

ESCUELA DE ENFERMERIA
FCM-UNCUYO

TRABAJO FINAL
DE
INVESTIGACION
*“Embarazo adolescente
En
Hospitales públicos”*

*Autores: Merlo Gonzalo (Mat. 1442)
Sosa Andrea (Mat. 1454)*



Mendoza, Octubre del 2005


Esta Investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Cuyo, y la misma no Podrá ser publicada en toda, en parte o resumirse sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o autores del trabajo.

Investigación:

Integrantes del Tribunal Examinador:

Lic. Reyes María Rosa 

Lic. Andreda Ana Magdalena 

Lic. Casalvieri Franco 

Mendoza, 06 de marzo de 2006.

PROLOGO.

Este trabajo, nos permitió conocer las causas por las que se producen los embarazos adolescentes, al demostrarnos, que tan relacionados están ciertos factores, como son: la edad, el nivel social, y como influyen estos, en este fenómeno que se esta presentando habitualmente.

Durante la elaboración de este material, nos dimos cuenta que es de suma importancia hacer hincapié en la educación sexual de los adolescentes, por lo cual creemos que seria conveniente la preparación de personal de enfermería y de otros ámbitos, en este tema, para así poder satisfacer las dudas que presenten los adolescentes, y tratar de este modo de disminuir el número de embarazos adolescentes, evitando de este modo todos aquellos problemas que esta situación trae; tanto para la madre, el padre, el niño y la familia.

AGRADECIMIENTOS.

Con la realización de este trabajo vemos el fruto de un arduo y dedicado trabajo. Un camino que tomó 4 años completar. Entre aciertos y desaciertos, alegrías y tristezas, llegamos finalmente a la culminación de nuestra formación, a ese gran momento que esperamos y que creímos que nunca llegaría. Somos prácticamente Licenciados en Enfermería. Por este logro queremos agradecer a todas aquellas personas que de alguna manera nos brindaron su apoyo. Nuestros padres y amigos, nuestros compañeros.

Durante nuestro cursado a todas las docentes que nos formaron y guiaron, especialmente a Lic. María Rosa Reyes cuya asesoría fue fundamental en este trabajo. Lic. Ana Andrada, Lic. Hasmit Atzemian, y de manera muy personal a Lic. Marta Valero.

A todas ellas muchas gracias.

Los autores.

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL.

Introducción-----	Pág.1
Capitulo1	
Presentación del problema -----	Pág.2
Problema -----	Pág.2
Objetivo general y específico-----	Pág.2
Justificación-----	Pág.2
Capitulo2	
Marco teórico-----	Pág.3
Adolescencia-----	Pág.3-4
Embarazo adolescente-----	Pág.4-5
Factores determinantes y predisponentes-----	Pág.5-7
Consecuencia del embarazo adolescente en familia y el individuo-----	Pág.7-9
Abordaje del embarazo adolescente-----	Pág.9-10
Capitulo 3	
Diseño metodológico -----	Pág.11-13
Capitulo 4	
Análisis y procesamiento de los datos-----	Pág.14-41
Capitulo 5	
Conclusiones-----	Pág.42
Recomendaciones-----	Pág.43
Anexos	
Encuesta-----	Pág.44-55
Matriz de datos-----	Pág. 46
Bibliografía -----	Pág.47

LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla y grafico n° 1-----	Pág... 14
Tabla y grafico n° 2-----	Pág... 15
Tabla y grafico n° 3-----	Pág... 16
Tabla y grafico n° 4-----	Pág... 17
Tabla y grafico n° 5-----	Pág... 18
Tabla y grafico n° 6-----	Pág... 19
Tabla y grafico n° 7-----	Pág... 20
Tabla y grafico n° 8-----	Pág... 21
Tabla y grafico n° 9-----	Pág... 22
Tabla y grafico n° 10-----	Pág... 23
Tabla y grafico n° 11-----	Pág... 24
Tabla y grafico n° 12-----	Pág... 25
Tabla y grafico n° 13-----	Pág... 26
Tabla y grafico n° 14-----	Pág... 27
Tabla y grafico n° 15-----	Pág... 28
Tabla y grafico n° 16-----	Pág... 29
Tabla y grafico n° 17-----	Pág... 30
Tabla y grafico n° 18-----	Pág... 31
Tabla y grafico n° 19-----	Pág... 32
Tabla y grafico n° 20-----	Pág... 33
Tabla y grafico n° 21-----	Pág... 34
Tabla y grafico n° 22-----	Pág... 35
Tabla y grafico n° 23-----	Pág... 36
Tabla n° 24-----	Pág... 37
Tabla n° 25-----	Pág... 38
Tabla n° 26-----	Pág... 39
Tabla n° 27-----	Pág... 40
Tabla n° 28-----	Pág... 41

INTRODUCCION.

El embarazo es un acontecimiento crucial para la mujer y su entorno, ya que produce cambios, psicológicos, físicos, sociales y económicos.

La pubertad marca el comienzo de la edad fértil en los seres humanos. Pero aunque biológicamente preparados, para que la gestación transcurra con éxito deben existir otros factores y capacidades desarrolladas, sobre todo en la mujer.

Tales como la maduración psicológica (aun no lograda en la pubertad).

La aceptación de esa nueva vida en camino, como también los factores sociales y culturales, son determinantes en este aspecto, peor no obviando lo primordial, la educación.

Se considera que el periodo idóneo para que una mujer quede embarazada, transcurre entre los 20 años y los 32 años de edad. Debido a que antes de los 20 años, aun no se ha alcanzado la madurez, física, y psicológica necesaria, para sobrellevar este momento crucial en la vida de una mujer, y, después de los 32 años, las estructuras destinadas a la gestación comienzan a perder elasticidad, y funcionalidad, constituyendo un gran riesgo para la gestante.

Siendo así, los embarazos sucesivos en madres adolescentes, representan un enorme riesgo para la vida, tanto materna como infantil.

Para evitar esto y poner en práctica la salud sexual y reproductiva, es necesaria la implementación de la planificación familiar, es decir, la posibilidad de planificar la estructura familiar (numero de hijos, y el momento adecuado para tenerlos).

Si bien la educación enfocada, en la salud sexual y reproductiva, es una opción, no es la única, y no debemos olvidar los factores culturales, religiosos y sociales, que condicionan y determinan esta tipo de embarazos, ya que dichos factores, muchas veces impiden o condicionan la elección y utilización de los métodos anticonceptivos, llevando a las adolescentes a tener embarazos no deseados, que pueden llevar a un aborto producido, con las complicaciones que esto acarrea.

CAPITULO I

PRESENTACION DEL PROBLEMA

TEMA A INVESTIGAR.

Conocimientos sobre planificación familiar de madres hospitalizadas en hospitales públicos.

PROBLEMA.

¿Los embarazos en mujeres adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 19 años, internadas en hospital Luis Lagomaggiore están relacionados con la falta de conocimientos sobre planificación familiar o con otros factores sociales?

OBJETIVO GENERAL.

Establecer si los embarazos adolescentes están determinados por el grado de conocimiento sobre planificación familiar en la población de estudio, y otros factores intervinientes, con la finalidad de obtener un diagnóstico de situación, que permita programar actividades educativas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar sociales predisponentes que condicionan el desconocimiento de dicho tema.
- Establecer el grado de conocimiento sobre planificación familiar que tienen las madres adolescentes en estudio.

