

## **CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA DIRIGIDO AL RECIÉN NACIDO DE RIESGO Y CON DIFICULTAD EN EL AMAMANTAMIENTO<sup>1</sup>**

### **COMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

*Leiva Díaz, Viriam; Durán Algarín, Raquel Sofía. Caracterización de la población atendida en el programa de Enfermería Pediátrica dirigido al recién nacido de riesgo y con dificultad en el amamantamiento. Rev.Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].2008, No.15 [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: < <http://www.revenf.ucr.ac.cr/enfermeria%20pediatrica.pdf>> ISSN 1409-4568*

Viriam Leiva Díaz<sup>2</sup>  
Raquel Sofía Durán Algarín<sup>3</sup>

### **RESUMEN**

Se desarrolló un programa previa aplicación de un diagnóstico de las necesidades de las familias de los y las recién nacidas de riesgo para el egreso hospitalario, con la finalidad de mejorar su calidad de vida, disminuir las secuelas orgánicas, psicológicas y afectivas, y prevenir los problemas familiares derivados de la situación del recién nacido. La metodología utilizada fue tipo proyecto con la modalidad de bien social. Para la caracterización de la población se utilizó instrumentos de cohorte descriptivo. Se trabajó con la familia de niños y niñas egresados del servicio de Neonatología del Hospital Tony Facio de Limón, así como niños y niñas con problemas en el amamantamiento. Se encontró que los y las participantes poseen importantes factores de riesgo y vulnerabilidad social, asociados a la edad de la madre, el tipo de familia, las fuentes de ingreso económico y la situación del niño o niña al nacimiento, todo esto fue fundamental para la creación y desarrollo del programa de enfermería pediátrica.

**Palabras claves:** prematuridad, lactancia materna, enfermería pediátrica.

<sup>1</sup> **Fecha de recepción:** Marzo 2008

**Fecha de aceptación:** Julio 2008

<sup>2</sup> Profesora asociada, investigadora. Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: [viriaml@yahoo.es](mailto:viriaml@yahoo.es)

<sup>3</sup> Enfermera magíster en Pediatría. Hospital de Guápiles. Correo electrónico: [r\\_duran20@yahoo.com](mailto:r_duran20@yahoo.com)

## **PEDIATRIC NURSE FOLLOW-UP PROGRAM FOR THE RISKY NEWBORN AND BABIES WITH PROBLEMS IN THE PROCESS OF THE BREAST FEEDING**

### **ABSTRACT**

The diagnostic of the risky newborn families needs, was initially done, after leaving the hospital; this is an important resource to improve the life quality of these children and decrease the organic, psychologic and emotional consequences and to avoid the family problems that come from the risky newborn situations.

The methodology used was a socialized-type proyect, for characterization of the people using descriptive instruments. A comparison of diferent theories was made with the results of the research.

We found that the subjects have important risk situations and social vulnerability, related directly with child's mother's age, and resource of economic ingress and situation of the risky newborn.

Key word: risky newborn, Pediatric Nurse, suckle

### **INTRODUCCIÓN**

La transición satisfactoria del hospital al hogar del neonato de riesgo y con problemas en el proceso de amamantamiento, necesita un conocimiento minucioso por parte del profesional en enfermería de los criterios identificados para el egreso, la coordinación y la preparación de los padres y las madres como cuidadores, de manera que faciliten la adaptación del niño y la niña y su familia a la vida hogareña (Forsythe 1998).

Según Figueras (2004) se consideran recién nacido de riesgo y, por lo tanto, candidatos de seguimiento post egreso hospitalario, a todos los que en algún momento han estado críticamente enfermos o que han padecido alguna enfermedad con posibilidad de secuelas neurológicas: pretérminos extremos (edad

gestacional igual o inferior a 30 semanas, peso al nacimiento igual o inferior a 1500 gramos), retraso del crecimiento intrauterino (peso al nacimiento por debajo del tercer percentil), anoxia neonatal grave (Apgar al minuto inferior o igual a 3 y a los 5 minutos inferior o igual a 6), hemorragia intracraneal, convulsiones, hipoglucemia sintomática, dificultad respiratoria grave que ha requerido de soporte ventilatorio, meningitis, hiperbilirrubinemia intensa que ha necesitado exsanguíneo transfusión y dificultad en el proceso de amamantamiento.

