otro motivo con porcentaje significativo fue la no conveniencia de la fecha otorgada; este es otro factor sobre el cual los profesionales de la salud podemos actuar realizando una mejor gestión de los servicios de salud, coordinando las consultas con ginecólogo de manera de satisfacer las necesidades de las usuarias.

Durante los primeros 10 días posparto es cuando se manifiestan las principales complicaciones del puerperio. Se considera instancia propicia para que el equipo de salud realice prevención de complicaciones, fomente el autocuidado, el vínculo madre-hijo, la lactancia materna, favoreciendo la reinserción de la mujer al medio social.

En el control puerperal deben realizarse actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, capacitando a la población para que incremente el control sobre su salud y de esta forma la mejore.

El nivel de instrucción de las adolescentes de entre 11 y 15 años fue de secundaria incompleta 66.7% (2) y primaria completa 33.3% (1). Dentro del grupo de adolescentes de 16 a 20 años, los valores son los siguientes: secundaria incompleta 57.1% (24), primaria completa 28.6% (12), primaria incompleta 7.1% (3) y secundaria completa 7.1% (3).

Destacamos que en ambos grupos de estudio el nivel de instrucción predominante es secundaria incompleta, seguido de primaria completa.

Sobre la variable estado civil encontramos que dentro del primer grupo (11 a 15 años) la mayoría de las adolescentes 66.7% (2) eran solteras y el resto 33.3% (1) de unión libre.

Dentro del segundo grupo (16 a 20 años) la mayoría 57.1% (24) se encontraban en unión libre seguido por las que se encontraban solteras 40.4% (17) y un porcentaje inferior 2.4% (1) casadas.

En lo referente a la ocupación observamos que el total, 100% (3), de las adolescentes de 11 a 15 años se encontraba desocupada y no estudiaba. En cuanto al segundo grupo, de 16 a 20 años, el 71.4% (30) se encontraba desocupada, el 16.7% (7) ocupada y el 11.9% (5) era estudiante.

Estos datos reflejan que el hecho de ser madre adolescente es un factor que interfiere en el abandono de los estudios y reduce sus oportunidades de cursar carreras de su elección.

En relación a la accesibilidad geográfica de la usuaria al servicio de salud se destaca que en el primer grupo (11 a 15 años) la mayoría 66.7% (2) vivía de 10 y 20 cuadras de distancia del Centro de Salud, seguido de un porcentaje menor 33.3% (1) quienes vivían a menos de 10 cuadras del mismo. En el segundo grupo (16 a 20 años) la mayoría 54.8% (23) vivía a menos de 10 cuadras, seguido de quienes vivían a más de 20 cuadras 26.2% (11) y continuando con quienes vivían de 10 y 20 cuadras 19% (8).

En función de estos datos podemos decir que en total para la mayoría de las usuarias el Centro de Salud era fácilmente y medianamente accesible. Estos porcentajes reflejan que la accesibilidad geográfica no es un factor influyente para la no concurrencia al primer control puerperal.

En cuanto a la variable accesibilidad económica de las usuarias para ambos grupos de estudio (11 a 15 y 16 a 20 años) los datos muestran que la mayoría presentaba recursos económicos para trasladarse al Centro de Salud, 100% (3) y 66.7% (28) respectivamente, un porcentaje menor 33.3% (14) de las usuarias del segundo grupo refirieron no contar con los mismos.

Para la mayoría de las mujeres entrevistadas la accesibilidad horaria al servicio ginecológico es acorde a su disponibilidad, para el primer grupo 11 a 15 años 66.7% (2) y para el segundo grupo 62% (26).

El 33.3% (1) de las usuarias entre 11 y 15 años manifestaron desconocer los horarios, al igual que el 19% (8) de las usuarias de entre 16 y 20 años. Dentro de estas últimas el otro 19% (8) refirieron que el horario no era acorde a sus necesidades.

En esta variable observamos que la disponibilidad horaria no es un factor que interfiera negativamente en la no concurrencia al primer control puerperal.

Con respecto al control de embarazo los valores indican que en ambos grupos, 11 a 15 y 16 a 20 años, la mayoría 66.7% (2) y 78.6% (33) respectivamente controlaron su embarazo. Las usuarias que no controlaron su embarazo representaron el 33.3% (1) para el primer grupo y el 21.4% (9) para el segundo grupo.

De estos porcentajes se desprende que las usuarias asistieron a los controles prenatales pautados en beneficio de un embarazo saludable, realidad que no se mantiene durante el posparto.

El número de hijos que tenían las mujeres entrevistadas de 11 a 15 años es en su totalidad un hijo, 100% (3). De las mujeres entre las edades de 16 a 20 años la mayoría 78.6% (33) tenía 1 hijo, seguido de quienes tenían 2 hijos 16.7% (7) y con un porcentaje menor quienes tenían más de 2 hijos 4.8% (2).

Para los datos obtenidos acerca del control del puerperio anterior, en las mujeres que tenían más de un hijo, 100% (9), observamos que en relación al segundo grupo 16 a 20 años 66.7% (6) refirió haberse controlado el puerperio anterior, el 33.3% (3) no concurrió a dicho control.

Aquí los datos muestran que un elevado porcentaje de adolescentes entrevistadas cursaron su primer puerperio, 100% (3) de las adolescentes de 11 a 15 años y 78.6% (33) de las adolescentes de 16 a 20 años.

De la variable importancia del control puerperal asignada por las usuarias, los resultados fueron para el primer grupo 11 a 15 años la totalidad, 100% (3) respondió que era necesario. En el segundo grupo 16 a 20 años un elevado porcentaje 71.4% (30) respondió que era necesario y el porcentaje restante 28.6 % (12) respondió que no lo consideraba necesario.

Estas cifras reflejan que un porcentaje significativo de adolescentes refirió considerar necesario el primer control puerperal a pesar de que no concurren al mismo.

De las mujeres que controlaron su embarazo, 66.7% (2) y 78.6% (33) para el primer y segundo grupo de adolescentes respectivamente; el 50% (1) de las adolescentes entre 11 a 15 años refirió recibir educación prenatal, mientras el otro 50% (1) refirió no haber recibido. Para las adolescentes de 16 a 20 años el 54.5% (18) recibieron información sobre el puerperio en los controles de su embarazo, y el 45.5% (15) no recibieron dicha información.

El control prenatal en una instancia óptima donde enfermería debe brindar una atención integral, abordando a la usuaria como un ser biosociocultural, informando de los cuidados durante el embarazo, y a su vez promoviendo los cuidados posparto, haciendo énfasis en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

En este aspecto enfermería profesional es fundamental ejerciendo su rol como educador de salud, brindando información sobre la importancia del control del puerperio, sobre signos y síntomas de alarma, cambios fisiológicos que las mujeres deben esperar, desterrar hábitos y creencias que se han transferido culturalmente. De esta manera contribuir a elevar la calidad de vida.

Es importante que enfermería aborde la temática de planificación familiar, para que la mujer desde el control puerperal esté informada y decida qué método de anticoncepción elegirá para planificar su familia.

Haciendo referencia a la estimulación que presentan las mujeres para concurrir al control puerperal, el 100% (3) de las adolescentes de 11 a 15 años presenta estimulación. El 81% (34) de las adolescentes de 16 a 20 años también presentaban estimulación por parte de su familia, mientras que sólo el 19% (8) de las mismas no la presentaba.

De las mujeres entrevistadas, el 100% (3) de las adolescentes del primer grupo, 11 a 15 años, y el 76.2% (32) de las adolescentes que integran el segundo grupo, 16 a 20 años, cuentan con apoyo familiar para el cuidado de sus hijos, y el 23.8% (10) de estas últimas no.

El 100% (3) de las mujeres pertenecientes al primer grupo refirió contar con una persona que las acompañe a concurrir al control puerperal y el 71.4% (30) de las mujeres del segundo grupo; de lo cual se desprende que el 28.6% (12) de estas no cuentan con una persona que las acompañe.

Debido a la interacción continua entre la mujer con su entorno, se debe plantear la importancia de la familia como generadora de salud y/o enfermedad. Es importante el apoyo, el asesoramiento y la educación de los profesionales a la familia, establecer estrategias conjuntas para que cada uno de los integrantes cuide su salud con apoyo de los demás integrantes del núcleo. Se debe conocer la familia de la adolescente, brindarle información y trabajar en conjunto.

## CONCLUSIÓN

En base al trabajo de investigación realizado y a los objetivos planteados existen puntos que son importantes destacar.

Mediante la caracterización de la población a trabajar, se identificaron 45 adolescentes que no concurren al primer control puerperal, que corresponden al total de la muestra. Observamos que sólo el 6,7% (3) se encuentra en edades entre 11 y 15 años; el 93,3% (42) corresponde a adolescentes de edades entre 16 y 20 años. Se pudo observar un porcentaje significativamente mayor de adolescentes dentro de la segunda franja etaria.