JUSTIFICACION

Esta investigación se lleva a cabo por que se han detectado familias numerosas cuyas madres internadas en este hospital, han demostrado tener poco o ningún conocimiento sobre planificación familiar durante noviembre del 2004. Esta detección se realizó durante el desarrollo de un proyecto educativo en estar materno infantil del hospital antes mencionado.

Otro motivo por el cual se realiza esta investigación es que pese a conocer cuales son los métodos anticonceptivos, no saben utilizarlos o no los utilizan. De la misma manera se pretende ampliar el campo de acción de enfermería logrando su plena participación en la promoción de la salud sexual y reproductiva de la comunidad.

Con el mismo trabajo también se pretende determinar que otros factores sociales, familiares o culturales, influyen en el uso de la planificación familiar. Considerando la planificación familiar y la educación sobre la misma como pilar fundamental sobre el control de aquellos embarazos adolescentes sucesivos que pueden llegar a presentar un riesgo en la adolescente; desencadenando en complicaciones que van desde el aborto hasta la mortalidad infantil en niños menores de un año.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO.

El embarazo es un acontecimiento crucial para la mujer y su entorno, ya que produce cambios psicológicos, físicos, sociales y económicos. Este es un proceso fisiológico y normal; y comúnmente representa un acontecimiento deseado por la futura madre y el entorno que la rodea. Pero, en muchos casos el embarazo no es esperado, llega de improviso y afecta de sobremanera en algunos de estos aspectos ya mencionados.

De acuerdo con Reeder, Martin y Koniak el momento ideal para que el embarazo se produzca transcurre entre los 19 y los 32 años de vida de la mujer. Ya que antes de los 19 años el útero puede no haber alcanzado su completo desarrollo, y, aunque biológicamente preparada psicológicamente la mujer no esta lista en especial si el embarazo se presenta antes de los 15 años de edad.

Después de los 32 años la mujer se considera añosa para la concepción, representando un riesgo no solo para sí, sino también para el producto de la gestación. Esto se debe a que el útero ha perdido una gran parte de tejido funcional necesario para el desarrollo del producto.

En cuanto al aspecto social, dependerá en gran parte del entorno familiar en el que la mujer haya crecido, en donde no solo influirá el modo en que esta sociedad vea el embarazo sino también la sexualidad. Esto se debe tener en cuenta ya que la reproducción humana en parte, depende de como la sociedad considere las relaciones sexuales. En este aspecto también se incluyen la cultura, y la educación temas que se desarrollaran mas adelante.

El aspecto psicológico esta estrechamente ligado a los anteriormente descritos, aquí se incluye la imagen y percepción que tiene de si misma la mujer y sus sentimientos con respecto al embarazo, esto determinara que el embarazo sea aceptado o no.

En el aspecto económico el embarazo implicara cambios radicales, ya que se trata de todo un cambio de presupuesto en la vida de la mujer y de su entorno (pareja, amigos, padres). El producto de la gestación es un ser humano que requiere cuidados, alimento y afecto para subsistir y en algunos casos es la madre la que debe encargarse de esto sola.

Esto es una generalidad de lo que se esperaría en un embarazo normal. Se aclara que el termino normal esta sujeto a las características de cada persona y a la etapa del ciclo vital por la que la misma este transcurriendo.

ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo de desarrollo que separa la niñez de la etapa adulta. Es la etapa en la cual la persona debe adaptarse y ajustar sus comportamientos de la niñez a las normas aceptables desde el punto de vista social¹

Según la teoría del desarrollo social de Erikson, la adolescencia es un periodo decisivo para la formación de la identidad, en el cual los adolescentes deben transformarse en personas por derecho propio, individuos responsables de su propia vida y que saben quienes son. (Los autores adhieren a esta teoría)La principal tarea del desarrollo durante la adolescencia es resolver el conflicto entre alcanzar la propia identidad y evitar la difusión de la misma.

¹ Extraído de Enfermería Materno infantil de Reeder, Martin y Koniak. Cap 37. Pag. 926.

La formación de la personalidad durante la adolescencia puede influenciarse por la manera en que se vivieron las etapas anteriores del desarrollo, es decir que la personalidad estará determinada por la resolución de los conflictos propios de cada etapa del ciclo de vital propuestos en la teoría de Erikson.

En cuanto al crecimiento se puede dividir a la adolescencia en tres subetapas:

1. - Adolescencia Temprana (desde la pubertad a 15 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca en la mujer. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. - Adolescencia media (16 a 17 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. - Adolescencia tardía (18 a 20 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.^{II}

EMBARAZO ADOLESCENTE

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen."

El embarazo adolescente en cualquier subetapa de la adolescencia dificulta la resolución del desarrollo normal durante este periodo. Cuando se produce un embarazo temprano y no planeado la adolescente debe desplazar la energía para la tarea de internalizar una identidad y utilizarla ahora para procrear la siguiente generación, con frecuencia sin lograr un verdadero sentido de intimidad ya que como madre la adolescente debe satisfacer las necesidades de cuidados diarios de su hijo, proporcionarle un medio seguro, darle cuidados adecuados y criarlo. Ante un embarazo la adolescente puede adoptar diferentes conductas que estarán determinadas por la subetapa de la adolescencia que esta este transitando.

^{II} Extraído de Enfermería Materno infantil de Reeder, Martin y Koniak. Pág. 37. Pág. 926.

En la *adolescencia temprana* el impacto del embarazo adolescente se suma al de los cambios puberales, se exacerban los temores por los dolores del parto, la adolescente no considera el embarazo como un hecho que la transformara en madre; las preocupaciones giran en torno a ella misma. No identifica a su hijo como un ser independiente de ella y por lo tanto no asume su crianza, que suele quedar a cargo de los abuelos.

En la *adolescencia media* establecida la identidad del género, la adolescente utiliza su embarazo como manera de expresión exhibiendo su abdomen, también utilizara el embarazo como un hecho que afirme la independencia de sus padres. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ella la presencia de un compañero.

En la *adolescencia tardía* luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja, jugando muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

FACTORES DETERMINANTES Y PREDISPONENTES EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

En primera instancia el camino para el embarazo y el parto en la adolescencia abarca una serie de elecciones que la adolescente lleva a cabo en el área de la sexualidad; se identifican cuatro decisiones.

- Decisión 1 *actividad sexual* tener actividad sexual o permanecer sexualmente inactiva.
- Decisión 2 *anticonceptivos* usar o no anticonceptivos de modo adecuado.
- Decisión 3 *resolución del embarazo* llegar al parto o no.
- Decisión 4 *maternidad* asumir los cuidados y crianza del niño.^{III}

Es de gran importancia destacar el comportamiento sexual humano como factor causal y determinante del embarazo en la adolescencia. Este comportamiento es muy variable y depende de las normas sociales y culturales donde vive el sujeto. Por esto se puede clasificar a las sociedades humanas en relación con la sexualidad en:

a. - Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

b. - Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

^{III} Extraído y modificado de "Enfermería Materno infantil" de Reeder, Martin y Koniak. Pág. 37. Pág.927.

c. - *Sociedad Permisiva*: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d. - *Sociedad Alentadora*: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.^{IV} Como factores determinantes también se incluyen el abuso sexual y la violación, por la delicadeza de estos temas los autores prefieren no desarrollarlos en este trabajo.

De acuerdo con el plan provincial de salud sexual y reproductiva, el embarazo adolescente es una problemática multifactorial y considera los siguientes factores predisponentes.

Biológico

- Establece que las adolescentes son fértiles a edades menores y están expuestas al riesgo de embarazo.
- El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestra sociedad, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.
- El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes sigue siendo muy bajo.