Apoyado en las observaciones anteriores, se estableció un programa de enfermería pediátrica especializada en el Hospital Tony Facio (HTF) en la provincia de Limón, para garantizar la atención y el seguimiento del recién nacido de riesgo y con dificultad en el proceso de

amamantamiento, por medio del acercamiento a la familia para brindarles orientación y educación sobre puericultura, crecimiento, estimulación, así como, reconocimiento de situaciones de alarma o de enfermedad. Dentro del mismo programa se dio seguimiento post- egreso, se valoró el desarrollo de cada niño o niña refiriéndose oportunamente y según sus necesidades al equipo multidisciplinario que apoyó el programa y, finalmente, se evaluó el mismo a través de la evolución de los niños y niñas y del aprendizaje adquirido por los padres.

Para fines del presente artículo, se presenta los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos para la caracterización de la población que participó en el proyecto. Esta información sirvió de base para la estructuración del programa de enfermería pediátrica.

El objetivo planteado fue determinar los factores que inciden en la atención que podría brindar la familia al bebé de riesgo y con dificultades de amamantamiento.

## **MATERIALES Y METODOS**

El programa se sustentó en una investigación tipo proyecto, en la modalidad de bien social, que es una actividad innovadora que pretende solucionar una situación o necesidad para contribuir al desarrollo de una agrupación, en nuestro caso las madres, los padres y los cuidadores de los niños y las niñas con riesgo y problemas de amamantamiento.

Se realizó con los encargados del cuidado en su hogar de 20 niños y niñas, para lo

cual se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Documento de Consentimiento Informado, administrado a cada uno de los y las participantes, elaborado según la guía del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS).
2. Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, leídas y explicadas a aquellos participantes con bajo nivel de escolaridad, tanto a la madre como a la familia. Este tenía la finalidad de brindar un marco de referencia sociodemográfico y de necesidades educativas de la población de estudio.
3. Valoración del crecimiento mediante las gráficas del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.).
4. Test de EDIN, avalado por la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.)

## **Consideraciones éticas.**

Es importante mencionar que dentro de los aspectos éticos aplicados en el estudio, se encuentra la firma del consentimiento informado, en el cual se guardó los principios de capacidad, información y voluntariedad, esto se logró a través de la explicación detallada de los objetivos, los beneficios que se obtendrían con el programa, el manejo confidencial de la información y la libertad de hacer retirada de la investigación si la o las personas así lo desearan.

## **Población beneficiaria.**

El programa se enfocó al binomio madre-niño o madre-niña, y a su familia; específicamente aquellos considerados al nacer, o a su egreso del hospital, como de

riesgo, ya sea por su condición personal o por un factor materno o familiar.

El proyecto benefició a la población proveniente de cinco cantones de la provincia de Limón: Matina, Siquirres, Talamanca, Guácimo y Limón, además de la Caja Costarricense del Seguro Social, y específicamente del Hospital Tony Facio, para mejorar la calidad de los servicios que se prestan en el área de Neonatología.

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta para la selección de los participantes en el estudio fueron:

1. Madres con niños y niñas de riesgo, con alguna de las siguientes patologías: ictericia por incompatibilidad de grupos y Rh, asfixia perinatal, prematuridad extrema, problemas respiratorios, bajo peso al nacer, sepsis neonatal, infecciones congénitas.
2. Madres con niños y niñas de gestación de pretérmino, con egreso temprano dentro del programa Madre Canguro.
3. Madres con niños y niñas con gestación a término y dificultad en el proceso de amamantamiento, por problemas como succión pobre, mala colocación del niño o niña, problemas de senos y pezones en la madre, flujo lácteo disminuido o ausente.
4. Madres residentes de la Región Huetar Atlántica: cantones de Limón, Matina, Guácimo, Talamanca y Siquirres.
5. Madres adolescentes: factor predominante en el área Limón.

