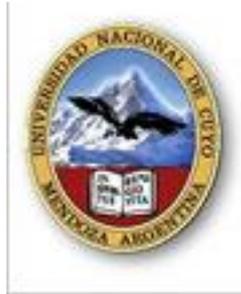


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
Facultad de Ciencias Médicas



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Sede CRUZ ROJA – SAN RAFAEL

EMBARAZO ADOLESCENTE

Causas del aumento de la tasa
de embarazos registrados en el Hospital T. J. Schestakow

(Estudio Cuantitativo Transversal realizado en adolescentes embarazadas
atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Teodoro J. Schestakow)

AUTORA: Liliana Inés Díaz

San Rafael-Mendoza

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
Facultad de Ciencias Médicas

Advertencia

El siguiente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado sin el consentimiento de la escuela o de sus autoras.

El presente estudio de investigación fue aprobado el día.....

Tribunal de evaluación:

Presidente:

Vocal:.....

Vocal:.....

PRÓLOGO

Este trabajo analiza la situación de la evolución en tasas de embarazo adolescente en el Departamento de San Rafael, tomando como referencia las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Teodoro. J. Schestakow.

Varias son las razones que justifican la preocupación sobre este tema; las más citadas son el abandono escolar que sería causado por el embarazo y la maternidad, la transmisión intergeneracional de la pobreza, los efectos de la maternidad temprana sobre la salud de la madre y del hijo.

A pesar que las razones parecen atinadas, abundan los trabajos que discuten la validez de las razones aducidas y que despiertan la polémica en torno al tema (Geronimus y Korenman, 1992; Pantelides, 2004; Stern, 1997).

Desde nuestro punto de vista, la preocupación se justifica, en primer lugar, porque en la Argentina hay evidencia de que la mayoría de hijos de adolescentes son hijos no planeados (Zamberlin, 2005: 286; Gogna, 2005: 322) y que, por tanto, deberían encararse acciones preventivas de la ocurrencia de los embarazos que les dieron lugar.

En segundo lugar, porque el tener hijos en la adolescencia puede, bajo ciertas circunstancias que discutiremos más adelante, tener consecuencias de salud para la madre y el hijo.

Este enfoque fue elegido, entonces, porque además de su interés científico también provee elementos para posibles políticas públicas.

ÍNDICE GENERAL

PRELIMINARES

Portada.....	I
Advertencia.....	II
Acta de Aprobación.....	III
Prólogo.....	IV
Índice General.....	V
Índice de Tablas y Gráficos.....	VI

CAPÍTULO I. PLANTEO DEL PROBLEMA

Introducción.....	2
Problema.....	5
Objetivos del Estudio.....	5
Marco teórico.....	7

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio.....	23
Área de estudio.....	23
Universo y muestra.....	24
Variables.....	24
Técnica de recolección, procesamiento y presentación de datos.....	27
Instrumentos.....	27

CAPÍTULO III. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

Resultados.....	29
Discusión y propuestas.....	47

APÉNDICE Y ANEXOS

Antecedentes estadísticos.....	55
Planilla de encuesta.....	63
Bibliografía.....	66

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA Y GRAFICO N° 1:.....	Pág.29
TABLA Y GRAFICO N° 2:.....	Pág.30
TABLA Y GRAFICO N° 3:.....	Pág.31
TABLA Y GRAFICO N° 4:.....	Pág.32
TABLA Y GRAFICO N° 5:.....	Pág.33
TABLA Y GRAFICO N° 6:.....	Pág.34
TABLA Y GRAFICO N° 7:.....	Pág.35
TABLA Y GRAFICO N° 8:.....	Pág.36
TABLA Y GRAFICO N° 9:.....	Pág.37
TABLA Y GRAFICO N° 10:.....	Pág.38
TABLA Y GRAFICO N° 11:.....	Pág.39
TABLA Y GRAFICO N° 12:.....	Pág.40
TABLA Y GRAFICO N° 13:.....	Pág.41
TABLA Y GRAFICO N° 14.....	Pag.42
TABLA Y GRAFICO N° 15.....	Pag.43
TABLA Y GRAFICO N° 16.....	Pag.44
TABLA Y GRAFICO N° 17.....	Pag.45

CAPITULO I

Planteo del problema

Introducción

El embarazo en la adolescente es una situación que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

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

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres.

Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*.

Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "*poderoso instrumento*" que le afirme su independencia de los padres.

Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. 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 ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

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.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

Esta es la temática a abordar en este estudio, poder determinar causas y factores que inciden en el aumento de los embarazos adolescentes y proponer estrategias que puedan ayudar a educar a las jóvenes a tomar conciencia no solo de las medidas que puedan tomar para prevenir el embarazo, sino la forma de afrontar esta situación.

El rol de las profesionales de la salud, es determinante ya que ellas por su cercanía a las pacientes son las agentes de cambio cultural en una sociedad necesitada de contención ante la grave crisis socioeconómica por la que está atravesando.

El tener un hijo debería formar parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, sin embargo se nos presenta como una situación social problemática que debe ser enfocada desde el punto de vista de la "salud integral del adolescente".

Específicamente en el Servicio de Maternidad del Hospital Teodoro J. Schestakow, se ha detectado un incremento en la tasa de partos en mujeres adolescentes. Con las consecuencias que ello tendrá no sólo sobre el futuro de la madre adolescente, sino del niño y porque no de la familia de las jóvenes que se hallan en esta situación.

El hecho de detectar causas nos permitirá abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad paternidad.

Problema

¿Cuáles son las causas del aumento en el índice de los partos en madres adolescentes atendidos en el Servicio de Maternidad del Hospital Teodoro J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del año 2010?

Objetivo General.

Determinar las causas y factores que inciden en el aumento de la tasa de partos en madres adolescentes en el Servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, con la finalidad de implementar medidas educativas sobre planificación familiar.

Objetivos específicos

- Determinar las tasas de crecimiento de partos de madres adolescentes analizados en este estudio.
- Identificar el perfil socio económico y cultural de las madres adolescentes.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y complicaciones del embarazo que poseen las adolescentes atendidas.
- Determinar las patologías existentes en las adolescentes embarazadas atendidas en los Consultorios Externos del Hospital Teodoro J. Schestakow.

Objetivo de transferencia

- Establecer estrategias destinadas a prevenir, educar y difundir pautas de conducta que nos permiten atender y reducir el número de casos de embarazos adolescentes

MARCO TEORICO

La OMS define como *adolescencia* al **"período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica"** y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

"Se considera a la adolescencia como un periodo de la vida libre de problemas de salud, en la actualidad el tema de la salud reproductiva en los adolescentes representa un área especialmente sensible desde el punto de vista social, económico y educativo, dado las implicancias sociales que el mismo conlleva."

"En muchos países, la población adolescente llega a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2010 llegará a superar lo 1,2 millones".

"Debido a los cambios sociales que se han registrado, no solo como consecuencia de pautas culturales, sino también por razones económicas y de la evolución madurativa en el físico de los adolescentes, la actividad sexual de los mismos ha ido en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años". (1)

(1)Population Reference Bureau. La actividad sexual y la maternidad entre los adolescentes en América Latina y El Caribe: riesgos y consecuencias. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, Demographic and Health Surveys, 1992

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – *Adolescencia Temprana (10 a 13 años)*

Biológicamente, es el periodo con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

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 (14 a 16 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 apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – *Adolescencia tardía (17 a 19 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.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, pero además debemos tener en cuenta otros factores tales como:

- Origen social.
- Nivel educativo.
- Entorno Familiar.

El embarazo temprano es consecuencia de todos estos factores actuando al unísono. Solo si los sabemos interpretar podremos hallar los elementos que nos permitan prevenirlo, contener a las adolescentes que se hallen en esta situación y de algún modo contribuir desde nuestro rol de enfermeras a modificar pautas culturales y de comportamiento ante esta situación.

*"Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; **son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes**". (2)*

(2) Pérez-Segura J, Torres A. Repercusión del embarazo en la salud perinatal de la adolescencia. En: Atkin L, Arcelus M, Fernández-McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988:380-397.

El embarazo adolescente se ha convertido en uno de los problemas sociales que más interés y preocupación ha despertado a nivel internacional.

“Las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.” (3)

Algunas de las consecuencias y de las causas son objeto de discusión y de polémica, es innegable la repercusión social que este tema tiene y por lo tanto merece que lo analicemos en las repercusiones que a nivel local puede tener.

Sabemos que la adolescencia es una etapa de cambio y de ajustes en la personalidad del adolescente, esta situación en un contexto de pobreza, analfabetismo.

(3) AÑAÑOS, C. (1993), "Fecundidad y madres adolescentes de la ciudad de Rosario: tendencias 1980-1991", en AEPA, *II Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Buenos Aires. AEPA v Honorable Senado de la Nación.

Al producirse el embarazo en la adolescencia en un contexto de desaprobación y rechazo, hace que se convierta en una situación difícil y problemática. Para resolverla, los jóvenes realizan un proceso orientado a ajustar la propia identidad.

Proceso de aceptación del embarazo adolescente

El embarazo se convierte debería convertirse en un tiempo y en un espacio para recuperar el valor perdido y ganar aceptación social. Este proceso, consta de tres partes o subprocesos:

- decidiendo continuar con el embarazo
- cambiando su yo
- preparándose para ser madre

“Los embarazos adolescentes son un factor del incremento de la pobreza y de la precariedad en las condiciones de vida, ya que esto implica a nivel familiar un aumento de los gastos y un estancamiento en los ingresos, ya sea porque la adolescente deja de colaborar con los ingresos familiares o porque dicho ingreso se mantiene estable o estancado debido a la situación económica en general.” (4)

(4) BINSTOCK, G. y PANTELIDES, E. A. (2005), "La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico", en GOGNA, M. (coordinadora), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 77-112.