Cultural

- Estará representado por el entorno de donde provenga la adolescente y la percepción que este tenga del embarazo y de las costumbres sexuales y reproductivas de dicho entorno.
- Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

Psicológico

- Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia; la adolescente no es capaz de vislumbrar todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En este periodo medio el egocentrismo de la etapa, le hace asumir un sentimiento de invulnerabilidad, llevándola a realizar acciones potencialmente dañinas para si misma.
- La necesidad de probar su fecundidad, puede ser un factor poderoso.

^{IV} Extraído de "Adolescencia y Embarazo". Molina R. Pérez Sánchez. Donoso Ciña. Cáp. 14. Pág. 181.

Social

- La pobreza, el hacinamiento, la promiscuidad, estrés, delincuencia, alcoholismo y adicciones; con mucha más frecuencia en los estratos sociales menores.
- Los medios de comunicación a través de los mensajes comercializados y estereotipados han contribuido a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual.
- La pérdida de la religiosidad es otro de los factores que ha afectado a las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Familiar

- *Disfunción familiar*: un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura.
- Se ha descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo de este tipo.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía.

El crecimiento y desarrollo de cada sujeto es un proceso complejo condicionado por sus características propias (genéticas, biológicas, psicológicas) y ambientales (familia, contexto social) y la influencia que sobre ellos pueda ejercer la presencia de factores protectores y de riesgo.

El producto final de este proceso será el resultado de la interacción de todos los elementos. El resultado puede ser modificado mediante intervenciones tendientes a mejorar algunas características propias y ambientales, reforzar los factores protectores y neutralizar o atenuar los factores de riesgo.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA FAMILIA Y EL INDIVIDUO.

De acuerdo con la OMS la familia es la unidad biosicosocial conformada por integrantes que comparten lazos de consanguinidad y/o afectivos y que conviven en un hogar en común.

La familia como unidad debe atravesar por etapas en su ciclo vital en donde se presentarán situaciones de vida que deberán ser afrontadas y resueltas. A estas situaciones se las conoce como acontecimientos vitales estresantes y en estos se incluyen el matrimonio, el embarazo, el nacimiento y la muerte entre otros. Todo acontecimiento vital estresante demanda que la unidad familiar se reorganice de modo que pueda sobrellevarlo sin alterar su funcionalidad de lo contrario la familia entrará en crisis y si no es capaz de resolverla entrará en disfunción.

El embarazo y la maternidad durante la adolescencia siguen siendo preocupaciones a nivel nacional por sus consecuencias en la sociedad, la familia y el individuo.

La familia de la adolescente se afecta mucho en caso de un embarazo no planeado.

Muchos padres reaccionan en un inicio con ira y dolor cuando se enteran de que su hija se embarazó; sin embargo, muchos de ellos les dan ayuda cuando el nieto nace y ofrecen su apoyo a su hija si lo necesita. El apoyo económico y social aumenta el potencial para desarrollo psicológico de la adolescente y su satisfacción emocional al desempeñar el papel de madre.

Aunque pocas madres adolescentes se casan con los padres de sus hijos, es probable que mantengan contacto regular o esporádico con ellos.

El padre adolescente.

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "*ser padre*".

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "*adoptado*" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo - padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "*huida*".

CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD - PATERNIDAD ADOLESCENTE

1. - Para la adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos inter genésico más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Aumento de la mortalidad y mayor riesgo de anemia y toxemia en el embarazo.

2. - Para el hijo de la madre adolescente.

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

3. - Para El Padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

ABORDAJE DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

En resumen y considerado una problemática multifactorial el embarazo adolescente debe ser abordado de manera preventiva en los puntos que ya se han desarrollado; mediante la prevención primaria y la educación; esto es llevado a cabo mediante programas de salud comunitaria propuestos por el gobierno provincial.

Se debe enfocar el tratamiento en la salud de la adolescente y futura madre sin dejar de lado los aspectos psicológicos y sociales que como ya hemos visto son predisponentes en el embarazo adolescente, para ello es importante que el sistema de salud detecte que factores representan riesgos y emplee las medidas necesarias para contrarrestarlos.

En otro aspecto el tratamiento se enfoca en uno de los factores determinantes del embarazo adolescente y es hasta la fecha el más usado. La salud sexual y reproductiva. Este se lleva a cabo actualmente mediante el programa provincial de salud sexual y reproductiva establecido en la ley provincial N° 6433 de salud sexual y reproductiva la cual dicta:

Que el rol de la familia y la escuela deben ser reforzados en lo atinente a la educación sexual de los adolescentes y jóvenes proporcionándoles herramientas que les permitan actuar con libertad y responsabilidad. Que se deberá tratar de alcanzar la

igualdad de todos los habitantes de la provincia, respetando idiosincrasias y valores, y garantizando la equidad en el acceso a los medios que le permitan el efectivo ejercicio del derecho a una procreación responsable.

Que es imprescindible informar, asesorar y orientar acerca de los distintos aspectos de la sexualidad humana, revisando los estereotipos asignados a varones y mujeres. Que la problemática del embarazo no deseado es especialmente compleja en el caso de los adolescentes, con graves consecuencias en el proyecto de vida personal, así como en la esfera familiar y social.

Que los embarazos adolescentes se ven afectados por situaciones de particular riesgo físico, psíquico y emocional, lo que convierte a los jóvenes en uno de los sectores más vulnerables del cuerpo social.

Que en la problemática adolescente, se observa un progresivo adelanto en la edad de inicio de las relaciones sexuales, con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Que es necesario facilitar y promover el acceso de los adolescentes a la información, asesoramiento y servicios de salud, los que deberán asegurar un ámbito de confiabilidad, confidencialidad y privacidad, tal como lo establecen los lineamientos normativos para la atención integral de la salud en adolescentes de la dirección nacional de salud materna infantil.

En la provincia de Mendoza este programa se lleva a cabo en todos los centros de salud y hospitales públicos.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo, descriptivo y correlacional y según su tiempo de ocurrencia, transversal, ya que los datos se tomaran en el periodo comprendido en el mes de octubre del año 2005.

POBLACION

Madres adolescentes (gestantes y puérperas inmediatas) internadas en el hospital Luis Lagomaggiore, en los servicios de maternidad (2º piso) y estar materno infantil durante el mes de Octubre del 2005. Promedio aproximado: 80 adolescentes.^v

MUESTRA

Se tomara el 30% de la población, por considerarse que es una muestra representativa de la totalidad de la población.

UNIDAD DE ANALISIS

Madres adolescentes (gestantes o puérperas inmediatas) de entre 12 y 19 años, hospitalizadas en los servicios de maternidad (2º piso) y estar materno infantil en el periodo de octubre del año 2005.

AREA DE ESTUDIO

Hospital Luis Lagomaggiore, ubicado en la calle Timoteo Gordillo s/n Ciudad, Mendoza. Hospital polivalente que cuenta con servicios de maternidad y neonatología. Con aproximadamente 1220.5 camas.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

La recolección de datos es realizara mediante entrevistas y la distribución de encuestas cerradas a la población de estudio.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Encuesta cerrada.

ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

Los resultados se analizaran y se volcaran en una tabla matriz, la que contendrá las categorías de las variables de estudio y los resultados se presentaran en tablas de doble entrada y entrada simple, univariadas o bivariadas, y gráficos de barra o circular.

^v datos obtenidos en servicio de maternidad (2º piso) y estar materno.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Planificación familiar: es la posibilidad de planificar la cantidad de hijos que se desea tener y en que momento. Se lleva a cabo mediante el uso de los métodos anticonceptivos, (son aquellos que impiden de una forma u otra la unión del óvulo con el espermatozoide), los diferentes tipos de métodos y la forma de usarlos.