Es importante rescatar que, según los resultados del análisis de la oferta y la demanda del proyecto, se encontró que en la provincia de Limón no existía al momento del diagnóstico ningún otro

programa similar. Solamente el Hospital Tony Facio, poseía un programa denominado Clínica de Lactancia Materna, el cual atiende a niños y niñas con problemas de amamantamiento y a sus madres, pero es insuficiente para cubrir la demanda de otros bebés con riesgo al egreso. Del mismo modo, la población estaba dispuesta a recibir la capacitación, por lo que se concluyó que la demanda podía ser satisfecha con la oferta del programa.

El proyecto se consideró viable, pues se constituyó en una estrategia que responde a las necesidades de la población, además de que involucra aspectos del compromiso de gestión del Programa de lactancia materna, los Programas de Estrategias para la disminución de la mortalidad infantil, así como la acreditación del Servicio de Neonatología. Este programa reafirma su viabilidad al trascender en una disminución de reingresos y, a largo plazo, en una baja en la tasa de mortalidad neonatal en la provincia de Limón.

A continuación se ofrece un resumen de los resultados obtenidos en la implementación del proyecto. El análisis más amplio se detalla en el reporte de este proyecto (Durán 2007).

## **RESULTADOS**

Según la clasificación del factor de riesgo, hubo predominio en la condición de prematuridad (10), de los cuales seis presentaban bajo peso al nacer, seguidos por los niños y las niñas del programa de Madre Canguro (3), y por último aquellos infantes con gestación a término pero con

dificultad en el proceso de amamantamiento (7).

Aunado a lo anterior, prevalecieron las madres con edades de 20 años y más (14), mientras que el grupo restante (6) correspondió a las madres menores de 20 años, siendo esto un factor importante de riesgo dados los problemas que se presentan, entre otros, por inmadurez, poca preparación para la maternidad, dificultades en el proceso de amamantamiento. Este dato además concuerda con los estudios realizados por Miravet de Defago (2001), quien encontró que muchos de los niños y niñas de bajo peso al nacer y prematuros extremos son productos de madres adolescentes menores de 20 años.

En cuanto al estado civil de las participantes, siete de ellas eran solteras. Esto representa un factor de vulnerabilidad y riesgos psicosociales, pues como lo apunta Cruz y Romero "...la falta de recursos económicos, de apoyo del padre del niño o niña y de la familia, pueden introducirla al consumo de alcohol o drogas, prostitución y al maltrato de su hijo o hija." (Cruz y Romero 2005:33).

Un factor a tomar en cuenta dentro de cualquier investigación social es la preparación académica de la población, ya que esto determina no solo el acceso a los servicios, sino también al cuidado de la salud. Según el Quinto Estado de la Niñez y Adolescencia (EDNA)(2006) la educación se considera una herramienta básica en el desarrollo del país que incide directa y de manera positiva en la ruptura de las causas estructurales que generan pobreza, desigualdad y exclusión.

Los datos obtenidos muestran que siete de las participantes tienen primaria completa, seis poseen primaria incompleta; solo dos de las madres terminaron sus estudios superiores, las cuales son parte del grupo de madres solteras.

Diez de las madres no laboran en un trabajo remunerado. Dentro de este grupo se encuentran las madres solteras adolescentes (7) que, por ser menores de edad, no tienen acceso al trabajo remunerado y se dedican a los quehaceres del hogar donde residen con sus padres y al cuidado de su hijo o hija. Este indicador es un factor común con la condición estado civil.

Sólo dos de las mujeres que formaron parte del programa salen de sus hogares a realizar labores remuneradas como profesionales. El grupo restante, aún cuando permanecen en el hogar de origen, interrumpieron sus estudios, lo que ocasiona que participen con menores posibilidades en el mercado de trabajo, al no contar con un nivel académico adecuado a las exigencias laborales.

Ocho de las mujeres señalan que sus compañeros son los únicos que laboran para el sustento del hogar como obreros de fábrica o en labores agrícolas.

Siete residen en casas prestadas y quince tienen casas propias o pertenecen a los padres de las madres solteras.