En relación a estos grupos se puede decir que los motivos referidos por los cuales las adolescentes no concurren al primer control puerperal fueron, en primera instancia las adolescentes de 11 a 15 años refirieron, el 100% (3), la falta de información sobre la importancia de la concurrencia al primer control puerperal. Con respecto a las adolescentes entre 16 y 20 años los motivos fueron, desinterés 28,6% (12), falta de información sobre la importancia de la concurrencia al primer control puerperal 26,2% (11), no conveniencia de la fecha otorgada 26,2% (11), falta de tiempo 11,9% (5), y no tener quien cuide a sus hijos 7,1% (3).

De estos datos concluimos que los motivos más significativos fueron aquellos donde enfermería profesional puede actuar a los efectos de aumentar la concurrencia al primer control puerperal de las adolescentes.

Al hacer referencia sobre la importancia del primer control puerperal asignada por las usuarias, para la mayoría, 100% (3) de las usuarias de 11 a 15 años y 71,4% (30) de las usuarias de 16 a 20 años, respondieron que era necesario el control del mismo.

Los datos obtenidos acentúan una contradicción acerca de lo que fue la concurrencia al primer control puerperal de las adolescentes relacionado con lo que manifiestan las mismas de la importancia de realizar el mismo.

En lo que se refiere al control de embarazo, los datos obtenidos indican que en ambos grupos de adolescentes existieron dichos controles, 66,7% (2) y 78,6% (33), para el primer y segundo grupo de adolescentes respectivamente.

En relación a quienes realizaron estos controles, también se dio a conocer el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron educación prenatal en el curso de su embarazo, 50% (1) y 54,5% (18) para el primer y segundo grupo.

De aquí se desprende que un alto porcentaje de adolescentes concurren a realizarse los controles obstétricos, demostrando de esta forma un gran interés por el cuidado y desarrollo de su hijo. Pero esta situación no se repite con la concurrencia a control para el cuidado de su propio cuerpo.

Es de destacar que la educación prenatal durante los controles preparto no abarcó al total de la población, ya que únicamente la mitad de la misma recibió dicha información.

El nivel de instrucción fue para la mayoría secundaria incompleta, 66,7% (2) y 57,1% (24) para el primer y segundo grupo de adolescentes. Se resalta que ninguna de las mujeres entrevistadas era analfabeta.

Referente a esto se puede decir también que sólo el 11,9% (5) de las usuarias de 16 a 20 años continuaba estudiando y ninguna de las usuarias de 11 a 15 años.

Del primer grupo de estudio, el 100% (3) se encontraba desocupada al igual que el 71,4% (30) del segundo grupo.

Estos datos muestran que el hecho de ser madres adolescentes es un factor que incide para el abandono de los estudios, reduce las oportunidades de cursar carreras de su elección e influye también de forma negativa en la inserción al mercado laboral.

El número de hijos que tenían las mujeres entrevistadas era en la mayoría uno, eran primerizas, 100% (3) y 78,6% (33) para el primer y segundo grupo respectivamente.

Para los datos obtenidos acerca de la concurrencia al control del puerperio anterior, en las mujeres que tenían más de un hijo, las que representan el 21,6% (9) del segundo grupo de adolescentes, el 66,7% (6) refirió haber concurrido.

Destacamos que a pesar de lo manifestado por las usuarias, no concurrieron a controlarse el último puerperio.

Con respecto a la accesibilidad geográfica, económica y horaria de las usuarias al Centro de Salud, concluimos que en ambos grupos, de 11 a 15 años y de 16 a 20 años, este no fue un factor que interfiriera en la no concurrencia al primer control puerperal.

La mayoría de las adolescentes entrevistadas refirió presentar apoyo familiar, en la estimulación para su concurrencia al control puerperal, en el cuidado de sus hijos y en el acompañamiento a dicho control. A partir de lo expresado por las usuarias se percibe que a pesar de presentar apoyo familiar, no concurrieron al primer control puerperal.

Mediante el desarrollo de este trabajo se cumplieron los objetivos planteados al inicio de la investigación. Cabe destacar que con respecto a la división realizada en la muestra, no se obtuvo un valor significativo en el grupo de adolescentes de 11 a 15 años. Por lo que consideramos necesario continuar estudiando el tema en este grupo etáreo en futuras investigaciones, procurando captar mayor números de casos.

A través del análisis de los factores que influyen sobre la no concurrencia al primer control puerperal, concluimos que en su mayoría son aquellos donde enfermería profesional puede actuar para revertir favorablemente los resultados y, de esta manera, aumentar el porcentaje de concurrencia de las adolescentes al primer control puerperal.

Finalmente, como grupo, la temática planteada en la investigación nos hace reflexionar sobre la necesidad de una reorientación en los lineamientos estratégicos de la política de salud en nuestro país, mediante la coordinación efectiva de los recursos humanos, materiales y económicos, para racionalizar y optimizar los recursos disponibles a fin de lograr una gestión satisfactoria. Haciendo énfasis en la promoción de salud y prevención primaria, a través de una atención integral brindada por un equipo interdisciplinario, con enfoque familiar y social se fortalece así el vínculo entre el profesional y la usuaria.

## PROPUESTAS

Durante el proceso de investigación surgieron propuestas para implementar y desarrollar un sub-programa relacionado al Primer Control Puerperal, dentro del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género.

Los puntos a considerar serían:

- Reorganizar la gestión de los servicios de salud en el servicio de ginecología.  
Adecuar la coordinación de las consultas con ginecólogo a las necesidades de las usuarias.  
Otorgar el servicio atención ginecológica los días de lunes a viernes en los horarios mañana y tarde.  
Abarcar el servicio mayor número de usuarias.  
Dejar números de consulta libres para puérperas captadas espontáneamente.  
Incrementar también los recursos humanos del centro de salud.
  
- Brindar información a las usuarias y a su familia acerca de la importancia de concurrir al control puerperal, mediante instancias educativas programadas e incidentales llevadas a cabo por el equipo multidisciplinario de salud.  
Atender el control prenatal como la instancia propicia para fortalecer los aspectos positivos y trabajar en los aspectos obstaculizadores, fomentando el autocuidado, y así prevenir complicaciones.

- Coordinar la atención del Programa Aduana con la atención ginecológica de la mujer para concurrir al primer control puerperal, facilitando así la atención del binomio madre-hijo.

Realizar una captación precoz y oportuna de la puérpera.

Protocolizar un sistema de registros que incluya información tanto del recién nacido como de la mujer. Ejemplo: dentro de las planillas del Programa Aduana incluir si la mujer concurre al primer control del puerperio y la fecha del mismo.

El rol de la enfermera profesional durante el control puerperal, realizado en el Primer Nivel de Atención, será de gran importancia al implementar y llevar a cabo la gestión de este nuevo sub-programa de salud, en conjunto con el equipo multidisciplinario.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Arena J., Berro P., Pereira J.; "Pautas terapéuticas en obstetricia"; 1º Ed., Montevideo, Editorial Oficina del Libro AEM, año 1999.
- Dickason, Elizabeth; "Enfermería Materno- Infantil"; 2º Ed, Madrid, Editorial Mosby-Doyma Libros, año 1995
- Dulanto, Enrique; "El Adolescente"; 1º Ed., Mexico, Editorial MC Graw-Hill Interamericana, año 2000
- Ketzoian, Carlos; "Estadística Médica"; 1º Ed., Montevideo. Editorial Oficina del Libro AEM, año 2003
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, "Guías en Salud Sexual y Reproductiva; Cap. Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio"; Uruguay, MSP, 2008
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, "Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género"; Uruguay ,MSP, 2007
- Orem, Dorotea; "Conceptos de Enfermería en la práctica" Modelo de Orem; Editorial Masson- Salvat, año 1993
- Pineda, Alvarada, "Metodología de la Investigación"; 3ª Ed., Montevideo Editorial OPS, año 2008
- Umpiérrez, G., Arada A., "Introducción a la Enfermería Comunitaria", Montevideo, año 2003
- Whoye y Wong; Enfermería pediátrica; Ed. Mosby/ Doyma Libros; 4º Ed.

- Zurro, A. Martín - Pérez JF Cano, "Atención Primaria"; 4ª Ed., Madrid, Editorial Harcourt, Año 1999
  
- Calderon Yaqueline; Requejo Diana; Tam Elena. Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes. Rev. Enferm. Herediana Año 2008, vol.1, n.1, pp. 11-18. ISSN 1998-5487. [www.upch.edu.pe/faenf/revfae/articulo2.html](http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/articulo2.html).
  
- Ciasullo Jorge Embarazo adolescente (Sede Web) Uruguay Año 2007. <http://www.uruguayinforme.com/news/19102007/19102007>
  
- Galimberti Diana Miembro del Comité Científico de Ceisam Argentina Jefa de la Unidad de Obstetricia del Hospital Teodoro Álvarez "Salud Reproductiva: una asignatura pendiente"(Sede Web) Buenos Aires, Argentina. Año 2008. [www.Buenasalud.com](http://www.Buenasalud.com).
  