Otros factores: los autores entienden por otros factores a aquellos aspectos sociales, familiares y culturales que influyen en la sexualidad de la adolescente como así también en la manera que esta entiende el embarazo.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

<i>VARIABLE</i>	<i>DIMENSIONES</i>	<i>INDICADORES</i>
<i>Planificación familiar.</i>	1. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.	Si No
	2. Obtención de la información.	Familia Hospital Amigos Escuela Centro de salud
	3. Métodos que conoce.	MELA Calendario Temperatura Preservativo DIU Abstinencia Métodos hormonales Ninguno
	4. Conocimiento sobre su uso.	Mucho Poco Nada
	5. Métodos de preferencia.	Naturales Artificiales

<i>VARIABLE</i>	<i>DIMENSIONES</i>	<i>SUBDIMENSIONES</i>	<i>INDICADORES</i>
<i>Otros factores influyentes</i>	Sociales	Nivel de instrucción.	Primario Secundario Terciario
		Religión.	Católica Evangélica Adventista Otra
		Nivel económico.	Alto medio bajo
	Culturales	Lugar de residencia.	Zona urbana Zona rural Zona marginal
		Accesibilidad a servicios de salud.	Accesibles Inaccesibles
		Embarazo.	Deseado No deseado No contesta
	Familiares	Relación familiar.	Buena Regular Mala
		Estado civil.	Casada Soltera En concubinato

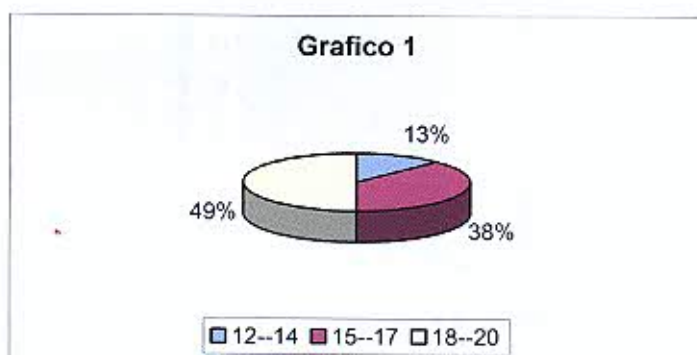
CAPITULO IV

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Tabla N° 1: Porcentaje de madres adolescentes estudiadas, según edad en Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza2005.

X	Fi	Fr	Fr%
12 - 14	3	0.125	12.5%
15 - 17	9	0.375	37.5%
18 - 20	12	0.5	50%
TOTAL	24	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

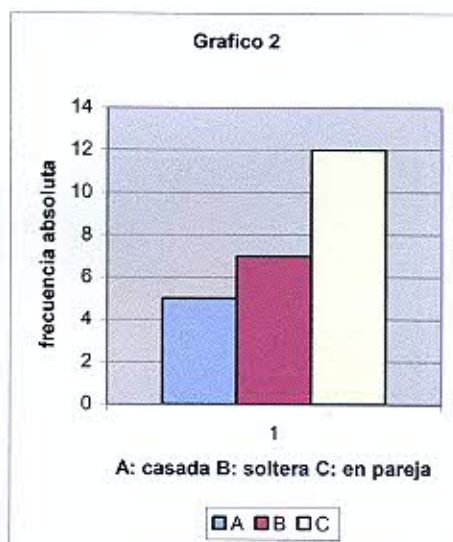


Comentario: se observa que el mayor porcentaje (49%) está comprendido entre adolescentes con edades comprendidas entre los 18 y 20 años, un dato preocupante pero no de trascendencia ya que los riesgos del embarazo adolescente no son tantos en esta etapa de la adolescencia. En donde X: edad en años; Fi: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa; Fr%: frecuencia relativa porcentual.

Tabla N° 2: Estado civil de madres adolescentes estudiadas, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	5	20.8%
B	7	29%
C	12	50%
TOTAL	24	99.9%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

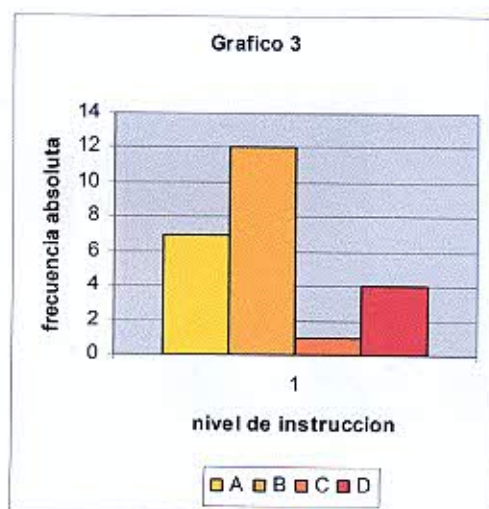


Comentario: Aquí se observa que el mayor porcentaje de la población estudiada (50%), se encuentra en concubinato. Lo cual podría significar que el núcleo familiar no existe o es inestable, esto mantiene la posibilidad de que el embarazo se repita en estas adolescentes; con las consecuencias antes descritas que este fenómeno conlleva, sobre todo cuando se desarrolla en este tipo de contexto familiar. En donde Fi: frecuencia absoluta; Fr%: frecuencia relativa porcentual.

Tabla N° 3: Nivel de instrucción de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza2005.

X	Fi	Fr%
A	7	29%
B	12	50%
C	1	4.1%
D	4	16.7%
TOTAL	24	99.9%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

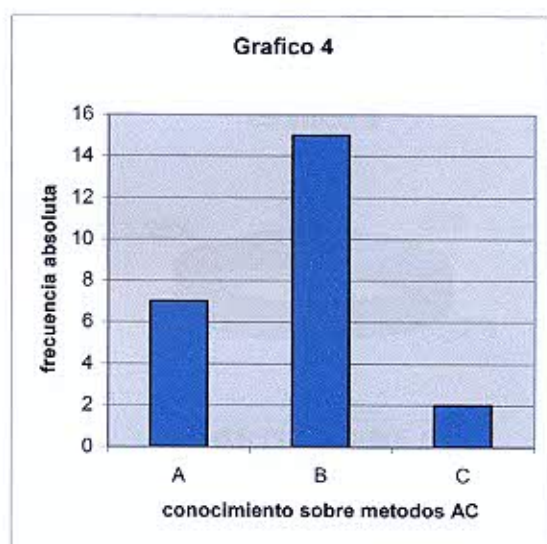


Comentario: El dato mas llamativo para los autores es que, el 50% de la población estudiada, posea un nivel de instrucción secundario, quiere decir que contaba con la instrucción básica que le hubiera permitido comprender e internalizar nuevos conocimientos tales como los métodos anticonceptivos y su uso, esto deja un cuestionamiento, ¿La educación esta siendo considerada como base para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad? Este dato se podrá apreciar mejor mas adelante. En donde A: nivel primario; B: nivel secundario; C: nivel terciario; D: ningún nivel de instrucción; Fi: frecuencia absoluta; Fr%: frecuencia relativa porcentual.