El tipo de familia predominante es la uninuclear o uniparental, constituidas por las madres solteras y divorciadas (8), lo cual según expresan las mismas mujeres reduce las posibilidades de continuar sus estudios una vez que han tenido su primer

hijo o hija debido a la dedicación exclusiva al hogar y a la falta de apoyo de la unidad familiar, que las obliga a procurar ingresos económicos para su subsistencia.

En las familias biparentales, la edad de los cónyuges superó en todos los casos los 20 años, por lo que no se presentaron padres adolescentes.

Con relación al número de hijos o hijas, se pudo observar que nueve de las participantes tienen solo un hijo o hija, con predominio entre ellas de 5 adolescentes madres, entre los 13 y 19 años, lo cual se constituye en un factor de riesgo y vulnerabilidad social ya discutido. Cuatro de las madres con una gesta lo conformaron las mujeres de 31 años y más; esta condición está directamente relacionada, en este caso, a la preparación académica de las madres.

Otro factor contemplado fue la dificultad para el amamantamiento. Entre las principales causas se encuentran en primer lugar la pobre succión, en segundo las madres inexpertas y por último el presentar las madres pezones cortos.

Con respecto a los niños y niñas, es necesario aclarar que la población clasificada como pretérmino y bajo peso al nacer presenta en su totalidad dificultad para la lactancia, debido a su inmadurez, que no les permite desarrollar un patrón rítmico de succión-deglución-respiración. No está por demás mencionar que el cuidado del recién nacido de riesgo y con dificultad para la lactancia, no solo es tarea de la figura materna sino que debe incluir a otros familiares, los cuales deben brindar apoyo emocional y cuidado al niño o la niña, permitiendo, a su vez,

mejorar la autoestima de la madre, afectada ante la realidad de un hijo o hija con requerimientos especiales. Por esta razón, en la investigación fue imprescindible analizar la temática de la familia.

En el desarrollo del programa los familiares estuvieron representados por dos padres, un abuelo materno y ocho abuelas maternas, seis hermanas maternas y tres amigas. La diferencia entre sexos con predominio femenino se asocia a lo manifestado por Castañeda y Rodríguez quienes señalan que, en "...los roles parentales, la participación de las tareas realizadas por las mujeres se relaciona con el cuidado de los hijos e hijas, y las tareas realizadas por los varones con las actividades laborales." (Castañeda y Rodríguez, 1999:130).

En cuanto a la condición laboral de las mujeres familiares de las participantes, estas se desempeñan como amas de casa, dada la dificultad de oportunidades de empleo que existe en la provincia de Limón, donde el empleo de las mujeres se concentra en los servicios, con un fuerte peso de los servicios personales, domésticos, de salud, de educación y del comercio. Esto coincide con los resultados del Plan de Desarrollo Regional para la Provincia de Limón 1999-2004 (2004), en el cual se muestra que la tasa de desempleo abierto para la población económicamente activa en general es el doble de alta para las mujeres (12.6% contra 6.2% en los hombres).

En cuanto a la condición laboral de los hombres, familiares de las participantes, uno de ellos se dedica a actividades

comerciales propias y dos laboran en instituciones estatales.

Para hacer la clasificación de las familias que se incluyeron en el estudio se toma como punto de partida la definición de estas que brinda Barquero y Trejos como un "...conjunto de personas, parientes o no, que viven en una misma casa, mientras que la familia nuclear es aquella que está conformada por padre, madre e hijo, o sea la típica familia clásica." (Barquero y Trejos,2004:5).

De las familias participantes en el programa doce son nucleares, y se caracterizan por la presencia del padre como proveedor desde el punto de vista económico, la mujer realizando las labores domésticas y al cuidado de los hijos e hijas y con bajos niveles de participación e inserción laboral. Pero un número significativo de hogares son uniparentales, jefeados por mujeres, con hijos y sin compañero, que viven en compañía de otros familiares. La característica más importante de estos hogares es su mayor vulnerabilidad económica y social, ya que las mujeres deben asumir la doble responsabilidad de realizar los quehaceres domésticos y mantener económicamente a la familia, lo que concuerda con lo encontrado por Valenzuela (2004), Barquero y Trejos(2004) pues ellos apuntan que esta situación ha conllevado a una creciente feminización de la pobreza y la marginación social, entre otras cosas, provocada por la baja disponibilidad de empleo para las mujeres y el restringido acceso a la vivienda.