- Menacho Chiok Luis Pedro; Licenciado en Bibliotecología y Ciencias de la Información de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM); Imenacho [Sede Web] [mimdes.gob.pe](http://mimdes.gob.pe); Lima – Perú, Año 2005. [www.Monografias.com](http://www.Monografias.com)

# ANEXOS

Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Cátedra Materno-Infantil

# Protocolo: Trabajo de Investigación Final

Montevideo, setiembre 2009

Tutora: Profesora Licenciada en Enfermería Ana Correa

Autores:

Agustina Altuna

Analia Puig

Cecilia Rodríguez

Natalia Rodríguez

Gabriela Rossi

## **TÍTULO DEL PROYECTO**

***“Primer Control Puerperal en Adolescentes”***

## **PREGUNTA PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores que influyen en la ausencia al primer control puerperal de la población adolescente en una Policlínica de la IMM de la zona oeste, en el período 1º de octubre al 31 de octubre de 2009?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores que influyen en la ausencia del primer control puerperal en la población adolescente en una Policlínica de la IMM de la zona oeste, en el período 1º de octubre al 31 de octubre de 2009.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a las usuarias que atienden a sus hijos en la Policlínica de la IMM de la zona oeste y que no asisten al primer control puerperal en el período establecido.
- Determinar y cuantificar factores que motivan la ausencia al primer control puerperal.
- Comparar los factores presentes en ambos grupos de población adolescente (entre 11 a 15 años y entre 16 a 20 años) que influyen en la no concurrencia al primer control del puerperio.

## **FUNDAMENTACIÓN**

En las últimas décadas nuestro país fue incorporando nuevos conceptos sobre la salud de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos, pasando por distintos programas a través de la reconceptualización y reorientación en el área, apuntando al actual "Programa Nacional de Salud de la mujer y género".

El "Programa Nacional de Salud de la mujer y género" incluye diferentes aspectos sociales, culturales, biológicos y geográficos, comportándose cada uno de ellos como eje transversal. Los conceptos sobre la salud de la mujer que abordan aspectos biológicos y anatómicos, y los que consideran dimensiones tales como derechos humanos y la ciudadanía, se presentan bajo una concepción integral de la salud de la mujer que no se limita a la ausencia de enfermedad o a su asociación con procesos de reproducción biológica.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística en Uruguay, en el año 2008 el porcentaje de adolescentes (13 a 17 años) que se encuentran en situación de pobreza es mayor al de los adultos (18 a 64 años), 38,3% y 19,3% respectivamente; lo que influye en su acceso a los bienes sociales, a la participación social e inclusive a los servicios de salud.

El perfil de salud y enfermedad varía en el tiempo y el espacio de acuerdo con el grado de desarrollo económico, social y humano, de cada comunidad y de cada mujer.

Es fundamental el desarrollo del "Programa Nacional de Salud de la mujer y género" y un adecuado seguimiento de la salud de la mujer mediante controles ginecológicos y consultas de enfermería en el primer nivel de atención, lo cual implica una asistencia oportuna e integral y permite una evolución óptima tanto del embarazo como del puerperio. Es primordial en este proceso la participación activa de mujeres y hombres en todas las etapas del Programa, desde la planificación, ejecución y evaluación.

A pesar de lo anteriormente mencionado se destaca que en el sistema nacional de salud no hay políticas que se centren en el control puerperal, ni se implementan las acciones necesarias para lograr un abordaje integral a la mujer en dicho período.

A través de nuestra experiencia práctica hemos detectado una baja concurrencia de las puérperas a los controles ginecológicos.

Según las estadísticas aportadas por la Unidad Central de Información-SAS, en la Policlínica donde se realizó la investigación, el total de embarazadas durante el año 2008 fueron 151 embarazadas, de estas el 33% fueron adolescentes; y el número de controles puerperales fue de 58 controles. Estas estadísticas resaltan la baja concurrencia de las usuarias al control puerperal.

Actualmente en la Policlínica donde se realizó la investigación, el Programa Aduana está conformado por 62 niños de madres adolescentes; 57 de edades entre 16 y 20 años, y 5 entre 11 y 15 años.

Destacamos que en los centros de referencia consultados (MSP; Unidad Central de Información-SAS; Instituto Nacional de Estadística en Uruguay; Policlínica de la región oeste de Montevideo) no existen datos estadísticos relacionados con las complicaciones durante el puerperio.

Durante la búsqueda bibliográfica encontramos un Trabajo de Investigación referente al Primer Control Puerperal en mujeres de 12 a 44 años.

"El control del puerperio es de suma importancia y de gravedad potencial; en nuestro país fallecen más mujeres por las complicaciones de este período que por las que ocurren en todas las demás etapas del embarazo juntas" (1).

---

(1) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, "Guías en Salud Sexual y Reproductiva; Cap. Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio"; Uruguay, MSP, 2008

En la Policlínica donde se realiza la investigación no existe una referencia y contra referencia entre el seguimiento del Programa Aduana y el control ginecológico, lo cual no favorece al control puerperal oportuno y prevención de sus complicaciones.

Es importante conocer los factores que influyen en la ausencia del control puerperal, para poder adecuar los recursos y acciones que favorezcan dicha concurrencia; y satisfagan las necesidades e intereses de la población.

Durante el proceso de búsqueda que vive el adolescente, este ensaya múltiples roles que por momentos son conflictivos, para alcanzar luego un nuevo equilibrio, donde en múltiples ocasiones requieren un espacio de reflexión y orientación en aspectos de su vida cotidiana (2).

Todos los cambios propios de la adolescencia predisponen a una mayor situación de vulnerabilidad. Estas adolescentes enfrentan otro gran desafío que es la maternidad, siendo esta una situación que involucra a la joven madre y al medio social inmediato (familia, entorno). Comprende profundos cambios fisiológicos, anatómicos y psicosociales con incremento de la emotividad.

Existen características de la mujer adolescente que la diferencia de la mujer adulta. Una característica de la niñez y de la adolescencia es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos, lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo. Generalmente tienen menos información sobre el proceso del embarazo, parto, puerperio y crianza, por lo que se les deberá brindar toda la información lo más clara posible y extremar los cuidados de enfermería en este grupo etario.

---

(2) Dulanto, Enrique; "El Adolescente"; 1ª Ed., Mexico, Editorial MC Graw-Hill Interamericana, año 2000

Consideramos esencial en un servicio de primer nivel la realización de actividades preventivas, de detección precoz de problemas y educación sanitaria. Destacamos la importancia de la asistencia de enfermería profesional fomentando y promoviendo la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Generalmente el embarazo no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En el Uruguay, año 2007, el embarazo adolescente creció el 3% en poco más de dos años, representa 1/5 de todos los partos en el país, con un alto porcentaje ocurrido en el sub-sector público (relación 80/20). Hoy alcanza al 26% de los partos en el Pereira Rosell. Uno de cada cuatro niños que nace en el referido hospital es hijo de madre adolescente. De esas madres, siete de cada diez eran embarazos no deseados, ni planificados, ni ellas buscaron quedar embarazadas. De ellas, 30% vuelven a ser madres antes de cumplir los 18 años (3).

"Ante esta situación, con tendencia a agravarse, cabe preguntarse cuál debe ser la estrategia y planificación que el equipo multidisciplinario de salud debe desarrollar para disminuir esta problemática" (4).

La educación sexual, fundamentalmente la amplia y clara difusión de métodos anticonceptivos, parece ser la mejor política preventiva. Asimismo, el Reglamento de Enseñanza Secundaria contempla estas situaciones, otorgando amplias facilidades a las embarazadas, y luego madres, adolescentes. Sin embargo, los resultados indican que no es suficiente: la información existe, pero no existe la formación.

(3) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, "Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género"; Uruguay, MSP, 2007

(4) Ciasullo Jorge Embarazo adolescente (Sede Web) Uruguay Año 2007 <http://www.uruguayinforme.com/news/19102007/19102007>

Por otra parte, es evidente que el mayor porcentaje de embarazos adolescentes ocurre en los segmentos poblacionales más pobres y vulnerables de la sociedad. En esas familias, que en su mayoría viven en asentamientos, existe una confusión o desdibujo de los roles, o si existe, es débil o mal definida. Ello afecta a una adecuada transmisión de valores. Con padre ausente o desconocido, la primera prioridad en la familia es cubrir en el día las necesidades urgentes básicas e inmediatas y, en consecuencia, es difícil que exista planificación alguna.

Por otra parte, en esos segmentos sociales, la madre adolescente queda al margen del sistema escolar: 80% de las que concurrían a centros educativos abandona sus estudios, no completando la enseñanza secundaria, lo que reduce sus oportunidades de cursar carreras de su elección. De estas adolescentes, un 79% no están integradas a la actividad económica, perpetuando, así, el ciclo de pobreza (5).

Las estadísticas que comentamos sirven como muestra de una realidad, pero sobre esa base es que deben planificarse acciones concretas.

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso. Por estas razones consideramos de interés centrar nuestro estudio en esta franja etaria, con el fin de conocer las características de las mismas.

---

(5) Clasifio Jorge Embarazo adolescente (Sede Web) Uruguay Año 2007 <http://www.uruguayinforme.com/news/19102007/19102007>

## MARCO TEÓRICO

Existen definiciones básicas para el desarrollo del trabajo de investigación: **Proceso Salud-Enfermedad** (1) “es el 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 las políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”.