El embarazo adolescente como problema social

El tema referido a si el embarazo fue deseado o no tampoco es un tema menor pues como consecuencia de esta situación puede derivarse el maltrato infantil.

Aunque se crea que el prejuicio social sobre las madres solteras se ha superado, en la práctica esto dista mucho de ser así lo cual agrega un factor más de discriminación y se convierte en un factor de riesgo para la adolescente que ha sido madre.

Según datos del último censo en la Argentina. la tasa de fecundidad de las mujeres de entre 15 a 19 años en la Argentina -con un valor de alrededor de 60 por mil- se sitúa por encima del promedio mundial, estimado en 49,7 por mil para el período 2000-2005, pero por debajo de la media para América Latina y el Caribe que es de 72,4 por mil (Naciones Unidas, 2003).

A partir del momento en que comenzaron a publicarse en la Argentina las estadísticas de fecundidad por edad, en 1954, la fecundidad adolescente tomó un curso ascendente, que tuvo su punto máximo alrededor de 1980. Parte de este ascenso puede deberse al mejoramiento de la captación pero otra parte acompaña la tendencia ascendente de las tasas de fecundidad de todas las edades, que ocurrió a mediados de la década de 1970.

Esto es cierto, ya se trate del grupo de 10 a 14 años (fecundidad adolescente precoz) como del de 15 a 19 años (fecundidad adolescente tardía), aunque en términos relativos la fecundidad adolescente precoz subió mucho más que la tardía (130 por ciento la primera y 34 por ciento la segunda).

Antecedentes en la R. Argentina

Según investigaciones realizadas en la Argentina, la maternidad en la adolescencia es mucho más frecuente entre las jóvenes con menor nivel de instrucción. Si bien las estadísticas argentinas no permiten una caracterización de la fecundidad adolescente por estratos socioeconómicos, otros indicios muestran que las adolescentes madres se reclutan desproporcionadamente entre las más pobres.

Otro de los datos a investigar es la mortalidad entre las adolescentes embarazadas al momento del parto.

La definición del embarazo adolescente como un problema se basa principalmente en estos cuatro puntos

- a) su supuesto incremento.
- b) su contribución al crecimiento acelerado de la población.
- c) sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño.
- d) su supuesta contribución a la persistencia de la pobreza.

Se dice que el número de embarazos adolescentes está aumentando de manera considerable, y que alcanza grandes cifras y altas proporciones. La evidencia existente no nos permite afirmar con certeza que este supuesto se cumpla

Otro de los argumentos en el tema de los embarazos adolescentes es que el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y a un menor espaciamiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población.

Otro de los argumentos comúnmente manejados para definir este fenómeno como un problema social, y que parece ser el que ha adquirido un mayor peso en la actualidad, es el de sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño. Hay que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como una de las causas principales del embarazo adolescente: para algunos grupos sociales.

El embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia. Sin embargo, una parte importante de esta asociación se debe al origen mismo de la adolescente en términos del grupo social y del nivel socioeconómico del que proviene, del contexto familiar en el que creció y de los obstáculos que la sociedad interpone en su camino para un crecimiento y desarrollo adecuados.

Argumentos que se esgrimen para definir al embarazo adolescente como problema

Se dice que el número de embarazos adolescentes está aumentando de manera considerable, y que alcanza grandes cifras y altas proporciones.

Sin embargo, de acuerdo con el sentido común y con la evidencia disponible, no parece que sea más frecuente ahora que, digamos, hace cincuenta, treinta o veinte años, que las adolescentes se embaracen (y tomemos como tales, provisionalmente, a las que tienen entre 15 y 19 años de edad, que es el criterio más utilizado por quienes manejan estadísticas sociodemográficas en relación con la sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes).

“Otro de los argumentos que se aducen para considerar al embarazo adolescente como problema público se da desde el punto de vista demográfico, en términos de sus consecuencias para el crecimiento de la población. Se indica –y los datos así lo muestran– que el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y a un menor espaciamiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población.” (5)

No hay duda de que el embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población y que, en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y, por tanto, definirse como un problema público legítimo

Pero, habría que valorar su peso real en el crecimiento de la población –que probablemente no es muy elevado– y circunscribirlo a ciertos sectores de la misma en los que el fenómeno se concentra: en los sectores más pobres de la sociedad, en los que, además, la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo

(5) CARROLI, G. (2005), *Embarazo adolescente. Diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Datos del Gran Rosario*, Trabajo presentado en la XIX Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana, Cartagena de Indias, Colombia, 10-13 de mayo.

La legitimidad del embarazo adolescente como problema demográfico, por otra parte, no implica que su solución se limite a una mayor cobertura de métodos anticonceptivos, como se piensa a menudo. En sectores muy numerosos de la sociedad, en particular la población rural y la marginal urbana –precisamente aquellos en los que el embarazo temprano es más frecuente– la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales.

Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora los limitan.

En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo.

Otro de los argumentos comúnmente manejados para definir este fenómeno como un problema público, y que parece ser el que ha adquirido un mayor peso en la actualidad, es el de sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño.

Empecemos por preguntarnos si hay razones para sostener que un embarazo entre los 15 y 19 años de edad deba constituirse necesariamente en un riesgo para la salud de la madre y/o del niño.

Contra lo que generalmente se piensa, no ocurre así, ya que en condiciones adecuadas de nutrición, de salud, de atención prenatal, y en un

contexto social y familiar favorables, un embarazo y/o parto a los 16, 17, 18 ó 19 años de edad no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que un embarazo y parto entre los 20 y 25 años.

Es sólo a edades muy tempranas –menores a dos años posmenarca, o sea más o menos a los 14 años de edad– cuando se constituye en un riesgo en términos biológicos, y su frecuencia a dichas edades no tiene comparación con la cantidad de embarazos que ocurren entre los 16 y los 19 años.

“Como el embarazo en edades adolescentes tiende a concentrarse precisamente en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y de salud de la madre y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios, la correlación positiva entre la edad a la que ocurre el embarazo y el riesgo de problemas de salud se presenta con gran frecuencia en estudios empíricos

Pero no son ni la edad a la que ocurre el embarazo ni los factores biológicos asociados a la misma los que, en sí mismos, se constituyen en riesgos de consideración, sino su interacción con las condiciones de nutrición, de salud y de falta de atención de la madre.” .⁽⁶⁾

(6) GIUSTI, A. y PANTELIDES, E. A. (1991), *Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985*, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.

Embarazo adolescente y salud de las madres

Ciertamente, hay preocupaciones legítimas por el embarazo adolescente en términos de la salud de madres e hijos. Las condiciones sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente tienen mucho más peso que la edad y los factores biológicos relacionados con ésta en sus consecuencias negativas para la salud. El que tengan dichas consecuencias obliga a que el Sector Salud intervenga de manera decisiva para atenderlas, remediarlas y tratar de prevenirlas en términos de posibles embarazos subsecuentes.

Dada la naturaleza del problema, ¿no debiera recaer una parte importante de la responsabilidad en otros sectores, como el educativo –incluyendo la formación de maestros y los medios de comunicación de masas– y aquellos encargados de las políticas económicas y sociales?

Uno de los argumentos que recientemente ha recibido mayor difusión y respaldo "científico" es aquel que ve en el embarazo adolescente un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza. Este argumento se asocia cercanamente al supuesto de que dicho fenómeno coarta las posibilidades de obtener una escolarización suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente (o mejor remunerado) lo cual, a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos, de tal modo que esta situación se perpetúa como un círculo vicioso.

Existen diversos elementos que se manejan al respecto; por ejemplo, que el embarazo adolescente tiende a repetirse entre las generaciones; a conducir a uniones inestables; a una jefatura de hogar femenina; a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, etcétera, lo cual, se arguye, se traduce en un mecanismo de transmisión de la pobreza.

Embarazo adolescente y pobreza

El hecho de que el embarazo temprano se encuentre frecuentemente asociado con la pobreza no implica que sea un fenómeno que conduzca a dicha situación ni que, por sí mismo, lleve a perpetuarla.

Más bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como una de las causas principales del embarazo adolescente: para algunos grupos sociales, como extensos sectores de la población rural, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia.

Para otros, como el sector marginal urbano, porque los embarazos en adolescentes son vividos como una salida –así sea falsa en muchas ocasiones– a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social, etcétera, como lo muestran diversos estudios.

“En términos de sus consecuencias, existe efectivamente evidencia (para otros países, cuando menos) de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia. Sin embargo, una parte importante de esta asociación se debe al origen mismo de la adolescente en términos del grupo étnico y del nivel socioeconómico del que proviene, del contexto familiar en el que creció y de los obstáculos que la sociedad interpone en su camino para un crecimiento y desarrollo adecuados”

Auchter, Mónica - Balbuena, Mirtha - Galeano, Humberto
Cátedra Enfermería Maternoinfantil - Carrera de Enfermería - Facultad de Medicina - UNNE.

Diferencias en el ingreso a la maternidad en la adolescencia

De acuerdo al estudio mencionado la probabilidad de convertirse en madre no es igual para todas las adolescentes.

Como lo muestran todas las investigaciones realizadas en diferentes países y para la Argentina, la maternidad en la adolescencia es mucho más frecuente entre las jóvenes con menor nivel de instrucción.

Si bien las estadísticas argentinas no permiten una caracterización de la fecundidad adolescente por estratos socioeconómicos, otros indicios muestran que las adolescentes madres se reclutan desproporcionadamente entre las más pobres.