Tabla N° 4: Grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, según, en la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	7	29%
B	15	62.5%
C	2	8.3%
TOTAL	24	99.9%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

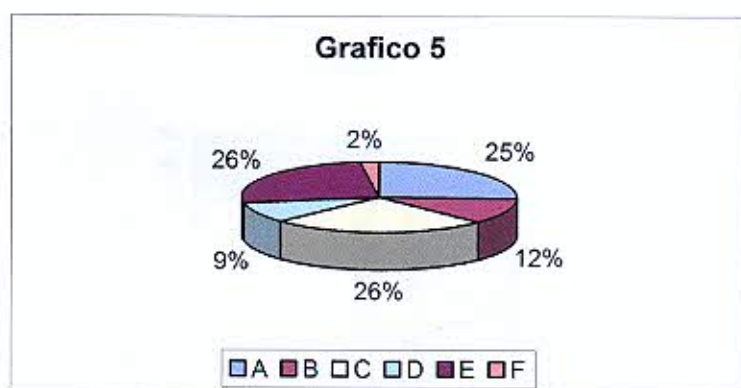


Comentario: Los autores pueden rescatar que el mayor porcentaje de madres adolescentes (62,5%), poseían poco conocimiento sobre planificación familiar un dato preocupante en esta problemática social que refleja un posible mal uso de la educación como herramienta para la salud comunitaria. En donde A: mucho conocimiento; B: poco conocimiento; C: ningún conocimiento; Fi: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa porcentual.

Tabla N° 5: Fuentes de información sobre planificación familiar, en la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr	Fr%
A	11	0.255	25.5%
B	5	0.116	11.6%
C	11	0.255	25.5%
D	4	0.093	9.3%
E	11	0.255	25.5%
F	1	0.023	2.3%
TOTAL	43	0.997	99.7%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

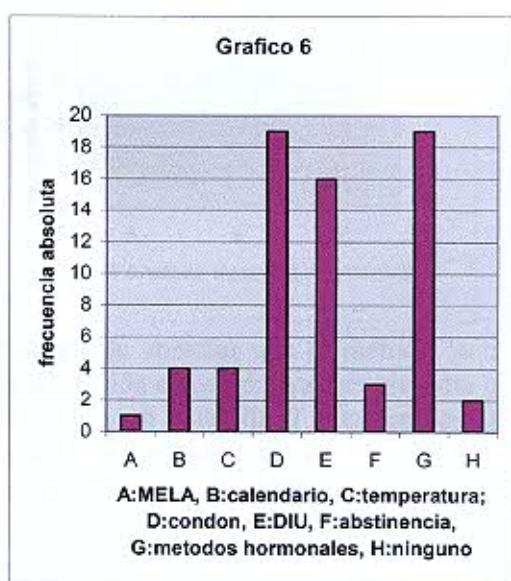


Comentario: en el siguiente gráfico se determina el porcentaje de cada fuente de información que tuvo la población de estudio sobre planificación familiar. El total de datos supera al de la población por lo tanto se observa que algunas unidades de análisis obtuvieron la información de más de una fuente. Obteniendo el mayor porcentaje como fuente de información el centro de salud (26%), siguiendo en puntaje la escuela (26%) y la familia (25%), como centros de obtención de información. En donde A: familia; B: amigos; C: centro de salud; D: hospital; E: escuela; F: otros.

Tabla N° 6: Métodos AC en conocimiento de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr
A	1	0.0147
B	4	0.058
C	4	0.058
D	19	0.279
E	16	0.235
F	3	0.044
G	19	0.279
H	2	0.029
TOTAL	68	0.9967

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

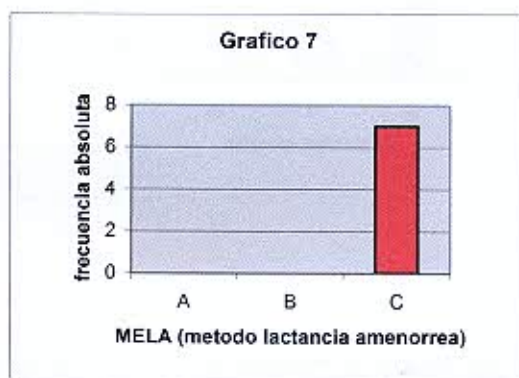


Comentario: De la tabla y grafico se puede destacar que los métodos que mas se conoce son aquellos mas difundidos por los medios y la comunidad, que no es una garantía de que la población este en pleno conocimiento de su uso. Se refleja también aquí la falta de información sobre el resto de los métodos AC. En donde Fi: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.

Tabla N° 7: Conocimiento sobre uso MELA (método lactancia amenorrea), en la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	-	-
B	-	-
C	7	100%
TOTAL	7	1

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

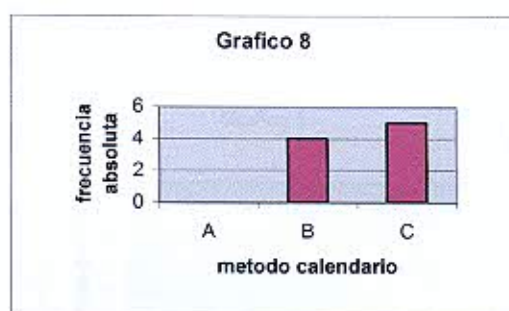


Comentario: Claramente se puede apreciar que el método lactancia amenorrea no está en conocimiento de la población estudiada, ya que presenta un alto porcentaje de desconocimiento el 100% sobre un total de 7 encuestadas que respondieron la pregunta. Se entiende ya que de los métodos AC es uno de los menos difundidos. En donde A: mucho conocimiento; B: poco conocimiento; C: ningún conocimiento.

Tabla N°8: conocimiento sobre uso método calendario, en la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005

X	Fi	Fr%
A	-	-
B	4	44%
C	5	56%
TOTAL	9	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

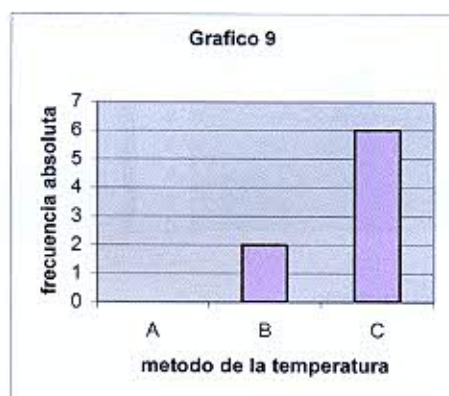


Comentario: Este es un caso similar al anterior ya que se observa un alto porcentaje entre aquellas personas que poseen poco conocimiento sobre este método (56%) y aquellas que no tienen ningún conocimiento(44%), ya que este es un método poco usado y por ende difundido, sobre un total de 9 encuestadas que respondieron a la pregunta. En donde A: mucho conocimiento; B: poco conocimiento; C: ningún conocimiento.

Tabla N° 9: Conocimiento sobre uso método de la temperatura, en la población estudiada en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	-	-
B	2	25%
C	6	75%
TOTAL	8	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

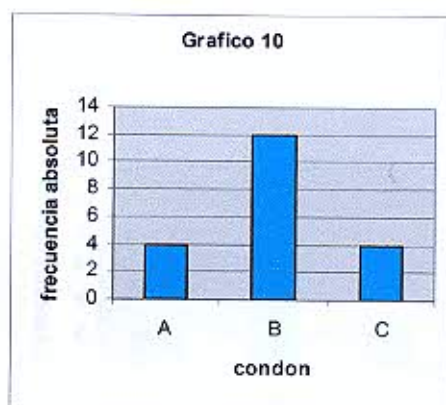


Comentario: En este caso también se observa la presencia de un alto porcentaje (75%), entre aquellas mujeres que poseen poco conocimiento sobre este método y aquellas que no lo conocen, sobre un total de 8 encuestadas que respondieron a la pregunta. En donde A: mucho conocimiento; B: poco conocimiento; C: ningún conocimiento.