“**El Hombre** (2) es un ser biosicosocial, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades, que emergen de lo social y psicológico aun cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del Hombre.”

El presente trabajo se realiza en una policlínica en el marco del **Primer Nivel de Atención** (3), es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada, y que deben ser accesibles a la población. Las actividades que se realizan son de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, con acento en la participación activa de la población. En el mismo se incluyen las policlínicas y centros de salud.

---

(1) (2) INDE Plan de Estudios 93

(3) Planificación Local Participativa, Mitología para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. OPS, 1999

La APS debe ser la base del sistema de salud, su estructura física son los centros de atención primaria, con un equipo interdisciplinario responsable de atención.

Dentro del primer nivel de atención es importante mencionar el concepto de prevención y promoción. **Prevención** (4) es el producto de estudio epidemiológico sobre la causalidad de la salud y la enfermedad; conociendo la historia social de la enfermedad, la epidemiología puede proponer medidas y técnicas para prevenir la enfermedad y para promover la salud.

La **promoción** (5) se define como la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Tomamos como referencia el concepto de **Atención Primaria en Salud** (6). El concepto tradicional se recoge de la conferencia del Alma Ata 1978 que señala: "Es la Asistencia Sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación".

---

(4) (5) "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas", OPS-OMS; 1991

(6) Conferencia Alma-Ata (1978)

Actuaremos desde el punto de vista de *Enfermería Comunitaria* (7), entendiendo por tal " el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee conocimientos, habilidades técnicas así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan o en las instituciones sanitarias como fuera preciso desde una concepción del enfermero/a como miembro del equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo capacidades de participación y creación de los propios involucrados".

De acuerdo a los objetivos planteados para la investigación, tomamos como referencia la *Teoría en Enfermería de Dorotea Orem* (8), prestigiosa Enfermera Teorista, creadora del modelo de Enfermería que lleva su mismo nombre. El motivo por el cual citamos dicho modelo es por su estrecha relación con el tema de nuestra investigación dado que consideramos al autocuidado como una conducta fundamental que debe tener la población en la cual se centra el estudio. Dentro de la trayectoria de Orem como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

---

(7) Umpiérrez, G., Arada A., "Introducción a la Enfermería Comunitaria", Montevideo, año 2003

(8) Orem, Dorotea; "Conceptos de Enfermería en la práctica" Modelo de Orem; Editorial Masson- Salvat, año 1993

Orem define su modelo como una teoría general de Enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

1 – TEORÍA DEL AUTOCUIDADO: Explica el concepto de Autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. "El Autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientadas hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas hacia los demás o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

2 – TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

3 – TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA: En ella se explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

\* Sistemas de enfermería totalmente compensadores – La enfermera suple al individuo.

\* Sistemas de enfermería parcialmente compensadores – El personal de enfermería proporciona autocuidados.

\* Sistemas de enfermería de apoyo – La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado pero que no podrían hacer sin esta ayuda. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Es importante destacar que para realizar la investigación tuvimos en cuenta el **Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género**, el cual nos aportó herramientas para llevarla a cabo. El propósito de dicho programa es contribuir a la resolución de las inequidades presentes en la salud de la población, tendiendo a que tanto mujeres como hombres logren ejercer sus derechos ciudadanos de salud, libre y responsablemente.

Los objetivos que el programa se plantea son:

- Promover entre las mujeres la educación para la salud, garantizando el ejercicio de los derechos ciudadanos y contribuyendo al desarrollo de comunidades saludables.
- Crear o adecuar los espacios de atención y promoción de la salud, actualizando normas y contribuyendo a la actualización de leyes y decretos.
- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las mujeres, relacionada con factores dependientes del embarazo, parto, puerperio y abortos en condiciones de riesgo;
- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de mujeres y hombres relacionada al cáncer en general y genitomamario en particular.
- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las mujeres, relacionada con la violencia doméstica.
- Contribuir a la reducción del daño a la salud mental de las mujeres relacionada con la sobreexigencia y la inequidad de los roles tradicionales.

Las estrategias a trabajar en el programa son:

- Participación de mujeres y varones
- Promoción de la salud
- Prevención en sus tres niveles
- Coordinación interinstitucional
- Cooperación internacional
- Aplicación de la perspectiva de género
- Participación de los varones.

El Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género hace referencia al concepto de *Salud sexual y reproductiva* (9) como "un estado de completo bienestar físico, mental y social en todas las áreas concernientes al sistema reproductivo, sus funciones y procesos, y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad; la salud reproductiva indica, por consiguiente, que la persona pueda tener una vida sexual segura y satisfactoria teniendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir sobre cuándo y cuántas veces debe hacerlo.

Los derechos sexuales y reproductivos han sido incluidos por las Naciones Unidas dentro de los derechos humanos básicos. Estos comprenden el derecho a decidir libre e informadamente el tener o no relaciones sexuales, cuándo tenerlas, con quién tenerlas, si tener o no hijos a partir de las mismas y, en caso afirmativo, decidir el intervalo entre embarazos. Para eso es necesario garantizar el acceso a la información adecuada que permita ejercer la sexualidad saludablemente, al igual que el acceso a un servicio de salud de calidad.

---

(9) OMS y Conferencia de Población y Desarrollo realizada en el Cairo 1994 (CIPD, 1994)

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) coinciden en que dichos programas son imprescindibles para disminuir la mortalidad materno infantil y las altas tasas de abortos provocados que comprometen la fecundidad futura y la salud en general. Otros de los objetivos de los programas de salud sexual y reproductiva son: disminuir las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA; estimular y favorecer los períodos intergenésicos (entre partos) adecuados para la salud de la mujer y de sus hijos; proveer de orientación a las personas con problemas de fertilidad.

Dicho programa se refiere al **Género** (10) que, como el elemento constitutivo de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, es una construcción social e histórica; a partir de símbolos, normas e instituciones, las sociedades definen modelos de masculinidad y feminidad así como patrones de comportamiento específicos y diferenciados según el sexo; de esta manera el género delimita campos de acción para cada sexo en el que se construye la subjetividad de la persona; es una construcción social impuesta a un cuerpo sexuado.

Nuestra población objetivo son usuarias adolescentes en periodo de puerperio tardío. Definimos **adolescencia** (11) como el período de transición entre la infancia y la edad adulta; un período de maduración física, cognitiva, social y emocional, mientras el niño se prepara para ser hombre y la niña para ser mujer. Sus límites precisos son difíciles de definir, pero normalmente se considera que comienza con la aparición gradual de los caracteres sexuales secundarios, alrededor de los 11 ó 12 años de edad, y que finaliza con el cese del crecimiento corporal a los 18 ó 20 años. Literalmente significa “crecer hacia la madurez” y, por lo general, se entiende como el proceso psicológico, social y de maduración iniciado por los cambios de la pubertad.

---

(10) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, “Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género”: Uruguay, MSP, 2007

(11) *Whoye y Wong: Enfermería pediátrica*; Ed. Mosby/ Doyma Libros; 4ª Ed.

La adolescencia es un periodo de la vida que presenta desafíos especiales de adaptación. Con el ímpetu de sus cambios internos y las presiones de la sociedad, los niños deben progresar hacia la independencia emocional de sus padres, considerar proyectos de independencia económica y aprender el significado de una relación heterosexual más íntima.

En la adolescencia se va definiendo el ser humano en sociedad, con una determinada identidad sexual, familiar y laboral. La adolescente crece en una sociedad donde se espera de ella determinadas cosas por ser mujer.

En este período crítico se alcanza la madurez biológica y sexual, y con ello la capacidad de reproducción. También se abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en el medio adulto. A la madurez biológica se la conoce como pubertad, en tanto al largo período que sigue para encontrar la madurez emocional y sexual se le denomina adolescencia.

La adolescencia es un momento socio-histórico, es un proceso de tránsito determinado por varios factores: la vida familiar, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el mundo social para la puesta en práctica de normas y límites que forman la base educativa y explican la experiencia de vida comunitaria, y las condiciones económicas y políticas que imperan en la generación que pasa por la experiencia de ser adolescente.

El efecto de la aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro, de un país a otro y de una cultura a otra. A los adolescentes se les debe entender como el producto de su época, de la cultura donde viven, de su historia personal (infancia y pubertad) y del ambiente donde se gesta el proceso.

Ingersoll (12) considera al adolescente como una unidad biosicosocial en evolución, y plantea una visión holística sobre la adolescencia, "período de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos".

En la adolescencia, se produce angustia, inseguridad, soledad e inestabilidad. Todo ello impide la tranquilidad mental y espiritual de quien experimenta el proceso en forma individual o en grupo. Así, la inestabilidad que los jóvenes viven tendrá que exteriorizarse lo cual genera diferentes conductas que pueden ser vistas y calificadas según los diferentes sectores de la sociedad.