Por ejemplo el 49 por ciento de las adolescentes madres, habitan en viviendas precarias el 53 por ciento de las adolescentes tiene cobertura de salud.

Se necesitan estrategias que abarquen, las comunicaciones, la familia y la comunidad; políticas que aboguen por servicios de salud para adolescentes, capacitación de profesionales, implementación de programas de promoción de la salud, redes de organización de apoyo a las adolescentes y jóvenes.

El personal de enfermería tiene un papel central en la disminución de los riesgos que presenta el embarazo adolescente, estos se pueden reducir sustancialmente ofreciendo servicios de salud sexual, reproductiva y familiar, Los servicios no deben limitarse a prestar atención médica.

Los trabajadores de salud, especialmente las profesionales de enfermería especialistas en salud familiar, de la mujer y del adolescente, tienen una responsabilidad adicional frente a las adolescentes que buscan un consejo en anticoncepción; la OPS, la OMS y la Asociación Mundial de Sexología exhortan a la promoción de la igualdad y equidad de géneros y recomiendan introducir una perspectiva de género en la planificación y ejecución de servicios de salud sexual.

Se recomienda incluir servicios psicológicos, de nutrición, de consejería en salud sexual y reproductiva, subsidio de MAC y apoyo social. Para ello se requiere la labor conjunta del equipo multidisciplinario. Es importante mostrar comprensión y respeto por las adolescentes, tener en cuenta las situaciones que viven de acuerdo a la etapa del ciclo vital que atraviesan y asegurarse de que su primera experiencia con el servicio sea positiva.

Los jóvenes están ansiosos por conocer la realidad respecto a la sexualidad, una realidad que los ayude a superar la información errónea que a menudo reciben. Necesitan mayor orientación y estímulo que los capacite para adoptar sus propias decisiones y responsabilizarse de sus acciones.

CAPITULO II

Diseño metodológico

Tipo de Estudio

El presente es un estudio de tipo cuantitativo, observacional y transversal llevado a cabo durante los meses de junio, julio y agosto del año 2010

Área de Estudio

Se llevo a cabo en el Servicio de maternidad del Hospital Teodoro J. Schestakow.

El Servicio de Maternidad que consta de un área de internación con 23 camas, distribuidas en 12 habitaciones con 2 camas cada una de las habitaciones esta destinada a casos que deben estar aislados. y un consultorio.

Además posee 2 salas de partos equipadas con camilla de parto y una sala de pre parto con cuatro (4) camas.

En el servicio se desempeñan cinco (5) médicos de planta y cinco (5) residentes, catorce (14") enfermeras de las cuales tres son Licenciadas en enfermería, ocho profesionales y tres auxiliares que se distribuyen en tres turnos.

El equipamiento esta compuesto por un ecógrafo y un equipo de monitoreo fetal.

El hospital Teodoro J. Schestakow es un hospital público, provincial y regional de autogestión. Posee atención especializada en distintas áreas como en urgencias, consultas externas y hospitalización de especialidades médicas y quirúrgicas, atención materna infantil, salud mental, así como servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Este hospital se inauguro como hospital Regional el 2 de febrero de 1924, ubicado en la calle Comandante Torres y Bárcala.

En 1941 por resolución del gobierno de la provincia del 7 de febrero se designa con el nombre de el Dr. Teodoro J. Schestakow. En 1980 se inauguro el edificio actual constituido por siete plantas, en el cual se distribuyen de la siguiente forma: planta baja consultorios externos, farmacia, esterilización salud mental kinesiología, estadística, directorio, oficina personal, guardia R...X. tomografía ecografía, laboratorio, hemoterapia. Primer piso, pediatría-neonatología U.T.I. pediátrica U.T.I. adultos, segundo piso maternidad sala d partos, quirófanos, unidad renal, tercer piso cirugía, cuarto piso servicio quirúrgico. Quinto piso clínica médica I y II sexto piso traumatología, infeccioso séptimo radio salón de reuniones.

Universo y muestra

Sobre un total de ciento cincuenta (150) madres que con casos se tomo una muestra de sesenta pacientes que concurrieron para su atención al servicio de maternidad y que fueron elegidas al azar quedando constituida por sesenta (60) madres adolescentes.

Variables

Edad:

- Indicadores
- 10 a 13
- 14 a 16
- 17 a 19

Estado Civil

- Indicadores
- Casado SI/NO
- Soltero SI/NO
- Unión de hecho SI/NO

Indicadores

- Cantidad de embarazos por año.
- Lugar de residencia/origen
 1. Rural
 2. Urbano marginal
 3. urbano

- Nivel de escolaridad.
 - Primario Completo SI/NO
 - Secundario Completo SI/NO
- Abandono/ familiar.
 - Recibe apoyo de su familia SI/NO
- Factores culturales.
 - Diálogo con los padres.
 - Creencias religiosas.
 - Aceptación de métodos anticonceptivos.
- Diagnósticos consultorios externos sobre enfermedades pre existentes en las adolescentes y/o padecidas.

Fuentes

- Base de datos Hospital Schestakow.(datos estadísticos provenientes de “Centro Latinoamericano de perinatología-salud de la Mujer y reproductiva” delegación Hospital Schestakow.
- Madres adolescentes.
- Ficha Historia. Clínica.

Instrumentos

- Encuesta estructurada por muestreo con preguntas cerradas.

- Análisis de los datos obtenidos en Banco de datos del Hospital T. J. Schestakow.

Definición Conceptual

Embarazo adolescente: comprende a las adolescentes embarazadas cuyas edades están entre 14 y 19 años de edad.

Tasa de crecimiento de embarazos es el aumento de los embarazos adolescentes durante el período junio/agosto del 2010.

Lugar de residencia habitual. Por lugar de residencia habitual, puede entenderse como el sitio donde la adolescente tiene su hogar desde la confirmación del embarazo.

Factores de riesgo en la embarazada adolescente: Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad de ambos, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la menarquía.

Diagnósticos: Problemas de salud detectados y que entran en la competencia del personal de enfermería, describen problemas de salud reales o potenciados, en el caso de esta investigación son las enfermedades detectadas durante el embarazo y aquellas preexistentes que pudieran afectar el mismo.

RESULTADOS

ANÁLISIS CUANTITATIVO

TABLA Nº 1

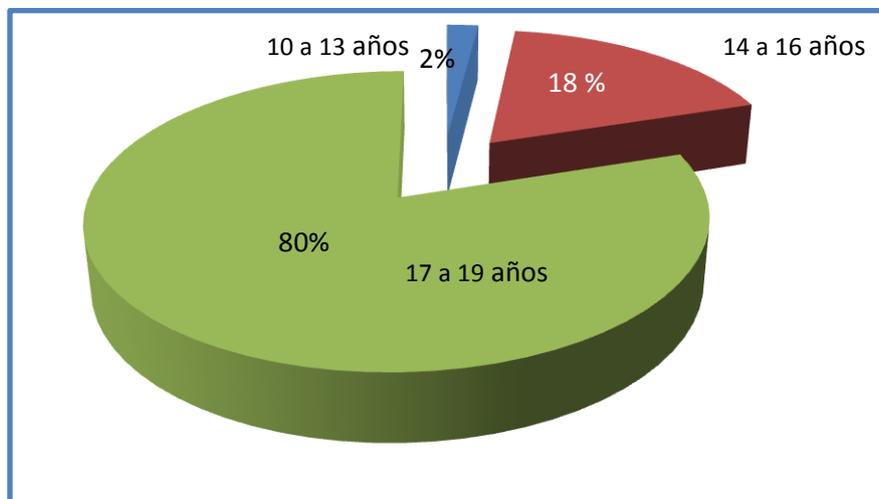
DISTRIBUCION SEGÚN EDAD

Edad	Fa	Fac	Fr	F%
10 a 13 años	1	1	0,02	2%
14 a 16 años	11	12	0,18	18%
17 a 19 años	48	60	0,8	80%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 1

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD



Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: La mayoría de las adolescentes embarazadas (80%) está ubicada en la franja de los 17 a 19 años.

TABLA Nº 2

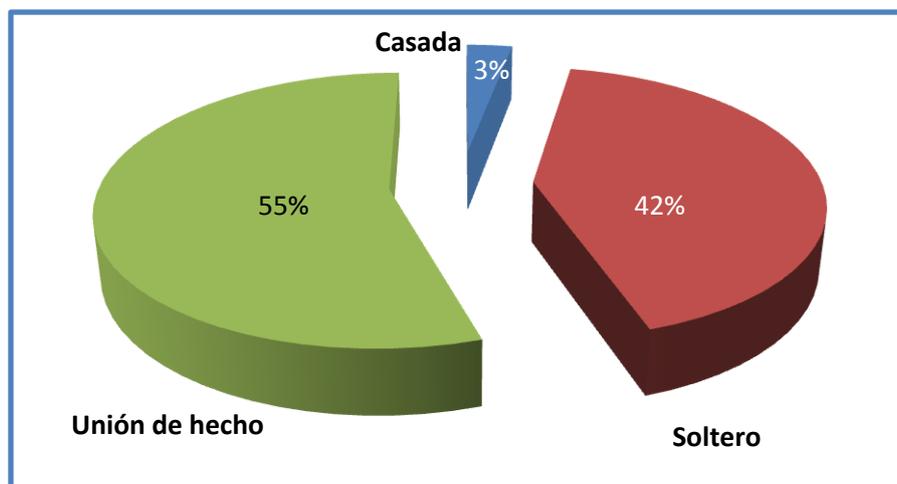
DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado civil	Fa	Fac	Fr	F%
Casado	2	2	0,03	3%
Soltero	25	27	0,42	42%
Union de hecho	33	60	0,55	55%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 2

DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: Las adolescentes que se encuentran en unión de hecho (55%) y las casadas (3 %) conforma la mayoría en el agrupamiento por estado civil, es significativo el porcentaje a los que manifiestan estado civil soltero (42%)

TABLA Nº 3

DISTRIBUCION SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA

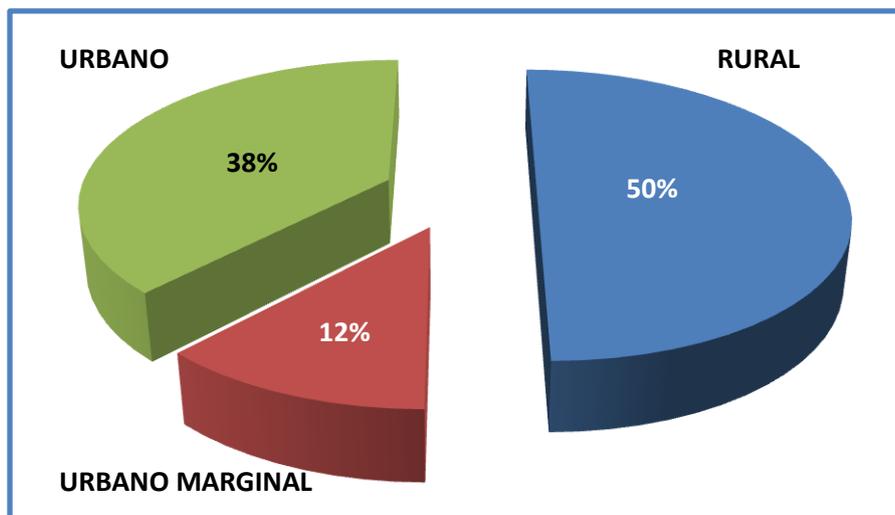
Lugar de residencia	Fa	Fac	Fr	F%
Rural	30	30	0,5	50%
Urbano marginal	7	37	0,12	12%
Urbano	23	60	0,38	38%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 3

DISTRIBUCION SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA



Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 50% de la población encuestada reside en áreas rurales (distritos) y un 38% reside en zona urbana, sólo corresponde un 12% a la que se radica en zonas urbanas marginales

TABLA Nº 4

DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL EDUCATIVO

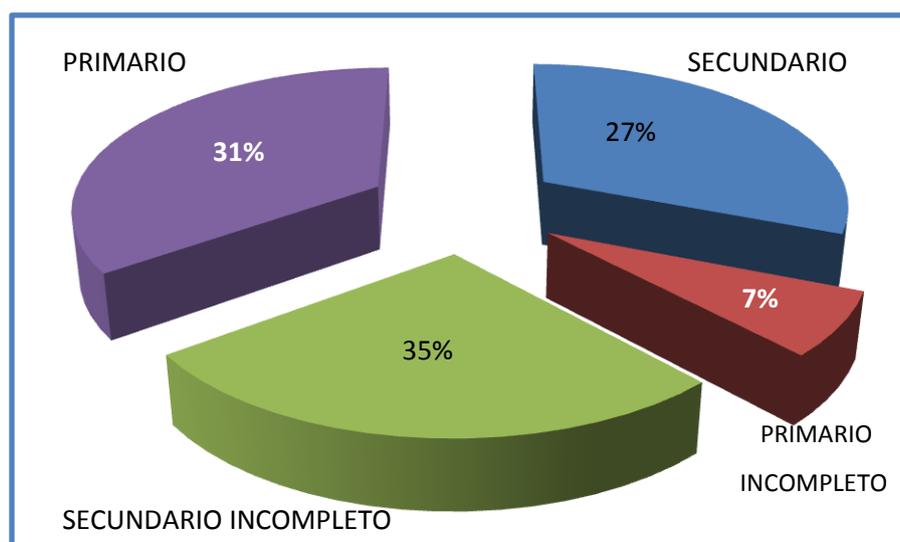
Nivel educativo	Fa	Fac	Fr	F%
Primario	19	19	0,31	31%
Primario incompleto	4	23	0,07	7%
Secundario	16	39	0,27	27%
Secundario incompleto	21	60	0,35	35%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 4

DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: El mayor porcentaje de la población tiene estudios secundarios incompletos le siguen en orden de importancia los que tienen estudios primarios completos con el 31%.

TABLA Nº 5

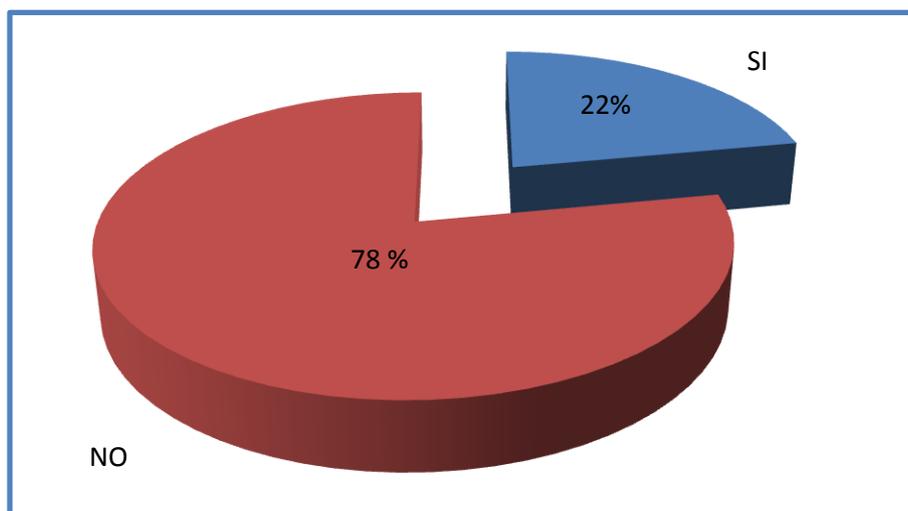
DISTRIBUCION SEGÚN CAUSA DE ABANDONO DE ESTUDIO

Abandono estudios por embarazo	Fa	Fac	Fr	F%
Si	13	13	0,22	22%
No	47	60	0,78	78%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 5

DISTRIBUCION SEGÚN CAUSA DE ABANDONO DE ESTUDIO



Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: El 22 D% de las adolescentes embarazadas debieron abandonar sus estudios por esta causa, el resto pudo o esta en curso de completarlos.

TABLA Nº 6

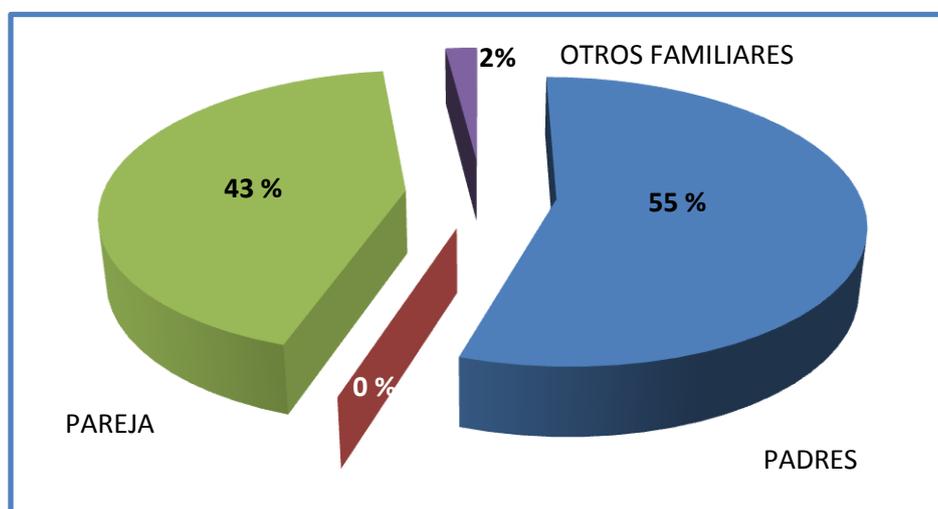
DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO CONVIVIENTE

Grupo conviviente	Fa	Fac	Fr	F%
Padres	33	33	0,55	55%
Esposo	0	0	0	0
Pareja	26	59	0,43	43%
Otros familiares	1	60	0,02	2%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 6

DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO CONVIVIENTE



Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 55% de las adolescentes encuestadas continúan viviendo con sus padres y el 43 % convive con sus parejas.

TABLA Nº 7

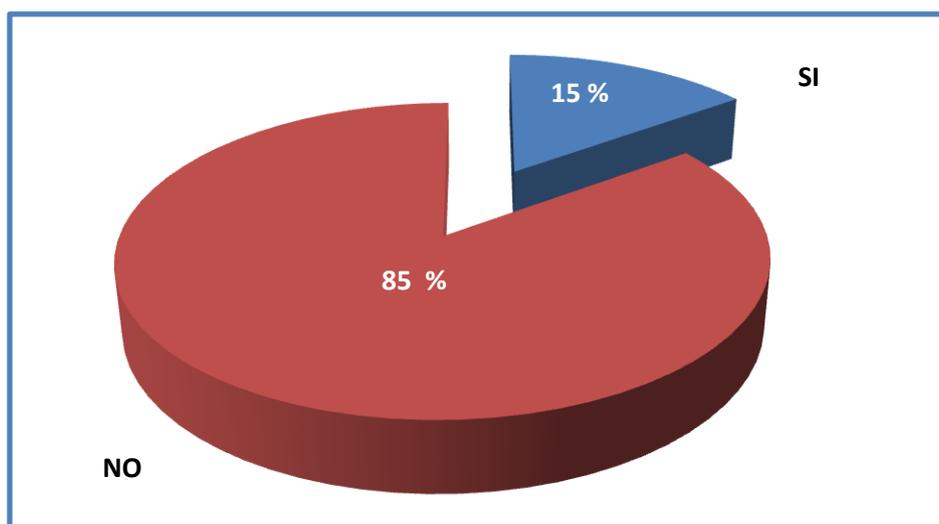
DISTRIBUCION SEGÚN COBERTURA DE SALUD

Tiene cobertura de salud	Fa	Fac	Fr	F%
Si	9	9	0,15	15%
No	51	60	0,85	85%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 7

DISTRIBUCION SEGÚN COBERTURA DE SALUD



Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 85% de las adolescentes encuestadas carece de cobertura médica, mientras que sólo el 15 % dispone de ella.