Tabla N° 10: Conocimiento sobre uso del preservativo, en la población estudiada en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	4	20%
B	12	60%
C	4	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

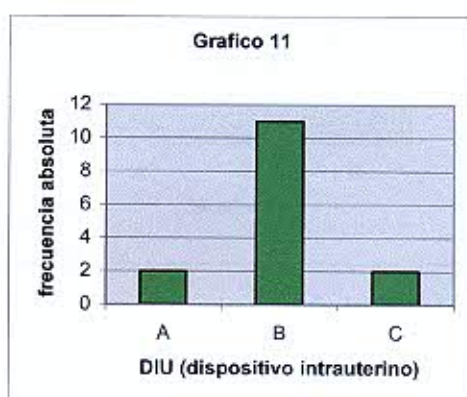


Comentario: al ser uno de los métodos AC más difundidos es el más identificado por la población, a pesar de esto solo un 20% posee conocimiento sobre este método, un 60% conoce poco sobre dicho tema y un 20% desconoce su uso, sobre un total de 20 encuestadas que respondieron a esta pregunta. En donde A: mucho conocimiento; B: poco conocimiento; C: ningún conocimiento.

Tabla N° 11: Conocimiento sobre uso del DIU (dispositivo intrauterino), en la población estudiada en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	2	13%
B	11	73%
C	2	13%
TOTAL	15	99%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

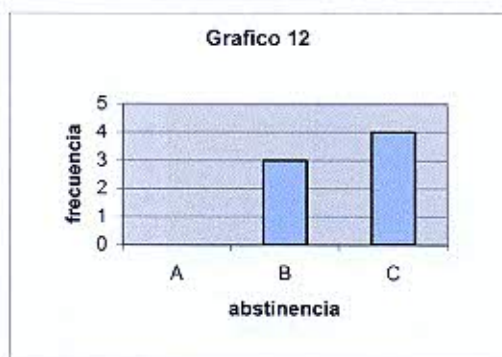


Comentario: Tal como sucede con el condón, este es un método últimamente muy difundido y usado; sin embargo solo un 13% de la población en estudio conoce sobre ese tema; y pese a ser muy utilizado un 73% de la población sabe poco sobre el mismo, y un 13 % lo desconoce por completo. Aclarando que el total en este caso son 15 personas que es la cantidad que contestó esta pregunta. En donde A: mucho conocimiento; B: poco conocimiento; C: ningún conocimiento.

Tabla N° 12: Conocimiento sobre abstinencia, en la población estudiada en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	-	-
B	3	42.8%
C	4	57%
TOTAL	7	99.9%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

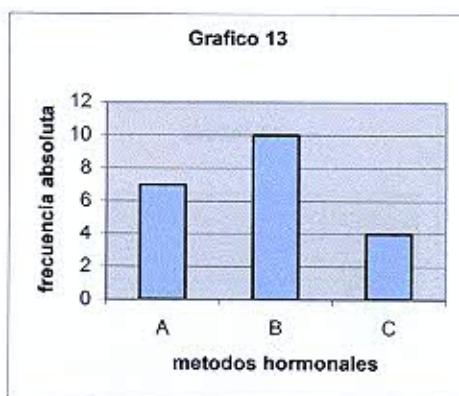


Comentario: Se puede apreciar que es un método prácticamente ignorado por la población estudiado, ya que un 57% de la misma desconoce su uso. Se explica dada las características de dicha población. En donde A: mucho conocimiento; B: poco conocimiento; C: ningún conocimiento.

Tabla N° 13: Conocimiento sobre uso de métodos hormonales, en la población estudiada en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	7	33%
B	10	47%
C	4	19%
TOTAL	21	99%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

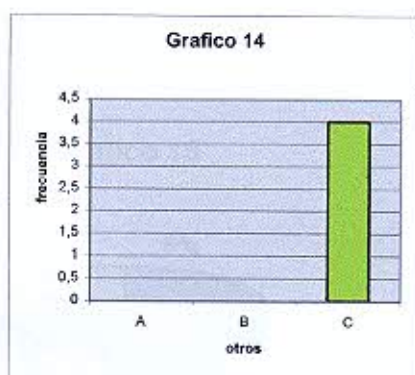


Comentario: Tal como se observo en el caso del condón, a pesar de que estos métodos son muy difundidos hay un 47% de embarazadas adolescentes que tienen poco conocimiento sobre estos métodos, esto es algo preocupante ya que la píldora es el método más difundido y usado por la población femenina. En donde A: mucho conocimiento; B: poco conocimiento; C: ningún conocimiento.

Tabla N° 14: conocimiento sobre el uso de “otros” métodos AC, en la población estudiada en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005

X	Fi	Fr
A	-	-
B	-	-
C	4	1
TOTAL	4	1

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

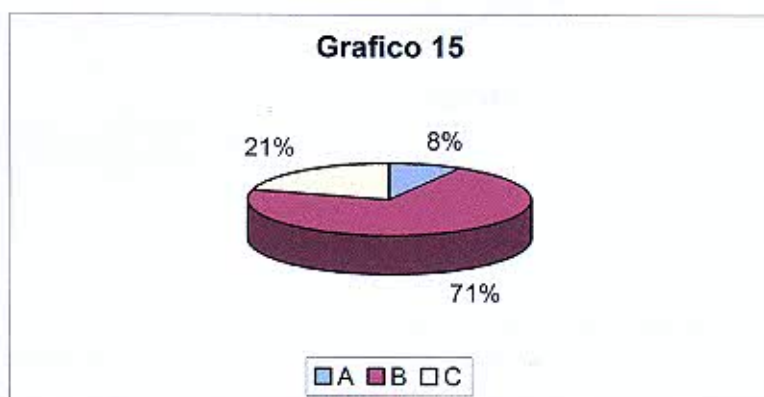


Comentario: En este apartado no se cuenta con la definición de “otros” métodos AC que hubiera aportado la población estudiada ya que se refleja que no tienen conocimiento de un método alternativo a los ya conocidos.

Tabla N° 15: Métodos de preferencia, en la población estudiada en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005

X	Fi	Fr	Fr%
A	2	0.083	8.3%
B	17	0.708	70.8%
C	5	0.208	20.8%
TOTAL	24	0.999	99.9%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.



Comentario: El dato de mayor relevancia aquí es que el 71% de la población estudiada mantuvo como preferencia los métodos AC artificiales probablemente por el tipo de información al que tuvieron acceso. Se observa un pequeño porcentaje (21%) considerable de encuestadas que no contestaron. En donde A: métodos naturales; B: métodos artificiales; C: no sabe, no contesta.

Tabla N° 16: Establece si el embarazo fue deseado o no, en la población estudiada en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005

X	Fi	Fr%
A	12	50%
B	12	50%
TOTAL	24	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

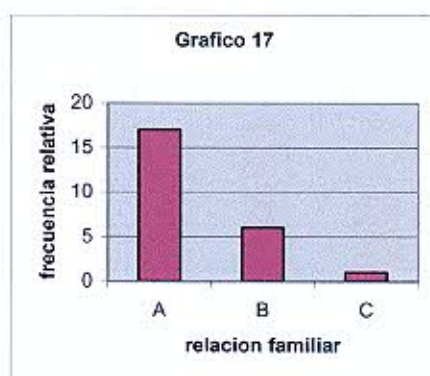


Comentario: Se observa en el siguiente grafico que en el 50% de los casos el embarazo fue deseado el resto no. En donde A: si; B: no.