Los adolescentes tienen conductas que manifiestan abierta confianza en sí mismos, establecen buenas relaciones con los pares, son leales en las relaciones afectivas, tienen capacidad de adaptación al grupo y viven en armonía con la mayoría de los pares en vez de crear conflictos. Tienen y desarrollan cada vez mayor autoestima, esta les proporciona confianza y permite el desarrollo de una conducta segura, abierta y participativa con la familia y la sociedad; ellos son optimistas respecto al futuro. También es común que varíen de preferencia o cambien de parecer en relación con lo que minutos antes deseaban llevar a cabo o con quien deseaban compartir o con aquello que decían creer. El grupo adolescente vive una serie de pequeñas y grandes crisis que abarcan cuerpo, emoción y adaptación social, todo ello es producto de la propia situación evolutiva y es una consecuencia de la interacción con el medio que le contiene, estas influencias van conformando su identidad y la estructura de su personalidad.

---

(12) Dulanto, Enrique; "El Adolescente"; 1º Ed., México, Editorial MC Graw-Hill Interamericana, año 2000

Horrocks (13) opina que son 6 los puntos de referencia a los que hay que dar mayor importancia en el crecimiento y desarrollo del adolescente:

- 7) La adolescencia es una época donde el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos ramificados del yo, en comparación con la realidad y trabaja gradualmente hacia la autoestabilidad que caracterizará su vida adulta. Durante este período, el joven aprende el papel personal y social que con más probabilidad se ajustará a su concepto de sí mismo, así como a su concepto de los demás.
- 8) La adolescencia es una época de búsqueda de estatus como individuos; la sumisión infantil tiende a emanciparse de la autoridad paterna y para lograrla existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en las que el adolescente queda subordinado debido a su inferioridad en edad, experiencia y habilidades. Es el período donde surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y se lucha por la independencia económica.
- 9) La adolescencia es una etapa donde las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia. En general el adolescente está muy ansioso por lograr estatus entre los de su edad y el reconocimiento de ellos; desea conformar sus acciones y valores estándar a los de sus iguales. También es la época en la que surgen los intereses heterosexuales que pueden hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.
- 10) La adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también es idiosincrásica del individuo. En esta etapa se producen rápidos cambios corporales, se revisan los patrones motores habituales y la imagen del cuerpo. Durante este tiempo se alcanza la madurez física.

---

(13) Dulanto, Enrique; "El Adolescente"; 1ª Ed., México, Editorial MC Graw-Hill Interamericana, año 2000

11) La adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencia académica. La persona encuentra que debe ajustarse a un creciente número de requisitos académicos e intelectuales. Se le pide que adquiera muchas habilidades y conceptos que le serán útiles en el futuro pero que a menudo carecen de interés inmediato. Es una época en que el individuo adquiere experiencia y conocimiento en muchas áreas e interpreta su ambiente a la luz de esa experiencia.

12) La adolescencia tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores. La búsqueda de valores de control, en torno a los cuales la persona pueda integrar su vida, se acompaña del desarrollo de los ideales propios y la aceptación de la propia persona en concordancia con dichos ideales. Es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad.

La adolescencia está marcada intensamente por la cultura y el medio socio-económico que dictan las pautas de vida en cada comunidad para cada generación de adolescentes. Constituye la puesta en escena de un ser que emerge con características propias y como resultado de la integración de la vida biológica, psíquica y social que experimentó en la infancia, la cual se ha matizado con los intensos tintes impuestos por la cultura regional.

Esta etapa es de naturaleza heterogénea y resulta muy difícil convertirla en un fenómeno homogéneo, por lo que solo se pueden presentar sus características universales y señalar los hechos y actitudes esperadas o describir el fenómeno de manera general. El desarrollo físico, intelectual, emocional, afectivo, espiritual y social no es sincrónico y uniforme; se da en diferentes tiempos para cada uno, aunque comparten la misma oportunidad en el mismo momento del desarrollo humano.

## **SUB ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

Adolescencia Temprana: Abarca de los 11 a los 14 años de edad y corresponde al período de la educación secundaria.

Adolescencia Media: Se extiende de los 15 hasta los 17 años de edad y equivale al período de bachillerato o a la educación media superior.

Adolescencia Tardía: Comprende de los 18 a los 20 años de edad y corresponde a la educación universitaria.

Es importante destacar que las etapas se superponen y, como en todo lo relativo a la maduración biosicosocial humana, no es conveniente sostener el concepto de que cada etapa conlleva de manera rígida las características establecidas en las áreas de desarrollo correspondientes. Cada persona tiene y necesita distintos tiempos para satisfacer las expectativas de su propio desarrollo; esto se denomina “momento”.

En cada subetapa hay metas para lograr y tiempo para acceder a ellas, si no se aprovecha el tiempo después se vuelven difíciles. “Las metas se corresponden con actitudes, conocimientos y funciones que el individuo debe adquirir y hacer crecer en cierto momento de su vida. En esta adquisición intervienen la maduración física, los anhelos sociales y los esfuerzos personales”.

Cuadro que vincula las subetapas del desarrollo adolescente a ciertas tareas evolutivas relacionadas con las áreas emocionales, sociales y cognitivas según Ingersoll:

Sub etapa	Área emocional	Área cognitiva	Área social
A. Temprana	Adaptación al nuevo esquema corporal. Adaptación al seguimiento de la sexualidad.	Pensamiento concreto. Primeros conceptos morales.	Interés firme en los pares.
A. Media	Establecimiento de la separación emocional de los padres.	Aparición del pensamiento abstracto, expansión de las actitudes verbales, moralidad convencional, adaptación al aumento de las demandas escolares.	Aumento de las conductas de riesgo para la salud. Interés heterosexual por los pares. Aparición de los primeros planes vocacionales.
A. Tardía	Establecimiento de un sentido personal de la mayor separación de los padres.	Desarrollo del pensamiento abstracto complejo. Aparición de la moral pos convencional.	Aumento del control del impulso, identidad. Comienzo de la autonomía social. Establecimiento de la capacitación vocacional.

## ***Adolescencia Temprana***

La preocupación principal en la adolescencia temprana gira en torno a los cambios rápidos que surgen en la constitución física y van delineando una nueva silueta corporal. La calidad y expresión de los cambios físicos producen inquietud y dudas respecto de su índole normal o anormal.

En un intento por adquirir un poco de seguridad y tranquilidad comparan sus cuerpos con los de otros compañeros y al mismo tiempo pasan horas contemplándose, descubriéndose frente al espejo y en otras prácticas, como el ensayo de diferentes arreglos personales.

Surge una curiosidad firme y creciente por saber acerca de la anatomía sexual y el tamaño normal de senos, testículos y pene. Aparece una ansiedad notoria en torno a las características y el significado de la menstruación, las poluciones nocturnas y la masturbación.

La separación emocional respecto de sus padres se inicia de manera casual e imprecisa, más que como un propósito consciente o con una conciencia de fines. El deseo de independencia o de iniciar conductas de oposición y rebeldía en contra de la autoridad aparece de manera súbita.

Es la época en la que se establecen relaciones frías y distantes, muchas veces por medio de un lenguaje en clave y contestaciones en monosílabos.

Los adolescentes con frecuencia experimentan sentimientos de soledad y cierta melancolía. A menudo confiesan que no saben qué hacer con su tiempo y a la vez tiene ansias de hacer muchas cosas y la motivación de conocer otras por primera vez. Muchos relatan su deseo de no causar problemas a sus padres o mantenerse en polémica, pero sienten a su vez un deseo de ser descorteses, ariscos o rebeldes. Les preocupa el no tener ya la confianza en sus padres, así como las dudas en torno a estos y otros adultos de los cuales dependían.

El adolescente tiene carácter irritable y humor cambiante, y con frecuencia se separa de los padres aunque los necesite. En su grupo de amigos descubre un fuerte apoyo por iniciar su aparición en el escenario social y por ello en algunos casos estos grupos de pertenencia forman una familia alterna, sobre todo cuando los integrantes provienen de familias disfuncionales. Se llegan a formar círculos de interacción emocional muy fuertes

La adolescencia temprana es la etapa en la que se crean rivalidades increíbles con los grupos del mismo sexo o del opuesto, pero también es la época de idealización de los amigos y del apasionamiento por ellos.

Inician una fase de exteriorización de ternura y emociones primero con amigos del mismo sexo. El contacto y las relaciones de amistad con el sexo opuesto son ocasionales y se dan dentro del mismo grupo de camaradas.

Aparece el interés por aprender y reflexionar, sobre todo entre los jóvenes que cuentan con el apoyo y la orientación adecuada de adultos; se manifiestan las primeras operaciones mentales de tipo formal. Es notorio el cambio del adolescente por tener por primera vez un gran interés en sí mismo y preocupación y voluntad de razonar acerca de problemas personales, familiares, escolares y relativos a los amigos íntimos.

El adolescente trata de erigirse en autoridad propia y con frecuencia reta a la autoridad auténtica de la familia y escuela con el afán de definirse a sí mismo. Empieza a crear un espacio más privado y con mayor intimidad para sí. Algunas situaciones antes no conflictivas pueden convertirse en motivo de problema grave o de rivalidad con los miembros de la familia.