TABLA Nº 8

DISTRIBUCION SEGÚN EMBARAZOS ANTERIORES REGISTRADOS

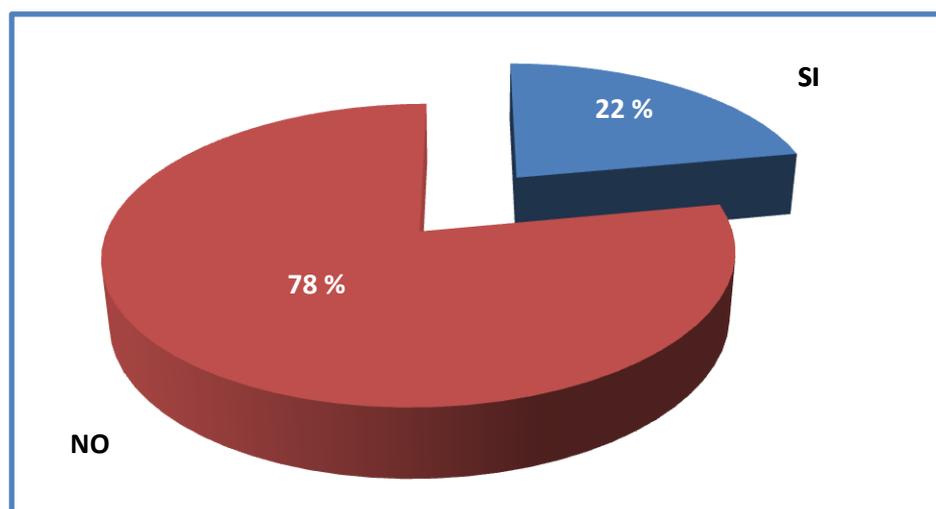
tuvo embarazos anteriores	Fa	Fac	Fr	F%
si	13	13	0,22	22%
no	47	60	0,78	78%
totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 8

DISTRIBUCION SEGÚN EMBARAZOS ANTERIORES REGISTRADOS



Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J.

Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 78% de las adolescentes encuestadas manifiesta no haber tenido embarazos anteriores. Y solo el 22% si tuvo embarazos.

TABLA Nº 9

DISTRIBUCION SEGÚN EMBARAZOS DESEADOS

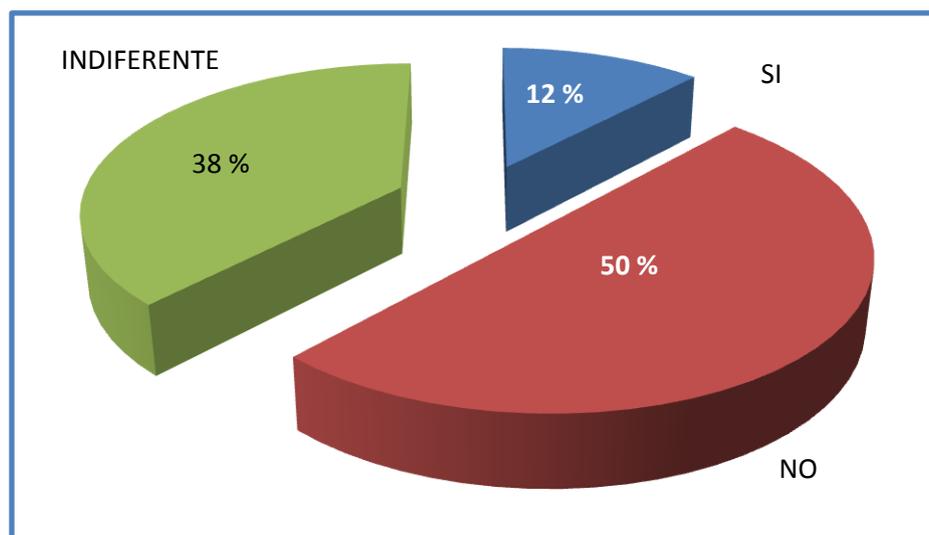
Embarazo deseado	Fa	Fac	Fr	F%
Si	7	7	0,12	12%
No	30	37	0,5	50%
Indiferente	23	60	0,38	38%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 9

DISTRIBUCION SEGÚN EMBARAZOS DESEADOS



Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J.

Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 50% de las adolescentes encuestadas no deseaba estar embarazada, un 38 % manifestó que tal situación les era indiferente y solo un 12 % tuvo un embarazo deseado.

TABLA Nº 10

DISTRIBUCION SEGÚN SITUACION ECONOMICA PERSONAL

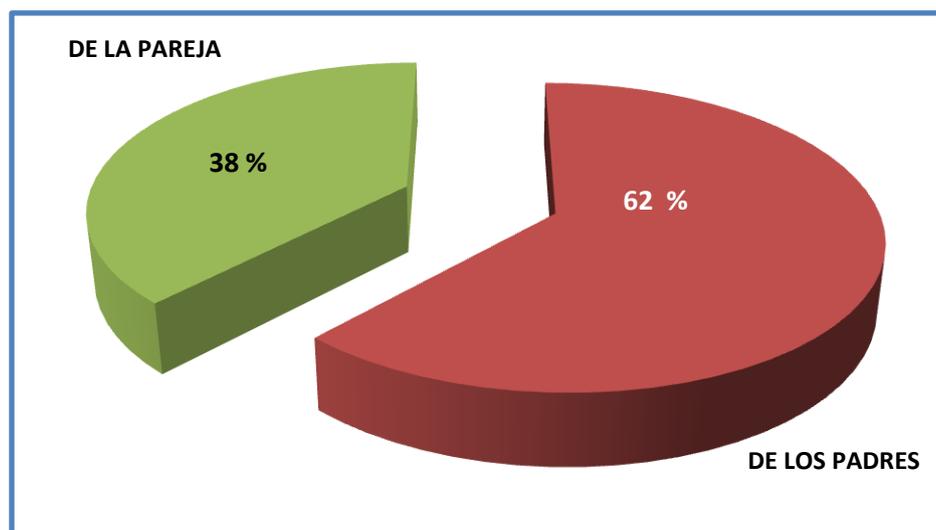
Situacion economica. Personal	Fa	Fac	Fr	F%
Propios	0	0	0	0%
De los padres	37	37	0,62	62%
De la pareja	23	60	0,38	38%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 10

DISTRIBUCION SEGÚN SITUACION ECONOMICA PERSONAL



Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J.

Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 62% de las adolescentes encuestadas viven de los ingresos que tienen sus padres y el 38 % restante de lo que genera su pareja.

TABLA Nº 11

DISTRIBUCION SEGÚN SITUACION ECONOMICA DEL GRUPO FAMILIAR

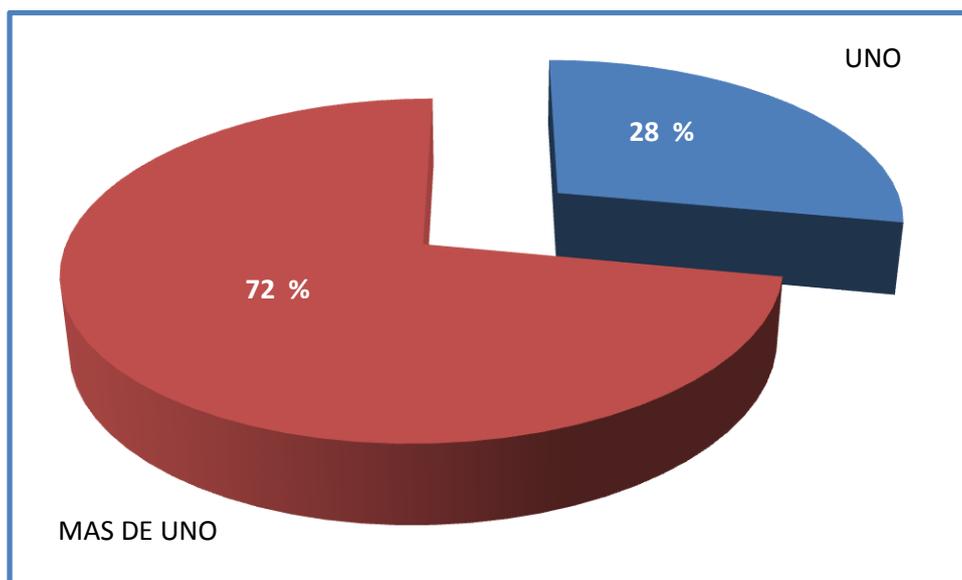
Situacion. Economica. grupo familiar	Fa	Fac	Fr	F%
Uno	17	17	0,28	28%
Mas de uno	43	60	0,72	72%
No tiene	0	60	0	0%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 11

DISTRIBUCION SEGÚN SITUACION ECONOMICA DEL GRUPO FAMILIAR



Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J.

Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 72% de los ingresos familiares se originan en los ingresos de mas de uno de los integrantes del grupo familiar y sólo el 28% de los casos se mantiene por el ingreso de uno de sus integrantes.

TABLA Nº 12

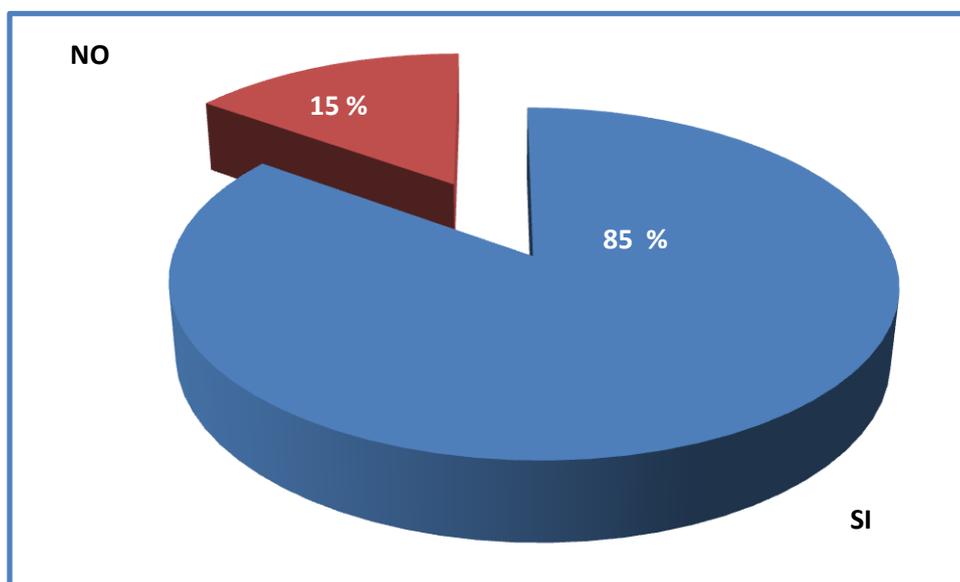
DISTRIBUCION SEGÚN CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

¿Conoce metodos anticonceptivos?	Fa	Fac	Fr	F%
Si	51	51	0,85	85%
No	9	60	0,15	15%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 12

DISTRIBUCION SEGÚN CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 85% de las adolescentes encuestadas tiene conocimiento de procedimientos anticonceptivos y un 15 % manifiesta desconocerlos.

TABLA Nº 13

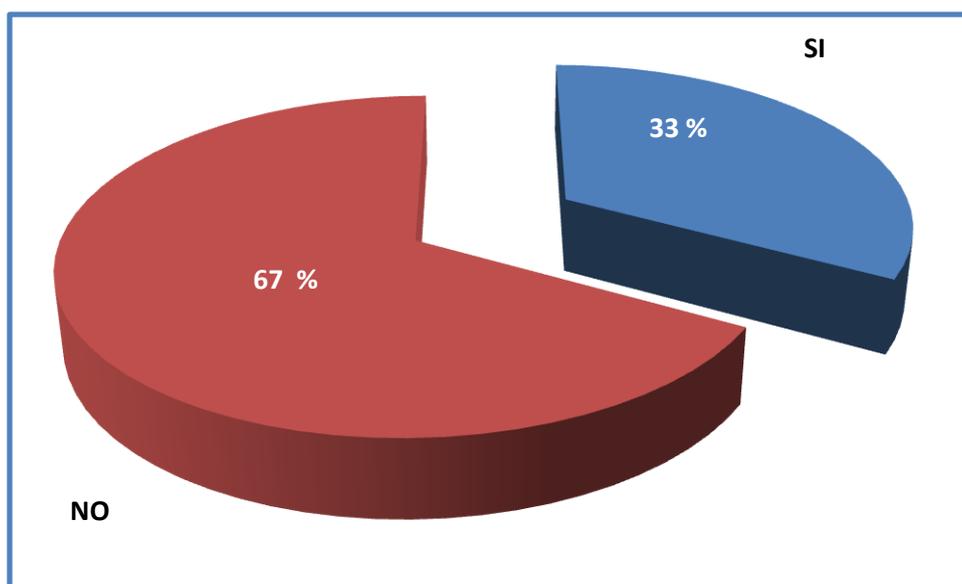
DISTRIBUCION SEGÚN UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

¿Lo ha utilizado?	Fa	Fac	Fr	F%
Si	20	20	0,33	33%
No	40	60	0,67	67%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 13

DISTRIBUCION SEGÚN UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis Sólo el 33 % manifiesta haber usado métodos anticonceptivos el 67 % restante no los utilizó.

TABLA Nº 14

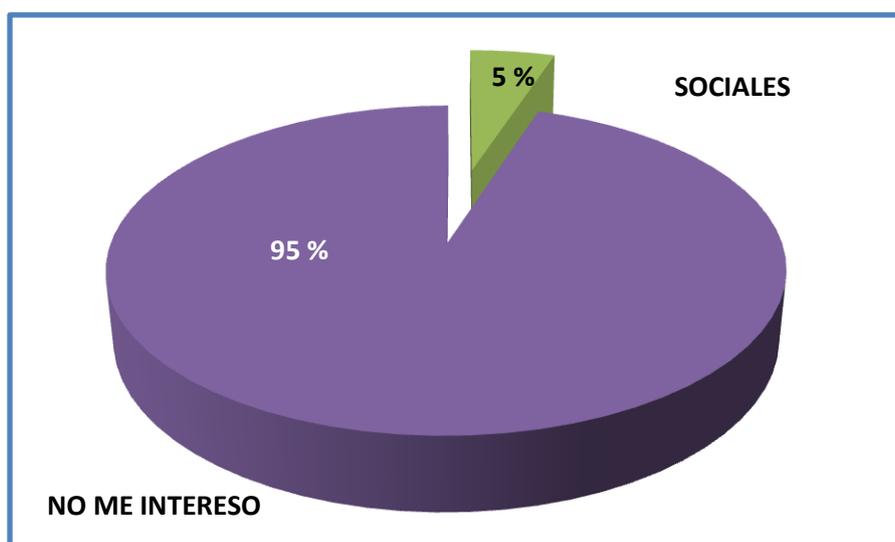
DISTRIBUCION SEGÚN MOTIVO DE UTILIZACION O NO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Porque no los utilizo	Fa	Fac	Fr	F%
Economicos	0	0	0	0
Religiosos	0	0	0	0
Sociales	3	3	0.05	5%
No me intereso	57	60	0,95	95%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 14

DISTRIBUCION SEGÚN MOTIVO DE UTILIZACION O NO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 95% de las adolescentes encuestadas expresa que no les intereso utilizar métodos anticonceptivos. El 5 % restante no los utilizo por motivos sociales.

TABLA Nº 15

DISTRIBUCION SEGÚN TRATAMIENTO DEL TEMA SEXO EN EL HOGAR

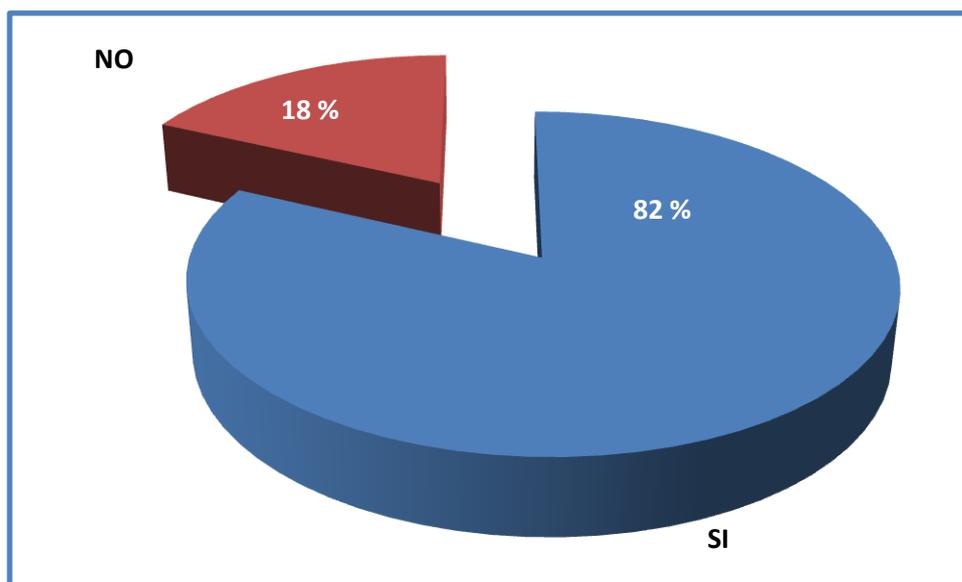
Se habla de sexo y prev. Embarazo	Fa	Fac	Fr	F%
Si	49	49	0,82	82%
No	11	60	0,18	18%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 15

DISTRIBUCION SEGÚN TRATAMIENTO DEL TEMA SEXO EN EL HOGAR



Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J.

Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 82 % de las adolescentes encuestadas manifiesta que en sus hogares se habla de sexo y de métodos anticonceptivos.