A lo anterior se une el ciclo de vida de las familias, que alude a las diversas fases o etapas por las que estas pasan, que va

desde la constitución de un núcleo inicial, trascurriendo por distintos momentos de cambio de acuerdo con el crecimiento del grupo original, la edad de sus miembros, hasta la disolución de dicho núcleo o su dispersión en nuevos núcleos y arreglos familiares. En relación a esto, las familias participantes se ubican en la etapa de extensión ya que se encuentran en la fase de crianza de los hijos.

A continuación se muestran los datos obtenidos sobre los y las bebés incluidos en el proyecto. Esta información es fundamental para la comprensión de las necesidades que ellos y ellas poseen. Se encontró que el sexo predominante fue el femenino; con relación a la etnia, dos de los recién nacidos son de raza negra, diecisiete de raza blanca y un indígena.

En cuanto a la procedencia, doce de ellos son del cantón central de Limón y ocho de la zona rural (Talamanca, Siquirres, Matina y Valle la Estrella).

Con relación al número de hermanos o hermanas de las y los recién nacidos, ocho son hijas e hijos únicos, seis tienen un solo hermano o hermana, cuatro cuentan con dos hermanos o hermanas, y dos más de tres hermanos o hermanas.

En cuanto a las condiciones perinatales, se encontró que diecinueve de ellos y ellas tuvieron un nacimiento intrahospitalario; de estos diez tuvieron edad gestacional menor a 36 semanas, seguido de seis infantes con 37 a 40 semanas de edad gestacional y cuatro con 40 semanas y más. La mitad de los nacimientos dentro del hospital fueron por cesárea, nueve partos espontáneos y uno extrahospitalario.

La evaluación del apgar tiene como finalidad valorar el estado físico del neonato en el momento de nacer y la necesidad inmediata de reanimación; es importante acotar que esta calificación se hace al minuto y se repite a los 5 minutos después del nacimiento. Su puntuación total varía desde un valor mínimo de 0 puntos, hasta un máximo de 10 puntos. Los niños y las niñas incluidos en el programa presentaron lo siguiente: ocho de ellos y ellas obtuvieron 9-10 puntos, seguido de seis con 8-9 puntos, uno con 7-8 puntos, dos obtuvieron un apgar de 6-7 puntos, en el caso de estos últimos, requirieron medidas de reanimación y para finalizar el apgar del niño nacido extrahospitalario es desconocido.

Doce de las y los recién nacidos presentaron bajo peso al nacer; esto coincide con los datos del Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil 2003, según el cual el 59% del total de los recién nacidos presentaron bajo peso al nacer en el 2002, mientras que en el 2003 esta proporción descendió al 45%. El bajo peso al nacer es un factor de riesgo en los recién nacidos.

Para evaluar el desarrollo psicomotor según la edad gestacional, se aplicó el Test de Edin a todos los niños y niñas atendidos en el programa; los hallazgos se reportan mayor o igual a la edad crónologica con respecto a la edad maduracional.

Es importante mencionar que la valoración del desarrollo se realizó a los dos meses de edad de los y las infantes. Dieciocho de ellos y ellas tuvieron una capacidad motora gruesa adecuada a la edad gestacional. La niña que presentó

Síndrome de Down es la única que no mostró progreso. En el área de la motora fina, ocho se mantuvieron entre cero y un mes.

En las áreas cognitiva y de lenguaje seis de los niños y niñas se mantuvo entre cero y un mes.

En lo que respecta al área socio-afectiva, los hábitos de salud y nutrición se ubicó dentro de la edad esperada, y cabe mencionar que todos se mantuvieron con lactancia materna exclusivamente.