Una forma de polémica con los padres es hacer referencias y proponer discusiones o diálogo acerca de la vocación con ejemplos idealizados.

Algunos inician el desarrollo de sus propios valores, lo cual implica un ejercicio dialéctico para crear controversia con la autoridad y entonces conocer las opiniones de esta acerca de ellos mismos.

Los adolescentes se caracterizan por ser muy impulsivos y para mostrar su independencia; inician conductas de riesgo para parecer temerarios.

Según Dulanto aumenta el grado de fantasía, los adolescentes tienden a "soñar" despiertos durante lapsos prolongados; a través de las fantasías se descubren a sí mismos, aprenden a tener auto comunicación, y se inventan y reinventan a sí mismos en busca del aprendizaje de ir "juntando sus recuerdos infantiles con sus experiencias y descubrimientos recientes, reuniendo sus diferentes identidades".

Experimentan gran ambivalencia (dependencia-independencia); van de un extremo al otro con su autoconcepto y el aprecio de sí mismos.

### **Adolescencia media**

La mayoría ha logrado la transformación de la silueta corporal; la preocupación del cuerpo no desaparece del todo y puede reconocerse el esfuerzo por convertirse en una persona atractiva, el cuidado esmerado por estar a la moda, escoger la ropa y ocuparse en el arreglo personal. Para los jóvenes la apariencia física es la mejor tarjeta de presentación y hacen lo imposible para lograr pertenencia a ciertos grupos diversos.

Los jóvenes se obsesionan por el ejercicio físico como resultado de la necesidad de poseer un cuerpo excepcional que les ayude a satisfacer sus expectativas de reconocimiento.

Los sentimientos y el deseo de compartirlos con los amigos se acentúan y crecen. El grupo de pares es básico para considerarse con valía y aceptación. Presentan desinterés por la familia. El adolescente pasa más tiempo con los pares y aumenta la ausencia dentro del núcleo familiar. Esto provoca que los padres experimenten conflictos de relación y sentimientos más agrios que afectan de manera considerable el vínculo con sus hijos.

El adolescente se obstina por pertenecer a un grupo determinado, en el afán de ser reconocido. La necesidad de identidad grupal crece de manera desmedida en muchos casos y se dan con facilidad y sin restricción las conversiones a la subcultura del grupo con el cual se vinculan; suelen aceptar los valores y las prácticas de sus amigos sin cuestionarlos.

Aparece una disposición manifiesta hacia la relación social y afectiva de índole heterosexual. Se dan los ensayos de noviazgos, citas, preferencias hacia pares del sexo opuesto y es la época más frecuente de la iniciación en el coito.

Desde el punto de vista cognitivo, la capacidad de abstracción y el razonamiento se amplían de manera notable; desarrollan gran capacidad y crecen en el poder de respuesta al trabajo escolar; aumenta la facultad intelectual y la creatividad.

Existe un nuevo cambio llamado “moral convencional”, se refiere a la asunción de valores en la práctica de su comportamiento.

El desarrollo de la identidad se acrecienta por la capacidad de apertura a crear, apreciar y valorar nuevos sentimientos. También comienza el desarrollo de la capacidad para entender los sentimientos de los otros.

Las pretensiones vocacionales no son tan idealizadas y bajan al plano de la realidad. Se reconocen las limitaciones y falta de capacidades personales; en función de la personalidad y el carácter del joven, esto produce una enorme gama de reacciones que incluyen desde la frustración hasta sentimientos de pérdida de autoestima, y en algunos casos conductas de abandono. El tipo de respuesta por lo general se relaciona con el autoconcepto y las expectativas personales o familiares.

En la adolescencia media se vive una etapa propensa a experimentar y desarrollar el sentimiento de omnipotencia que lleva a muchos jóvenes a adoptar un comportamiento de alto riesgo. En función del estilo de vida y el núcleo de pares, suelen presentar conducta antisocial, posibilidad de accidentes, alcoholismo, drogadicción y contactos sexuales frecuentes que pueden conducir a embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Son de gran importancia los programas preventivos en los campos escolares, de esparcimiento y recreación donde se congregan los adolescentes, con gran beneficio personal y social.

### ***Adolescencia tardía***

La preocupación por el cuerpo y la apariencia personal desaparecen del plano de los grandes problemas.

La autonomía e independencia personales están en vías de lograrse por completo.

Aparece la conducta conciliatoria con los padres y los adultos, y se manifiesta en una tendencia a la adaptación nueva del diálogo sereno y la atención de sugerencias y consejos. En general las relaciones con los padres son ya armónicas a pesar de la separación intensificada; pero el encuentro con la identidad también crece en un claro sentido personal. Sin embargo los jóvenes con mucha problemática familiar o personal presentan una resistencia clara a aceptar responsabilidad y reflejan conductas de negación al crecimiento, presentan falta de disposición para mantener relaciones responsables y rechazo a vincularse con afectividad en actividades comunes a los adolescentes, relativos a líneas de trabajo, estilo de vida y relación social.

En el área cognitiva, el desarrollo de pensamiento abstracto es cada vez más grande y permite a los jóvenes establecer diversos compromisos más complejos y de mayor responsabilidad. Esto les permite disfrutar sus diversas cualidades, destrezas y aptitudes. Afirman y definen su vocación. La entienden ya como parte del proyecto de vida.

En la adolescencia tardía aparece la moral posconvencional. Los valores de los jóvenes son ya el producto de una meditación, así como la expresión de ser de sí mismos y del grupo al que pertenecen. Definen sus valores con convicción y se sienten más seguros y firmes en la vivencia de los mismos, ya sean de carácter moral, cultural o éticos.

En esta etapa aprenden con más asertividad a tomar decisiones, establecen sus perspectivas del futuro, confían más en sus planes y logran delinear proyecto de vida con mayor firmeza.

Suelen manejar el tiempo para sus diversos compromisos con mejores rendimientos. Tienen la capacidad y desean comprometerse libremente, y ponen en ello voluntad, interés y empeño.

En este estadio del proceso de desarrollo, el ser humano ya es capaz de auto imponerse e imponer limitaciones en sus relaciones y estilo de vida. También percibe convencido que la autoridad permite desarrollar la vida con libertad, posibilidades de realización y seguridad.

El *puerperio* (14) es el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado preconcepcional; arbitrariamente se ha definido una duración de 40 a 60 días. Desde el punto de vista clínico podemos distinguir entre Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 horas posteriores al parto; Puerperio Precoz: comprende desde el día uno hasta el día diez después del parto; Puerperio Tardío: se extiende desde el día once después del parto hasta el día cuarenta y dos, una de las complicaciones más importantes que puede suceder en este periodo son las infecciosas; Puerperio Alejado: a partir de los cuarenta y dos días hasta los sesenta (la versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades lo ha alargado hasta los 364 días cumplidos).

La importancia clínica fundamental en este periodo reproductivo es acompañarlo asistiendo a sus modificaciones normales, aprovechando también esta instancia para educar a la madre y su entorno para el mejor transcurso del puerperio y la crianza del recién nacido, sin perder de vista las posibles complicaciones que suelen ocurrir, para detectarlas y tratarlas precozmente.

El puerperio normal se caracteriza porque en él se produce en la esfera genital y general, la involución de las modificaciones a las que se asistió durante el embarazo (peso corporal, piel, sistema circulatorio, etc.). Al mismo tiempo se asiste al desarrollo complementario de la glándula mamaria para la lactancia.

---

(14) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, “Guías en Salud Sexual y Reproductiva; Cap. Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio”; Uruguay, MSP, 2008

Dentro de las modificaciones de la esfera genital se produce:

- La involución uterina, donde en los primeros 9 a 12 días el útero es todavía un órgano abdominal; después se convierte en un órgano pelviano. Desciende de 1 a 2 centímetros diarios en los primeros días. Al quinto o sexto día se encuentra en la línea media entre pubis y cicatriz umbilical, y del noveno al decimosegundo día se ubica en la excavación pélvica. Progresiva y rápidamente, el cuello de útero, en los primeros 5 a 6 días va recuperando su forma y longitud, alcanzando al décimo día aproximadamente su anatomía normal.
- Derrame loquial, producto de la descamación endouterina de consistencia gelatinosa compuesta por sangre que emana de la herida placentaria, restos tisulares de la decidua y células descamadas de todo el trayecto genital de cantidad y duración variables. Sus características varían evolutivamente hasta su desaparición, siendo: en las primeras 48 horas abundantes y sanguinolentos; del día 3 al 7 son de moderada cantidad y serosanguinolentos; y del día 8 al 15 la cantidad es cada vez menor hasta desaparecer y seroso en cuanto a su característica.
- Entuertos o contracciones espasmódicas uterinas dolorosas, que aparecen en los 3 primeros días de puerperio coincidiendo con un escurrimiento vulvar de sangre y coágulos. Más frecuente en multiparas. La succión del recién nacido durante la lactancia los exacerba.
- Modificaciones vulvovaginales, con la retracción de las paredes vaginales recuperando tono y dimensiones previas. Progresivamente disminuye la congestión vulvar y se recupera su coloración previa al embarazo, mientras que los restos del himen desgarrados se retraen.