TABLA Nº 16

DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR

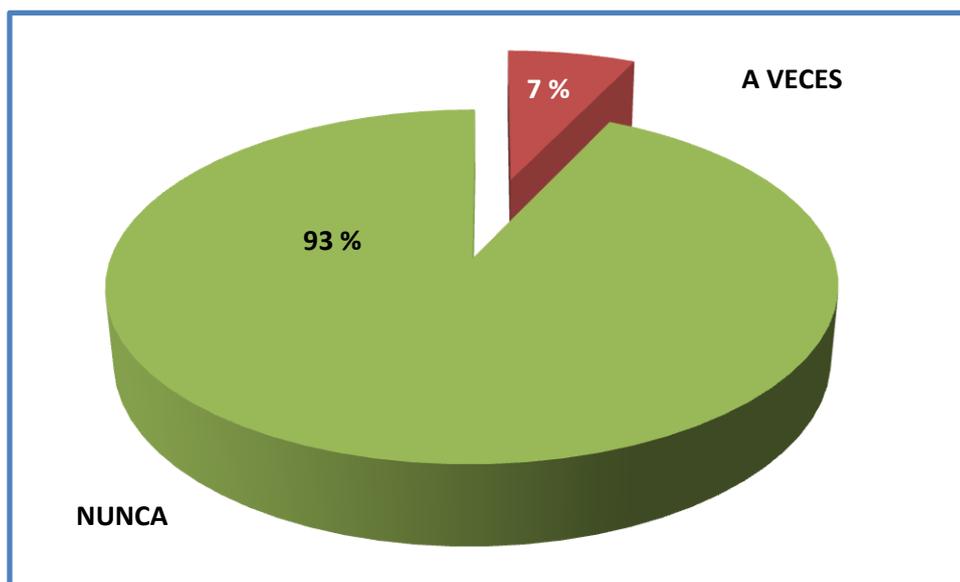
Sufre o sufrió violencia familiar	Fa	Fac	Fr	F%
Frecuentemente	0	0	0	0
A veces	4	4	0,07	7%
Nunca	56	60	0,93	93%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 16

DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR



Fuente: pacientes que concurren al servicio de Maternidad del Hospital T. J.

Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 93% de las adolescentes encuestadas afirman no haber sufrido violencia familiar y sólo el 7 % reconoce que a veces debió enfrentar situaciones de este tipo.

TABLA Nº 17

DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO

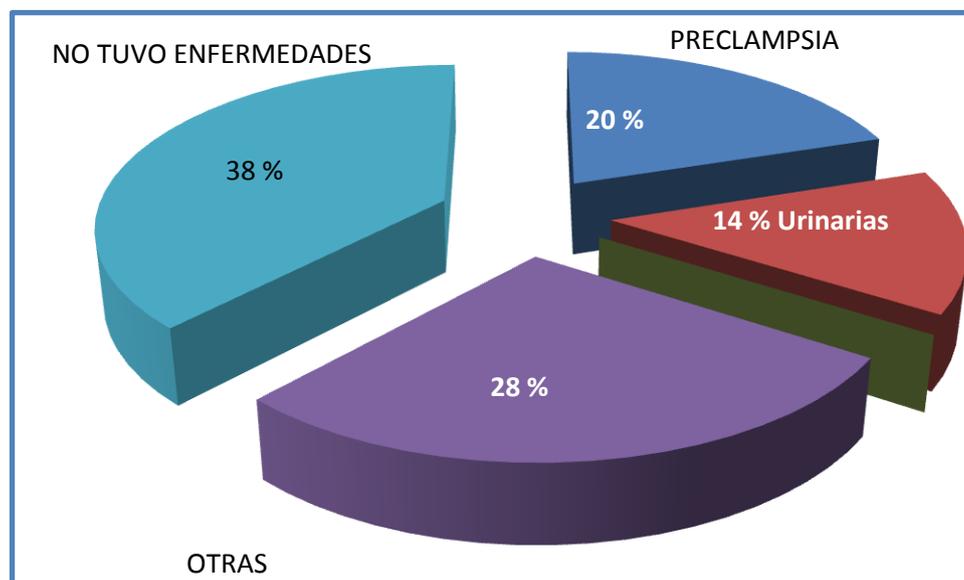
Enfermedades durante embarazo	Fa	Fac	Fr	F%
Preclampsia	12	12	0,2	20%
Infecciones urinarias	8	20	0,14	14%
Diabetes	0	20	0	
Otras	17	37	0,28	28%
No tuvo enfermedades	23	60	0,38	38%
Totales	60	60	1	100

Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital

T. J. Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

GRAFICO Nº 17

DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: pacientes que concurrieron al servicio de Maternidad del Hospital T. J.

Schestakow, durante los meses de junio, julio y agosto del 2010

Análisis: el 20 % de las adolescentes encuestadas informa haber estado afectada o estar afectada de preclampsia, el 14 % sufre de infecciones de las vías urinarias y el 38 % manifiesta no sufrir ni haber sufrido enfermedades.

CAPÍTULO III

Resultados, discusión y propuestas.

Resultados

Respecto a la zona de origen o residencias de las adolescentes encuestadas se pudo constatar que sólo el 50% reside en zona rural, un 12% en zona denominada urbano marginal y el resto en zona urbana.(Tabla N° 3)

Se analizó la distribución según el nivel de educación alcanzado por las adolescentes al momento del embarazo encontrando que las adolescentes que registran educación secundaria, ya sea completa o incompleta conforman el 62% en conjunto de la población encuestada, un 31% poseen estudios primarios completos sólo un 7% no tiene estudios primarios completos. (Tabla N° 4)

Al indagarse sobre si el embarazo fue la causa de abandono de los estudios sólo un 22% responde afirmativamente. (Tabla N° 5)

De acuerdo a los resultados de la encuesta realizada el tema de del grupo de convivencia de la adolescente se puede advertir que el 55% manifiesta vivir con sus padres, un 43% con su pareja y un 2% con otros familiares.(Tabla N° 6)

En el tema de embarazos anteriores en las adolescentes encuestadas vemos que un 22% responde afirmativamente. (Tabla N° 8)

Respecto a si el embarazo fue o no deseado, sólo un 12% responde afirmativamente, el 50% responde que no y al resto de las adolescentes les fue indiferente.(Tabla N° 9)

Respecto al tema de los ingresos económicos de la adolescente embarazada, la totalidad de las encuestadas manifiesta no poseer ingresos propios, un 62% de los padres y el 38% restante es la pareja la que aporta los ingresos. (Tabla N° 10)

La respuesta a la pregunta sobre los motivos de la no utilización de métodos anticonceptivos el 95% de las encuestadas manifiesta no haberlos utilizados porque no les intereso hacerlo. (Tabla N° 14)

DISCUSION Y PROPUESTAS

1.- Se puede advertir respecto a la zona de origen o residencias de las adolescentes encuestadas que este dato no es indicativo de ser un factor de riesgo o causal por el entorno socio económico de embarazo adolescente.(Tablas N° 6 y N° 10)

2.- El nivel de educación alcanzado no nos muestra tener una incidencia significativa en este tema.(Tablas N° 4 y N° 5)

3.- Se puede observar que en el tema de los estudios las adolescentes, al contrario de lo que sucedía años atrás, se hallan contenidas en las instituciones educativas pues el embarazo no es un factor decisivo a la hora de tenerlo en cuenta como causa de abandono de los estudios.(Tabla N° 5)

4.- .Al analizar el tema de los grupos de convivencia se puede advertir una contradicción aparente entre quienes manifiestan vivir una unión de hecho 55% y los que conviven con sus padres 55%, Esto puede deberse a que a las adolescentes que son solteras 42% y que conviven con sus padres, hay que sumarles parte de las que han formado una unión de hecho y que debido a la edad de sus integrantes aun no han podido lograr una independencia económica.(Tablas N° 2, N° 6 y n° 10)

5.- El tema de la no utilización de los métodos anticonceptivos 95% podría indicar una contradicción con las respuestas dadas respecto a un embarazo no deseado, dado que el hecho de no ser deseado debiera corresponderse por lo menos en teoría con el uso de métodos anticonceptivos, cosa que en realidad no sucede. (Tablas N° 9, N° 12 y N° 13)

Finalmente analizando las enfermedades que se han producido durante el embarazo no existen datos ciertos de que estas se relacionen con la edad de las adolescentes.(Tabla N° 17)

Es interesante observar los resultados de estudios hechos a nivel nacional por Edith Alejandra Pantelides y Georgina Binstock investigadoras del CONICET-CENEP con el título de “*La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI*” y compararlos con los resultados obtenidos en este estudio.

En los primeros años del siglo que estamos viviendo, la tasa de fecundidad de las mujeres de entre 15 a 19 años en la Argentina -con un valor de alrededor de 60 por mil- se sitúa por encima del promedio mundial, estimado en 49,7 por mil para el período 2000-2005, pero por debajo de la media para América Latina y el Caribe que es de 72,4 por mil (Naciones Unidas, 2003).

A partir del momento en que comenzaron a publicarse en la Argentina las estadísticas de fecundidad por edad, en 1954, la fecundidad adolescente tomó un curso ascendente, que tuvo su punto máximo alrededor de 1980. Parte de este ascenso puede deberse al mejoramiento de la captación pero otra parte acompaña la tendencia ascendente de las tasas de fecundidad de todas las edades, que ocurrió a mediados de la década de 1970.

Esto es cierto, ya se trate del grupo de 10 a 14 años (fecundidad adolescente precoz) como del de 15 a 19 años (fecundidad adolescente tardía), aunque en términos relativos la fecundidad adolescente precoz subió mucho más que la tardía (130 por ciento la primera y 34 por ciento la segunda).

Desde ese momento el nivel comenzó a descender y lo hizo en forma continua hasta el año 2003 (Cuadro 1). Esta tendencia se repite en las provincias y en la Ciudad de Buenos Aires, con algunas variaciones respecto del momento en que se produce el nivel máximo.

Cuadro 1.