Tabla N° 17: Relación familiar, en la población estudiada en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	17	70.8%
B	6	25%
C	1	4%
TOTAL	24	99%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

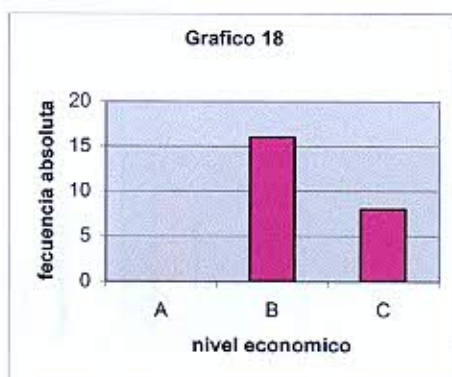


Comentario: en la gran mayoría de los casos estudiados (70,8%), la relación familiar era buena por lo tanto se descarta la relación familiar como posible detonante del embarazo adolescente en este grupo poblacional. En donde A: relación buena; B: relación regular; C: relación mala.

Tabla N° 18: Nivel económico, en la población estudiada en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	-	-
B	16	67%
C	8	33%
TOTAL	24	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

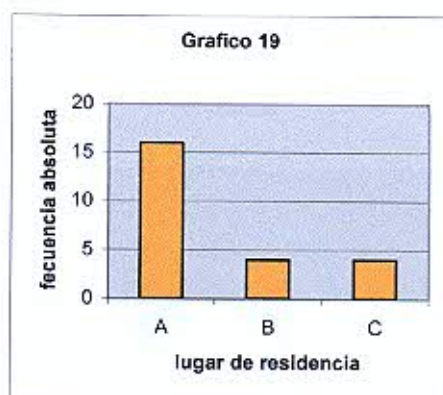


Comentario: se observa que el 66,6 % de la población en estudio posee un nivel económico medio, y un 33,3% posee un bajo nivel económico. En donde A: nivel alto B: nivel bajo C: nivel bajo.

Tabla N° 19: Lugar de residencia de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	16	66,6%
B	4	16,6%
C	4	16,6%
TOTAL	24	99,8%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

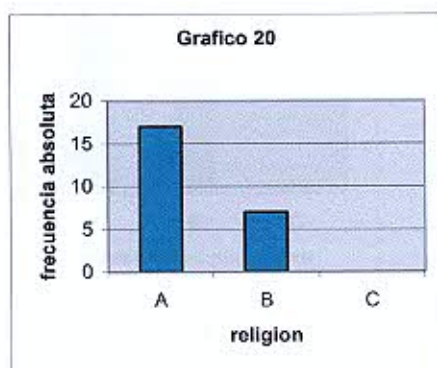


Comentario: El 66,6% de la población estudiada reside en zonas urbanas, un (16,6%) en zonas rurales y un 16,6% en zonas marginales en donde A: zona urbana; B: zona rural; C: zona marginal.

Tabla N° 20: religión de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	17	70.8%
B	7	29.2%
C	-	-
TOTAL	24	99.9%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

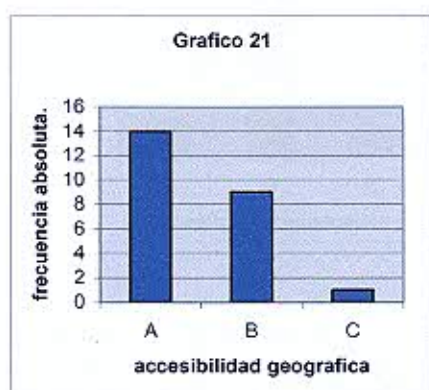


Comentarios: El 70,8% de la población es católica y un 29,2% es evangelista. Quienes solo aceptan las relaciones sexuales con fines reproductivos. En donde A.: religión católica; B: religión evangelista; C: religión adventista.

Tabla N° 21: Alcance a servicios de salud (accesibilidad geográfica), de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	14	58.3%
B	9	37.5%
C	1	4.1%
TOTAL	24	99.9%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

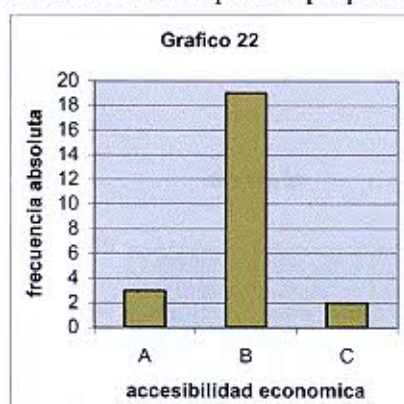


Comentario: Los autores encuentran relevante el hecho de que el 58,3 % de la población posee accesibilidad a los centros de salud, y que un 37,5% posee poca accesibilidad a los mismos. Lo que nos demuestra que la información es accesible para la población. En donde A: es mucha accesibilidad, A. poca, y C: nada.

Tabla N° 22: Alcance a los servicios de salud (accesibilidad económica), de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	3	12.5%
B	19	79.2%
C	2	8.3%
TOTAL	24	99.9%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

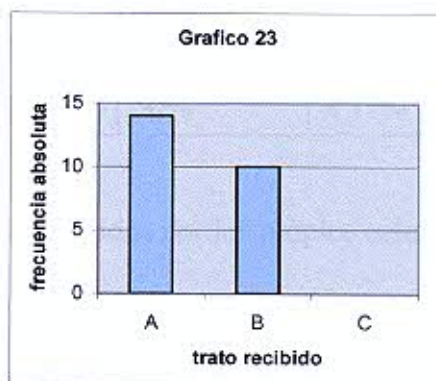


Comentario: La poca accesibilidad económica a los servicios de salud es por demás notoria en este grafico en donde el 79,2% posee poca accesibilidad económica. En donde A: mucha; B: poca; C: nada de accesibilidad.

Tabla N° 23: Alcance a los servicios de salud (trato recibido) de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

X	Fi	Fr%
A	14	58.3%
B	10	41.6%
C	-	-
TOTAL	24	99.9%

Fuente: datos obtenidos por los propios autores.



Comentario: solo se destaca que el 58,3% de al población, recibió en general buen trato y Que el 41% recibió un trato regular. En donde A: mucha; B: poca; C: nada de accesibilidad.

Tabla N° 24: Relación entre, edad y nivel de instrucción, de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005

Educación Edad	Primario	Secundario	Terciario	Ninguno
12-14	1	1	0	1
15-17	4	4	0	1
18-20	2	7	1	2
TOTAL	7	12	1	4
TOTAL %	29.1%	50%	4.17%	16.67%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

Comentario: Esta tabla nos muestra que el 50% de las adolescentes se encuentran entre las edades de 18 a 20 años, y que poseen una instrucción secundaria. Lo que nos demuestra que son personas con una educación básica; talvez no de lo más efectiva pero los autores asumen que es suficiente para facilitar la incorporación de nuevos conocimientos y su aplicación.

Tabla N°25: Relación entre estado civil y edad, de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005

Estado Civil	Casada	Soltera	En pareja
Edad			
12-14	0	2	1
15-17	0	4	5
18-20	5	1	6
TOTAL	5	7	12
TOTAL %	20.8%	29.2%	50%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

Comentario: Esta tabla relaciona datos por demás preocupantes como por ejemplo, que hay un 50% de adolescentes estudiadas que solo están en pareja, un 20,8% se encuentra casada y un 29,2% se encuentra solas. Si se toma en cuenta lo anteriormente descrito las mayores consecuencias somáticas y psicológicas se presentan en estas etapas de la adolescencia y aumentan en el caso de la relación de pareja que puede ser en el mayor de los casos inestable y aun más si la adolescente debe enfrentar el embarazo sola.