Los datos anteriores confirman las dificultades que enfrentan los recién nacidos de riesgo de prétermino y de bajo peso al nacer, y el acompañamiento cercano y constante que debe brindarse a las familias.

En cuanto a la valoración del crecimiento, con respecto a la relación peso para edad se encontró que dos presentaron falla para progresar, que ameritó la enseñanza a las madres de métodos alternativos para superar el peso, como son el beberito, la cuchara, la bolsa, el vaso y la taza; el más utilizado fue el “método de crianza al dedo” que consiste en colocarse una sonda #5 en el dedo y en un vaso colocar la cantidad de leche que el niño o niña requiere; el niño succionará el dedo y la sonda con leche materna lo que le permitirá mejorar la succión. Del mismo modo, se hizo necesario un control cada tres días para valorar su progreso.

En la gráfica talla para edad, se logró alcanzar según las normas de uno a dos centímetros de crecimiento por mes, y dos lograron alcanzar los picos máximos.



En cuanto a la valoración del perímetro cefálico, los niños y las niñas no presentaron alteraciones cefálicas; sin embargo, se continuó el control de las mediciones cefálicas, en vista de que como lo menciona Robles, Poblano y Hernández (2002) "...los cuadros severos como la hidrocefalia post hemorrágica se muestran después de las dos semanas y los cambios ultrasonográficos no varían en uno y dos meses." (p:2). Por lo tanto, se controló la medición cefálica para descartar secuelas neurológicas, poniendo mayor énfasis en las niñas y los niños pretérminos menores a las 32 semanas de gestación, con pesos inferiores a los 1500 gramos y que requirieron ventilación mecánica (3), ya que estos tienen más riesgos de sufrir estas secuelas.

Para diagnosticar lesiones o alteraciones físicas y/o patológicas, se realizó el examen físico y el tamizaje al 100% de los niños y niñas. Se encontraron secreciones oculares en una niña, y en otra un absceso en el miembro superior derecho.

Con respecto a la historia prenatal de los niños y las niñas incluidos en el programa, dos de las madres tuvieron control prenatal adecuado con 8 consultas; cuatro tuvieron seis consultas y cinco de ellas tuvieron cinco controles prenatales, considerándose esto dentro de los parámetros normales (Flores, H.,1998). Los nueve restantes sólo tuvieron tres y cuatro consultas prenatales, especialmente en el grupo de las madres adolescentes; cabe aclarar, que estas no lograron concluir los controles prenatales debido al nacimiento prematuro de sus hijos e hijas y otras por desconocimiento del riesgo de no tener un control prenatal ideal.

Dos de las madres presentaron complicaciones durante el embarazo (pre-eclampsia); las restantes manifestaron no haber presentado ningún tipo de complicación durante el embarazo. Una de las madres consumió medicamentos antihipertensivos.

## DISCUSIÓN

Diferentes factores maternos, como la edad y el número de gestas incrementan considerablemente el riesgo de nacimientos de niños o niñas con bajo peso (Mateos y Solís, 2004). Así por ejemplo, la mitad (5) de los recién nacidos de pretérmino con bajo peso al nacer, dos se encuentran en el grupo de madres adolescentes menores de 19 años. Los tres restantes se distribuyen en el resto de las edades, lo que hace de esta variable un antecedente de riesgo importante que ha sido considerado en este programa.

La participación de la unidad familiar y los subsistemas familiares en la atención del niño y la niña ha sido considerada, desde hace algunos años, el mejor manejo para el egreso, parafraseando a Miravet de Defago (2001), todos los y las recién nacidas y su familia necesitan de un seguimiento adecuado, un plan de transición al hogar, aunado a una alimentación exclusiva con leche materna.

Por lo mencionado anteriormente, el determinar el tipo de familia que poseían los niños y niñas incluidos dentro del programa contribuyó a detectar factores protectores y de riesgo que podían afectar el adecuado desarrollo y crecimiento de estos, ya que, precisamente es en el núcleo familiar

donde se debe potenciar su desarrollo (Azrilevich, Perrazo, 1995). Para esto la enfermera pediátrica intervino a través del programa en la formación de actitudes parentales que contribuyeran al logro del equilibrio, tras el impacto que surge ante el nacimiento del niño o niña de riesgo (Burín y Meler, 1998).