- Modificaciones mamarias que finalizan durante el puerperio para la lactancia, a cuya preparación anatómica y fisiológica se asistió durante el mismo embarazo. En los primeros días la secreción característica es el calostro, dando paso entre el día 2 y el 4 a la secreción láctea.
- Reiniciación de los ciclos menstruales, variables para cada mujer y relacionados íntimamente con la duración de la lactancia.

Durante el embarazo se producen un conjunto de transformaciones en el organismo materno que responden a adaptaciones anatómicas y fisiológicas secundarias al embarazo.

Es durante el puerperio donde se asiste a la regresión total o parcial de dichas modificaciones. Si bien la función de los sistemas fisiológicos mayores se recupera integralmente, en otros la regresión en las modificaciones no son totales, como por ejemplo la del metabolismo pigmentario.

El control ginecológico a desarrollar en las puérperas es fundamentalmente clínico y comprende un cuidadoso interrogatorio así como un examen general, centrado en los siguientes "polos":

- Polo cutáneo mucoso: Estado de hidratación y coloración.
- Polo mamario: Aptitud para la lactancia y secreción láctea.
- Polo abdominal: Involución uterina y consistencia del útero.
- Polo genital: Derrame loquial (características y cantidad) y episiotomía (si la hay).

El Puerperio patológico es en el que se producen complicaciones:

- Complicaciones hemorrágicas que se clasifican en precoces y tardías, según su momento de aparición. Hemorragias precoces son las que ocurren en la primera semana del puerperio. Sus causas etiológicas más frecuentes son: desgarros espontáneos o secundarios a maniobras en el canal del parto o del útero; retención de restos ovulares y placentarios; atonía uterina; y alteraciones de la crisis sanguínea.

Las hemorragias tardías, ocurren luego de la primera semana del puerperio. Las etiologías involucradas más frecuentes son la retención de restos placentarios y endometritis.

- Complicaciones infecciosas dado a que el lecho placentario, el derrame loquial y la no recuperación de las barreras anatómicas que protegen el aparato genital de infecciones transforman a este en un medio de cultivo especialmente enriquecido para el desarrollo de gérmenes. Es importante una correcta higiene genital que mantenga al mismo en ausencia de procesos infecciosos.

Se clasifican en:

Infecciones locales, a nivel de la vulva, vagina y cuello que pueden ser benignas de fácil control, siendo la más frecuente la infección de la episiotomía. Endometritis.

Infecciones regionales, como parametritis, anexitis, pelvi peritonitis.

Infecciones generalizadas, sepsis puerperal (actualmente poco frecuente).

- Complicaciones tromboembólicas que ocurren luego del 1% de los partos espontáneos y luego del 2-5% de las cesáreas. Involucran los sistemas venosos superficial y profundo, y pueden manifestarse como una flebotrombosis, una tromboflebitis o hasta un tromboembolismo pulmonar. El mecanismo patógeno común es la tríada de Virchow (lesión endotelial, estasis e hipercoagulabilidad).

La lesión de la pared vascular se ve incrementada en partos instrumentales y la posición prolongada en los estrijos. La estasis venosa se ve favorecida por la inmovilización, la anestesia y el reposo absoluto. A todo ello se agrega un estado de hipercoagulabilidad fisiológica inherente al propio embarazo. Las formas clínicas más frecuentes son: tromboflebitis pelviana (afecta venas uterinas o pelvianas, sus síntomas aparecen entre el tercer y quinto día posparto), tromboflebitis en miembros inferiores (es la clásica flegmiasia alba dolens), tromboflebitis complicada con embolia a distancia (T.E.P).

- Complicaciones mamarias de estirpe infecciosa, siendo la puerta de entrada más frecuente las grietas del pezón. Los factores que predisponen son el aumento de la temperatura mamaria, la propia secreción láctea que oficia como medio para desarrollo de gérmenes y se agrava cuando se prolonga el estasis de secreción láctea en los galactóforos. Los gérmenes involucrados más frecuentes es *Saureus*, presente en la orofaringe del lactante o en la piel de la propia madre. Sus presentaciones clínicas son mastitis aguda puerperal y absceso mamario.
- Complicaciones psiquiátricas. El puerperio es un período de labilidad emocional especial de la paciente que la torna susceptible a alteraciones patológicas de la conducta, siendo las complicaciones más frecuentes la depresión posparto (hasta un 50% de las púerperas) y psicosis puerperal (1 en 400 partos).

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Tipo de estudio**

La investigación que realizamos es descriptiva, de corte transversal.

### **Universo y Muestra**

El universo está compuesto por todas las mujeres entre las edades 11 y 20 años, independientemente del número de hijos nacidos vivos, que controlan a sus hijos en la policlínica de la IMM de la zona oeste y que no concurren al primer control puerperal en el período de tiempo comprendido entre el 1º de octubre al 31 de octubre de 2009. La muestra se corresponde con el universo.

### **Criterios de inclusión**

- Mujeres de edad entre 11 y 20 años.
- Mujeres con hijos que pertenecen al Programa Aduana, y que se controlan en el Centro de Salud.
- Mujeres que no concurren al primer control puerperal.
- Mujeres que dieron su consentimiento para la participación en la investigación.

### **Método e instrumento de recolección de datos**

La fuente de información fue la propia usuaria.

La población objetivo fue captada en la sala de espera del Servicio de Pediatría en el momento que concurrieron al Centro de Salud para el control de su hijo.

Para obtener la información, se realizó entrevista estructurada semi abierta directa a través del diálogo con la usuaria. La extracción de datos fue sistemática y se utilizó para ello un instrumento estandarizado para medir las variables en estudio. El mismo estuvo compuesto por un cuestionario que incluyó las variables a trabajar.

Esto se llevó a cabo por las cinco estudiantes que realizaron la investigación, se concurrió los días martes, jueves y viernes en los horarios matutino y tarde, debido a que estos días se realizan las consultas pediátricas.

La muestra se dividió en dos grupos (11 a 15 años y 16 a 20 años) dado que es un rango de edad muy amplio para tomarlo en su totalidad; cada grupo presenta características propias de la etapa de la adolescencia en la que se encuentra.

La tabulación y el procesamiento de los datos se realizaron a través de análisis univariado, tablas de frecuencia y gráficos presentando las variables utilizadas.

## **Etapas en la recolección de la información**

**B- Autorización:** se realizó una carta solicitando autorización, dirigida a las autoridades de la Policlínica donde se llevó a cabo el estudio, luego de haber sido aprobado el protocolo de investigación.

**B- Área de estudio:** El estudio que realizamos se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay, departamento de Montevideo, barrio La Teja, Policlínica de la IMM de la zona oeste, Servicio de Pediatría.

**C- Tiempo:** Cronograma de Gantt.

**D- Recursos Humanos:** Cinco estudiantes cursando el Segundo Módulo perteneciente al Cuarto Ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

**-Recursos físico-institucional:** Policlínica de la IMM de la zona oeste.

**-Recursos materiales y presupuesto:** Papelería (libros, hojas, lapiceras, fotocopias, carpetas, cuadernolas, impresiones, encuadernación), equipos (computadoras, impresoras, CD, teléfono), locomoción (bofetos urbanos), extras.

**E- Presentación del instrumento de recolección de datos:** Con el propósito de asegurar el cumplimiento del plan de recolección de datos y garantizar su validez y confiabilidad del estudio, se presentó el formulario de investigación a la docente tutora, estando el mismo sujeto a la evaluación y corrección.

**F- Proceso:**

Las actividades fueron distribuidas entre los integrantes del grupo que llevaron a cabo la investigación, respetando las necesidades de la misma.

Se realizaron los días martes, jueves y viernes en los horarios matutino y tarde. Estuvieron dirigidas a recabar información a través de la entrevista estructurada semi abierta directa entablando un diálogo con la usuaria.

**G- Plan de tabulación y análisis:**

Los resultados obtenidos de la investigación, están representados a través de tablas y gráficas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual. Se analizaron los datos discriminando dos grupos poblacionales, uno integrado por usuarias adolescentes de 11 a 15 años y el otro grupo de 16 a 20 años, que no asisten al primer control puerperal.

## **Definición y Operacionalización de Variables**

### **Edad**

Definición conceptual: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Clasificación: variable cuantitativa.

Definición operativa:

- 11-15 años
- 16-20 años

### **Motivo de la no concurrencia al primer control puerperal**

Definición conceptual: Motivo referido por la usuaria por el cual no concurreó al primer control puerperal.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- motivos manifestados por la usuaria.

### **Nivel de Instrucción**

Definición conceptual: Se refiere a la cantidad de años de educación formal cursados hasta la fecha.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- primaria completa
- primaria incompleta
- secundaria completa
- secundaria incompleta
- terciaria incompleta
- UTU completa
- UTU incompleta

### **Estado Civil**

Definición conceptual: Representa ante la ley una relación con otra persona.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- soltera
- casada
- unión libre

### **Ocupación**

Definición conceptual: Tarea remunerada que realiza la usuaria.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- ocupado
- desocupado
- estudiante

### **Accesibilidad al servicio por parte de la usuaria**

Definición conceptual: Facilidad que tiene la usuaria para acceder al Centro de Salud.