TABLA N°26: Relación entre nivel de instrucción y conocimiento sobre métodos anticonceptivos, de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005

Conocimiento sobre métodos Anticonceptivos	Mucho	Poco	Nada
Educación			
Primarios	1	4	2
Secundarios	5	7	0
Terciarios	1	0	0
Ninguno	0	4	0
TOTAL	7	15	2
TOTAL %	29.2%	62.5%	8.33%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

Comentario: Esta tabla nos muestra que pese a que un 50% de la población posee educación secundaria y que además un 62.5% poseen poco conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, lo que nos indica la necesidad de hacer hincapié en la educación sexual en los colegios con el fin de comenzar a internalizar estos conocimientos de manera temprana.

Tabla N°27: Relación entre, estado civil y deseo de concebir el embarazo, de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005

Deseo de concebir el Embarazo	Si	No
Estado Civil		
Casada	4	1
Soltera	3	4
En pareja	5	7
TOTAL	12	12
TOTAL %	50%	50%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

Comentario: para este comentario los autores dejan en claro que consideran que el matrimonio como institución es la base de la que se parte para conformar una familia. En este caso se ve que el 50% de los embarazos fue deseado y el otro 50% no. Lo que es preocupante y relevante para los autores es el gran número de adolescentes que no están en pareja de manera formal haciendo hincapié en lo anteriormente escrito.

Tabla N°28: Relación entre estado civil y lugar de residencia, de la población estudiada, en el Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza 2005.

Estado civil Lugar de residencia	Casada	Soltera	En pareja
Zona Urbana	4	3	9
Zona Rural	0	2	2
Zona Marginal	1	2	1
TOTAL	5	7	12
TOTAL %	20.8%	29.2%	50%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores.

Comentario: La presente tabla nos muestra que el 50% de las adolescentes encuestadas se encuentra en pareja y que residen en la zona urbana. Lo que tendría que permitir tener un mayor conocimiento sobre planificación familiar, al estar mas cerca de los servicios de salud, además de encontrarse en pareja que podría significar de alguna, manera que la adolescente esta siendo contenida; esto es poco probable. Pese a esto las encuestas nos muestran que el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, es poco, lo que nos indica la necesidad de que los servicios de salud hagan hincapié en este tema, ya que son quienes tienen mayor contacto con la gente.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Después de haber realizado este proyecto, recolectar la información, analizarla y procesarla. Y de acuerdo con los objetivos planteados por los autores. Se llega a la siguiente conclusión:

1. El 49% de los embarazos adolescentes se presentan entre los 18 y los 20 años de edad.
El 37.5% entre los 15 y los 17 años de edad y el 12.5% entre los 12 y 14 años de edad.
2. El 50% de las encuestadas tenían un nivel de educación secundario, mientras que solo un 16.7% no poseían ningún nivel de instrucción.
3. El 50% de las encuestadas mantenían una relación de concubinato, en contraste con un 29% de encuestadas solteras y solo un 20% de encuestadas casadas.
4. Del total de encuestadas se concluye que un 91% de los embarazos adolescentes están determinados por el conocimiento sobre planificación familiar y su aplicación. Mientras que solo un 9% esta determinado de manera directa por otros factores.
5. Del porcentaje anteriormente descrito un 29% poseía mucho conocimiento sobre planificación familiar; un 62.5% poco conocimiento y un 8.3% ningún conocimiento sobre planificación familiar.
6. Del porcentaje de encuestadas que si deseaba tener un embarazo 41.7% se encontraba solo en pareja; 25% en soltería y 33.3% en matrimonio.
7. Del porcentaje de encuestadas que no deseaba tener un embarazo 58% estaba solo en pareja; 33.3% en soltería y 8.3% en matrimonio.

Entonces... el embarazo adolescente es una problemática multicausal que va en crecimiento. Tras la aparición de este fenómeno existen riesgos muy grandes que afectaran no solo a la madre sino también al hijo llegando hasta el peligro de muerte en el peor de los casos.

Sin embargo los autores no descartan que un embarazo significa una gran virtud de los seres vivos, y esa es la de crear nueva vida, una nueva esperanza. Un proceso que en el ser humano y en muchas otras especies tiene un sentido mucho mas grande que el biológico y que abarca aspectos como el psicológico, el afectivo y también el religioso que complementan e integran ese gran misterio y a la vez milagro de la creación: "la Vida".

RECOMENDACIONES:

Luego de finalizada esta investigación, y conociendo los factores que llevan a la aparición de embarazos en las adolescentes; se propone que se haga hincapié en la educación sexual y reproductiva mediante una activa participación del personal de enfermería.

- Se recomienda a las autoridades de las entidades educadoras, reforzar la educación y hacer hincapié en la promoción de la salud teniendo como base la salud comunitaria.
- Que en las escuelas de enfermería se ponga tanta atención en la salud sexual y reproductiva como en la familia.
- Que enfermería, a través de las asociaciones que la nucleen, sea protagonista tanto en la implementación cómo en la programación de proyectos orientados en el tema usando como herramienta el punto de vista holístico.
- Que los lugares de trabajo fomenten, la participación de enfermería en la contención de la adolescente cuando el embarazo ya se ha producido.

ANEXOS

ENCUESTA

Se les informa que la siguiente encuesta, formará parte del trabajo final de Investigación en Enfermería, requisito para obtener el título de Licenciado en Enfermería.

Agradecemos su colaboración.

1-¿Que edad tiene?

2-*Estado civil.*

- a) Casada b) soltera c) en pareja

3-¿Qué estudios posee?

- a) Primarios b) secundarios c) terciarios d) ninguno

4-¿Qué conoce sobre los métodos anticonceptivos?

- a) Mucho b) Poco c) Nada

5-¿Cómo obtuvo la información? A través de:

- a) Familia b) amigos c) en el centro de salud d) en el hospital
e) en la escuela f) otros

6-¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

- a) MELA b) calendario c) temperatura d) condón
e) DIU f) abstinencia g) métodos hormonales h) ninguno

7-¿Qué conocimientos tiene sobre su utilización?

- a) MELA: mucho b) Calendario: mucho c) Temperatura: mucho
 poco poco poco
 nada nada nada
d) Condón: mucho e) DIU: mucho f) Abstinencia: mucho
 Poco poco poco
 Nada nada nada
g) Métodos hormonales: mucho h) Otros: mucho
 poco poco
 nada nada

8-¿Qué métodos prefiere?

- a) Naturales b) artificiales

9-El embarazo, ¿fue deseado?

- a) Si b) No

10-¿Cómo es la relación con su familia?

- a) Buena b) regular c) mala

11-Nivel económico.

- a) Alto b) medio c) bajo

12-Lugar de residencia.

- a) Zona urbana b) zona rural c) zona marginal

13-Religión que practica.

- a) Católica b) evangélica c) adventista

14-¿Qué alcance tiene a los servicios de salud?, en cuanto a:

- a) Accesibilidad geográfica: mucha b) accesibilidad económica: mucha
poca poca
nada nada
- c) en cuanto al trato que se recibe en el centro asistencial más cercano: mucha
poca
nada

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- **Enfermería Materno infantil.**

Reeder, Martin, y Koniak; capítulo 37; paginas: 925, 926, 927.

- **Adolescencia y Embarazo.**

Molina, R; Pérez Sánchez, Donoso Ciña; capítulo 14; pagina: 181.

- Programa provincial de salud sexual y reproductiva.
- Ley provincial de salud sexual y reproductiva.