En relación a los roles sociales asignados por género, se encontró en todas las familias estudiadas, que la figura masculina cumple con los roles tradicionales de proveedores y las figuras femeninas de trabajo doméstico, cuidado y salvaguardanza de los niños y niñas. Cabe destacar que el nacimiento del niño o niña en condición de prematuridad, bajo peso al nacer, entre algunos factores de riesgo, ha producido una ruptura en la forma de crianza, en la distribución de las tareas socio educativas entre el padre y la madre. En este estudio se observó como las madres monopolizan las tareas relacionadas el cuidado de los niños y niñas referentes a la higiene, el ejercicio, la vestimenta, el control de citas, entre otras. Además el nacimiento de estos niños y niñas ha alejado la atención de la madre de sus otros hijos o hijas.

Es importante rescatar que las adolescentes madres participantes del programa habían hecho abandono de sus estudios formales antes del embarazo, y como se presentó en el apartado de resultados, algunas conviven con el papá de su hijo o hija, otras viven con su familia de origen, ya que por ser menores de edad, no tienen acceso al trabajo remunerado y se dedican a los quehaceres del hogar y al cuidado de su hijo o hija. Asociado a lo anterior un aspecto importante a tomar en cuenta fue el de la educación, se evidenció que las madres

con mayor preparación académica son las que tienen menos hijos, con educación secundaria y universitaria completa, con excepción de una de ellas que posee educación secundaria incompleta, cuyo hijo nació con Síndrome de Down. En este último caso, la edad avanzada (37 años) se constituyó en el factor de riesgo; cabe mencionar que ella posee factores sociales protectores, que favorecen su situación.

El reconocimiento de lo mencionado hasta aquí, garantizó la atención y el seguimiento del recién nacido de riesgo, a través del acercamiento a la unidad familiar, brindándoles orientación y educación sobre temas como puericultura, crecimiento, desarrollo, cuidados generales del recién nacido, estimulación; así como, seguimiento post egreso de los niños y las niñas participantes, lo cual permitió la detección de situaciones de alarma o enfermedad; facilitando la intervención temprana. Esto coincide con lo mencionado por Valverde (1995) y Figueras (2004) los cuales encontraron que la falta de seguimiento a los niños y niñas de riesgo, impacta emocionalmente a la familia, y evidentemente aumenta la tasa de mortalidad neonatal.

Sustentado en lo anteriormente desarrollado, se procede a presentar algunas consideraciones finales.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

❖ Es imprescindible una adecuada comunicación entre la enfermera pediátrica con los diferentes miembros de la familia, tales como cónyuge, padres y hermanos, entre otros, para enfrentar conjuntamente la problemática de la familia con un niño o niña de riesgo.

❖ El apoyo cercano de la familia permite que el y la recién nacida tengan mayores elementos de apoyo como son el cariño, el apego, la continuidad y la estimulación, que favorecen su salud mental y emocional.

❖ Las adolescentes madres y las madres solteras presentan mayor vulnerabilidad y riesgo social. Unido a esto, la constitución de las familias uniparentales, encabezadas por jefas de hogar con baja escolaridad, así como pocas oportunidades de acceso laboral, no solo por discriminación social sino también por vivir en una provincia con altos índices de pobreza hacen a estos niños y niñas grupos de mayor riesgo y, por lo tanto, debe de proveerse mayor atención por parte de los programas de atención a la niñez.

❖ En el contexto sociocultural, predominó el modelo patriarcal, según el cual, la responsabilidad del cuidado del recién nacido es de la mujer, mientras que para el hombre es algo voluntario, característica muy acentuada por las diferentes etnias en el grupo estudiado.