Definición operativa:

Dimensiones:

#### **- Accesibilidad geográfica**

Definición: Número de cuadras desde el domicilio hasta la policlínica

Clasificación: variable cualitativa.

Indicadores:

- menos de 10 cuadras – fácilmente accesible
- de 10 a 20 cuadras – medianamente accesible
- más de 20 cuadras – difícilmente accesible

**- Accesibilidad económica**

Definición: Dinero disponible con el que la usuaria cuenta para trasladarse al servicio.

Clasificación: variable cualitativa.

Indicadores:

- presenta dinero para trasladarse al centro
- no presenta dinero para trasladarse al centro

**- Accesibilidad horaria al servicio**

Definición: Disponibilidad de la usuaria para concurrir al servicio de ginecología de acuerdo a los horarios establecidos en este.

Clasificación: variable cualitativa.

Indicadores:

- acorde a la disponibilidad de la usuaria
- no acorde a la disponibilidad de la usuaria
- desconoce los horarios

**Control del embarazo**

Definición conceptual: Usuaria que concurre como mínimo a 5 controles en su embarazo.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- se controló
- no se controló

### **Número de hijos**

Definición conceptual: Número de hijos vivos al momento de la captación.

Clasificación: variable cualitativa

Definición operativa:

- uno
- dos
- más de dos

### **Control puerperal previo**

Definición conceptual: Usuaría que concurrió a control de su puerperio anterior en el caso de haberlo cursado.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- se controló
- no se controló
- no corresponde

### **Importancia del control puerperal**

Definición conceptual: Importancia que le adjudica la mujer al control puerperal.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- necesario
- no necesario

### **Educación prenatal relacionada al control postparto**

Definición conceptual: Información que recibe la madre durante los controles prenatales sobre importancia del control ginecológico posparto.

Clasificación: variable cualitativa.

Definición operativa:

- recibe
- no recibe

### **Apoyo familiar**

**Definición conceptual:** Existencia de familia o individuo allegado, que colabore para que la usuaria concorra al centro de salud.

**Clasificación:** variable cualitativa.

**Definición operativa:**

**Dimensiones:**

**-Estimulación:** acto de estimular. Incitar a que la mujer concorra al control postparto.

**Indicadores:**

- presenta
- no presenta

**-Cuidado de los niños:** familiar o individuo allegado que se ocupa del cuidado de los niños mientras la usuaria concurre al control puerperal.

**Indicadores:**

- presenta
- no presenta

**-Acompañamiento:** familiar o individuo allegado que acompaña a la usuaria al control ginecológico.

**Indicadores:**

- presenta
- no presenta

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Fecha de la entrevista:

Iniciales:

¿Cuál es su edad?

- 11 a 15 años
- 16 a 20 años

¿Por qué no concurreó al primer control puerperal ginecológico?

- desinterés
- falta de información
- no tener quien cuide a sus hijos
- no conveniencia de la fecha otorgada
- falta de tiempo

En relación al nivel de instrucción: ¿cual es el último año que cursó?

- primaria completa
- primaria incompleta
- secundaria completa
- secundaria incompleta
- terciaria incompleta
- UTU completa
- UTU incompleta

¿Cuál es su estado civil?

- soltera
- casada
- unión libre

¿Cuál es su situación de ocupación actual?

- ocupada
- desocupada
- estudiante

¿Considera usted que cuenta con los recursos económicos suficientes que permitan su traslado al centro de salud?

- presenta dinero para trasladarse
- no presenta dinero para trasladarse

¿Cuántas cuadras de distancia se encuentra su hogar del centro de salud?

- menos a 10 cuadras
- entre 10 a 20 cuadras
- más a 20 cuadras

¿Considera usted que el horario del servicio de ginecología del centro de salud es acorde a su disponibilidad horaria?

- acorde a la disponibilidad de la usuaria
- no acorde a la disponibilidad de la usuaria
- desconoce los horarios

¿Se controló usted el último embarazo?

- se controló
- no se controló

¿Cuántos hijos tiene usted?

- uno
- dos
- más de dos

¿Realizó usted control del puerperio anterior?

- se controló
- no se controló
- no corresponde

¿Para usted es necesario el control puerperal?

- necesario
- no necesario

¿Recibió usted educación prenatal?

- recibió
- no recibió

¿Considera usted que cuenta con apoyo familiar en la estimulación para su concurrencia al control del puerperio?

- presenta
- no presenta

¿Considera usted que cuenta con apoyo familiar en el cuidado de los niños para su concurrencia al control puerperal?

- presenta
- no presenta

¿Considera usted que cuenta con apoyo familiar que la acompañe a concurrir al control puerperal?

- presenta
- no presenta

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Arena J., Berro P., Pereira J.; "Pautas terapéuticas en obstetricia"; 1º Ed., Montevideo, Editorial Oficina del Libro AEM, año 1999.
- Dickason, Elizabeth; "Enfermería Materno- Infantil"; 2º Ed, Madrid, Editorial Mosby-Doyma Libros, año 1995
- Dulanto, Enrique; "El Adolescente"; 1º Ed., Mexico, Editorial MC Graw-Hill Interamericana, año 2000
- Ketzoian, Carlos; "Estadística Médica"; 1º Ed., Montevideo. Editorial Oficina del Libro AEM, año 2003
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, "Guías en Salud Sexual y Reproductiva; Cap. Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio"; Uruguay, MSP, 2008
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, "Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género"; Uruguay ,MSP, 2007
- Orem, Dorotea; "Conceptos de Enfermería en la práctica" Modelo de Orem; Editorial Masson- Salvat, año 1993
- Pineda, Alvarada, "Metodología de la Investigación"; 3ª Ed., Montevideo Editorial OPS, año 2008
- Umpiérrez; G., Arada A., "Introducción a la Enfermería Comunitaria", Montevideo, año 2003
- Whoye y Wong; Enfermería pediátrica; Ed. Mosby/ Doyma Libros; 4º Ed.

- Zurro, A. Martín - Pérez JF Cano, "Atención Primaria"; 4ª Ed., Madrid, Editorial Harcourt, Año 1999
  
- Calderon Yaqueline; Requejo Diana; Tam Elena. Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes. Rev. Enferm. Herediana Año 2008, vol.1, n.1, pp. 11-18. ISSN 1998-5487. [www.upch.edu.pe/faenf/revfae/articulo2.html](http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/articulo2.html).
  
- Ciasullo Jorge Embarazo adolescente (Sede Web) Uruguay Año 2007. <http://www.uruguayinforme.com/news/19102007/19102007>
  
- Galimberti Diana Miembro del Comité Científico de Celsam Argentina Jefa de la Unidad de Obstetricia del Hospital Teodoro Álvarez "Salud Reproductiva: una asignatura pendiente"(Sede Web) Buenos Aires, Argentina. Año 2008. [www.Buenasalud.com](http://www.Buenasalud.com).
  
- Menacho Chiok Luis Pedro; Licenciado en Bibliotecología y Ciencias de la Información de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM); Imenacho [Sede Web] [mimdes.gob.pe](http://mimdes.gob.pe); Lima – Perú, Año 2005. [www.Monografias.com](http://www.Monografias.com)

## **CARTA DE AURORIZACION DE LA UNIDAD** **CENTRAL DE INVESTIGACIÓN-SAS**

Montevideo, 15 de mayo de 2009

Servicio de atención a la salud.  
Directora Liliana Etchebarne.

Por intermedio de la presente me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle autorización para acceder a los datos estadísticos del control del puerperio durante el año 2008.

Los mismos son necesarios y serán utilizados para la realización del trabajo de investigación final "Características de las usuarias que no concurren al control puerperal"; bajo la tutoría de la Licenciada en Enfermería Ana Correa.

Desde ya muchas gracias.  
Saluda atentamente

Gabriela Rossi

Teléfono 2087479  
Cagancha 2234/8

## **CARTA DE AURORIZACION DEL CENTRO D SALUD DONDE SE REALIZA EL TRABAJO DE INVESTIGACION**

Montevideo, octubre de 2009

Dr. Marcelo Berta  
Coordinador de Policlínica La Teja  
Presente

Quienes suscriben, estudiantes de la Facultad de Enfermería, para solicitarle autorización para la recolección de datos sobre las usuarias puerperas controladas en el servicio de ginecología, con la finalidad de obtener información para la realización del protocolo del trabajo de investigación final. La misma será abordada en el marco del Programa Salud de la Mujer y Género, tratándose del tema: Primer control puerperal.

Agradecidas desde ya y esperando una respuesta favorable  
Saludos cordiales.

## CRONOGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Elaboración del Protocolo	■			
Aprobación del Protocolo	■			
Ejecución		■		
Plan de tabulación y análisis de datos			■	
Presentación del trabajo				■