## BIBLIOGRAFIA

- Azrilevich, E.; Perrazo, V. (1995). **Normas de Seguimiento ambulatorio del niño con bajo peso al nacer, menor de 2500g.** Neuquén Subsecretaría de Salud. Buenos Aires: Editorial Interamericana.
- Barquero J, Trejos J. (2004) **Tipos de hogar, ciclo de vida familiar y pobreza en Costa Rica 1987-2002.** Volumen 2, número 1, artículo 4, Centro Centroamericano de Población. San José, Costa Rica.
- Burín,M.;Meler, I.(1998). **Género y Familia.** Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Castañeda, Ileana; Rodríguez,A. María (1999) **“Algunas reflexiones sobre el género”.** Rev. Cubana de Salud Pública, Jul- dic 1999, vol 23, n-2,p.129-142
- Cruz, L. María; Romero, T. Martha (2005) **“Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes”** Monografía de Investigación. Universidad Politécnica de Nicaragua.
- Durán, A. Raquel (2007). **Programa de seguimiento de Enfermería Pediátrica en el recién nacido de riesgo y niños y niñas con dificultad en el proceso de amamantamiento en el Hospital Dr. Tony Facio Castro de la provincia de Limón, año 2006.** Universidad de Costa Rica: Postgrado de Enfermería.
- EDNA (2005). **Quinto Estado de la Niñez y la Adolescencia.** Costa Rica.
- Figueras,J. (2004). **Mesa Redonda: Coordinación interdisciplinaria de la atención al recién nacido de alto riesgo.**Barcelona: Hospital Clínica Barcelona. Vol.44, N°190.
- Flores,H. (1998). **Alojamiento conjunto, madre hijo y lactancia humana exclusiva.** México D. F.: Editorial CESCO.
- Forsythe (1998) **The clinician’s role in teaching proper infant feeding techniques of pediatrics,** v126(6):117. Mosby- Year book, Inc.
- Goldenberg, R. (2002). **Manejo del Parto de Pretérmino. The management of preterm labor. Obstet. Gynecol.** Revista médica de Chile.
- Gordon, M.(1996). **Nursing diagnosis process and application.** New York: McGraw-Hill Book Co.
- Krauskopf, Dina(2002). **Participación social y Desarrollo en la adolescencia.** San José: EUNED.
- Mateos,L.; Solís,R. (2004) **“Prevalencia de bajo peso en el recién nacido atendidos en el Hospital San Rafael de Alajuela”.** Rev. Costarric. Cienc. Méd., enero 2004, (25) N°1-2, p.67
- Miravet de Dafago, Marcela (2001)**Guía de Seguimiento al Recién Nacido de Riesgo.** Buenos Aires: Ministerio de Salud, Unidad de

proyecto “Salud Reproductiva materna y perinatal”.

•Robles, Pilar; Poblano, A.; Hernandez, Guadalupe (2002). **Cortical brainstem and automatic nervous system dysfunction in infants with post-hemorrhagic hydrocephalous.** Revista investigación Clínica: mar- abril, vol54(2) (citado 03 Diciembre 2006) disponible en la world wide web: <[http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034.1206.01.01.0001](http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034.1206.01.01.0001)> 4. Diciembre 01 del 2006 a las 14 horas.

•Valenzuela y otros (2004) **De mujeres solas a mujeres jefa de hogar: género, pobreza y políticas públicas.** Santiago: SERNAM.

•Valverde, R. (1995). **Alimentación del Recién Nacido pequeño.** Buenos Aires: Resúmenes Congreso Argentino de Neonatología.

#### Revisiones en Internet

•Plan de desarrollo Regional para la Provincia de Limón (2003). **Escenarios a considerar en el desarrollo de la provincia de Limón.** [www.japdeva.go.cr/docum/planreg.doc](http://www.japdeva.go.cr/docum/planreg.doc).

•El **Plan de Desarrollo Regional para la Provincia de Limón 1999-2004** es un esfuerzo muy reciente. En el proceso de preparación del documento final de esta... [www.japdeva.go.cr/docum/plfinal.doc](http://www.japdeva.go.cr/docum/plfinal.doc)

•Plan de desarrollo Regional para la Provincia de Limón (2003). **Escenarios a considerar en el desarrollo de la provincia de Limón.** [www.japdeva.go.cr/docum/planreg.doc](http://www.japdeva.go.cr/docum/planreg.doc).

---