Tasas de fecundidad adolescente precoz (10-14 años) y tardía (15-19 años).
Años censales entre 1960 y 2001 y estimaciones 2002- 2004.

Año	Tasa de fecundidad (por mil mujeres de las edades indicadas)	
	10 -14 años	15-19 años
1960	1,0	58,4
1970	1,9	65,5
1980	2,3	78,3
1991	1,9	69,9
2001	1,8	62,2
2002	1,9	60,5
2003	1,7	56,4
2004	1,6	62,8

Fuente: Pantelides, E. A. (1989), elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud (varias fechas); INDEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2001; CEPAL/CELADE, 2005.

Diferencias en el ingreso a la maternidad en la adolescencia

De acuerdo al estudio mencionado la probabilidad de convertirse en madre no es igual para todas las adolescentes. Como lo muestran todas las investigaciones realizadas en diferentes países y para la Argentina, la maternidad en la adolescencia es mucho más frecuente entre las jóvenes con menor nivel de instrucción.

Si bien las estadísticas argentinas no permiten una caracterización de la fecundidad adolescente por estratos socioeconómicos, otros indicios muestran que las adolescentes madres se reclutan desproporcionadamente entre las más pobres.

Por ejemplo el 49 por ciento de las adolescentes madres, habitan en viviendas precarias el 53 por ciento de las adolescentes tiene cobertura de salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos mencionar las siguientes discrepancias, debido a la edad de la población en estudio no existe un correlato entre el nivel de educación recibida y el embarazo adolescente, y los niveles de instrucción registrados se corresponden con otro problema de gran gravedad en nuestro país que es el de un sistema educativo en crisis, con un gran nivel de deserción en el nivel medio y un gran índice de jóvenes que no terminan sus estudios secundarios a pesar de haber concurrido durante cinco años a la escuela secundaria, además hay que tener en cuenta que también tenemos un problema de analfabetismo funcional en nuestra provincia que supera el 18% de la población adulta.

En nuestro departamento el 85% carece de cobertura de salud, en cuanto a la precariedad de las viviendas no es posible determinarla con exactitud, pero de acuerdo a la zona de residencia se puede deducir que en este caso tampoco nuestra realidad coincide con la que se describe en este estudio dado que el 50% de la población encuestada reside en zona urbana y urbano marginal en menor medida.

Por esta razón es razonable concluir que el tema del embarazo adolescente es un tema que debe ser tratado en el marco de la realidad regional y no en marcos más amplios referidos a contextos que difieren de modo sensible entre distintas regiones.

Otro de los temas para destacar es que el estudio fue llevado a cabo en el hospital Teodoro J. Schestakow en donde la población atendida corresponde a un nivel socioeconómico de clase media baja y baja, razón por la cual no se pueden obtener conclusiones respecto a otros segmentos de la población.

Propuesta

Desde la realidad y la función de agente de transformación cultural que le cabe al personal de enfermería la prevención del embarazo adolescente no planeado pueden considerarse dos tipos de prioridades.

a.- Los servicios de salud requieren de enfermeras con mayores competencias profesionales. Entiéndase por competencias profesionales a aquellos conocimientos, desempeño y actuación de una profesión que la diferencian y distinguen de las otras, en donde las personas que la ejercen y cada una de sus acciones refleja el dominio de los cuatro postulados de la educación: ***El saber, el hacer, el actuar y el convivir,***

La capacitación del personal de enfermería es clave en el tema de la prevención del embarazo adolescente y esta es una tarea que debe ser encarada por un equipo multidisciplinario.

b.- El otro tema es el que debe encararse desde la óptica de la salud pública es decir establecer campañas de educación utilizando las estructuras disponibles en el Departamento, hospital, centros de salud, escuelas, ong's.

Lo que debe quedar en claro de nuestra propuesta es que si bien las enfermeras son agentes de un cambio cultural, no son las hacedoras de ese cambio por si mismas, ni las responsables de las políticas de salud.

DATOS CORRESPONDIENTES AL AÑO 2009

Tabla de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2010 y 31/05/2010

Edad materna	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	.	.	.
(0 - 14)	5.	3.1	3.1
(15 - 19)	155.	96.9	96.9
(20 - 34)	.	.	.
(35 - 43)	.	.	.
(44 - 49)	.	.	.
(50 - 99)	.	.	.
		N casos= 160	N casos válidos=160

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Tchestakow, junio del 2010)

Distribución según estado civil para edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2010 y 31/05/2010

Estado civil	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	2.	1.3	.
casada	14.	8.8	8.9
unión estable	90.	56.3	57.
soltero	54.	33.8	34.2
otro	.	.	.
		N casos= 160	N casos válidos= 158

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Tchestakow, junio del 2010)

Distribución según Nivel de Estudios alcanzados en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2010 y 31/05/2010

Estudios	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	1.	.6	.
ninguno	1.	.6	.6
primaria	88.	55.	55.3
secundaria	70.	43.8	44.
universidad	.	.	.
		N casos= 160	N casos válidos= 159

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Tchestakow, junio del 2010)

Distribución según Gestas Previas en Edad materna entre 12 y 19 en el Período 01/01/2010 al 31/05/2010

Gestas previas	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	.	.	.
(0 - 0)	108.	67.5	67.5
(1 - 3)	52.	32.5	32.5
(4 - 20)	.	.	.
		N casos= 160	N casos válidos=160

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Tchestakow, junio del 2010)

Distribución según Terminación de Embarazo en Edad materna entre 12 y 19 años en el Período 01/01/2010 al 31/05/2010

Terminación	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	.	.	.
espontánea	120.	75.	75.
cesárea	36.	22.5	22.5
fórceps	.	.	.
vacuum	.	.	.
otra	4.	2.5	2.5
		N casos= 160	N casos válidos=160

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Tchestakow, junio del 2010)

DATOS CORRESPONDIENTES AL AÑO 2009

Tabla de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2009 y 31/12/2009

Edad materna	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	.	.	.
(0 - 14)	10.	2.7	2.7
(15 - 19)	354.	97.3	97.3
(20 - 34)	.	.	.
(35 - 43)	.	.	.
(44 - 49)	.	.	.
(50 - 99)	.	.	.
		N casos= 364	N casos válidos= 364

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Tchestakow, junio del 2010)

Distribución según Terminación de partos de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2009 y 31/12/2009

Terminación	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	1.	.3	.
espontánea	285.	78.3	78.5
cesárea	67.	18.4	18.5
fórceps	.	.	.
vacuum	.	.	.
otra	11.	3.	3.
		N casos= 364	N casos válidos= 363

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Tchestakow, junio del 2010)

DATOS CORRESPONDIENTES AL AÑO 2008

Tabla de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2008y 31/12/2008.

Edad materna	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	.	.	.
(0 - 14)	13.	3.8	3.8
(15 - 19)	331.	96.2	96.2
(20 - 34)	.	.	.
(35 - 43)	.	.	.
(44 - 49)	.	.	.
(50 - 99)	.	.	.
		N casos= 344	N casos válidos= 344

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Tchestakow, junio del 2010)

Distribución según Terminación de partos de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2008 y 31/12/2008

Terminación	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	2.	.6	.
espontánea	272.	79.1	79.5
cesárea	60.	17.4	17.5
fórceps	1.	.3	.3
vacuum	.	.	.
otra	9.	2.6	2.6
		N casos= 344	N casos válidos= 342

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Schestakow, junio del 2010)

Tabla de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2007y 31/12/2007.

Edad materna	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	.	.	.
(0 - 14)	9	2,7	2,7
(15 - 19)	323.	97,3	97,3
(20 - 34)	.	.	.
(35 - 43)	.	.	.
(44 - 49)	.	.	.
(50 - 99)	.	.	.
		N casos= 332	N casos válidos=332

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Schestakow, junio del 2010)

Distribución según Terminación de partos de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2007 y 31/12/2007

Terminación	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato			
espontánea	270	81,3	81,3
cesárea	57.	17,2	17,2
fórceps	2	0,6	0,6
vacuum	.	.	.
otra	3	0,9	0,9
		N casos= 332	N casos válidos=332

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Schestakow, junio del 2010)

Tabla de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2006 y 31/12/2006.

Edad materna	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	.	.	.
(0 - 14)	2	0,7	,7
(15 - 19)	303	99,3	99,3
(20 - 34)	.	.	.
(35 - 43)	.	.	.
(44 - 49)	.	.	.
(50 - 99)	.	.	.
		N casos= 305	N casos válidos= 305

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Schestakow, junio del 2010)

Distribución según Terminación de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2006 y 31/12/2006

Terminación	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato			
espontánea	243	79,7	79,7
cesárea	51.	16,7	16,7
fórceps	2	0,7	0,7
vacuum		.	.
otra	9	3	3
		N casos= 305	N casos válidos= 305

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Schestakow, junio del 2010)

Tabla de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2005 y 31/12/2005.

Edad materna	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	.	.	.
(0 - 14)	4	0,7	,7
(15 - 19)	307	99,7	99,7
(20 - 34)	.	.	.
(35 - 43)	.	.	.
(44 - 49)	.	.	.
(50 - 99)	.	.	.
		N casos= 311	N casos válidos= 311

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Schestakow, junio del 2010)

Distribución según Terminación de partos producidos en edad materna entre 12 y 19 años, en el Período 01/01/2005 y 31/12/2005

Terminación	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	1	0,3	-
espontánea	244	78,5	78,5
cesárea	63	20,3	20,3
fórceps	2	0,7	0,7
vacuum		.	.
otra	3	1	1
		N casos= 311	N casos válidos= 311

FUENTE: CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (Delegación Hospital Schestakow, junio del 2010)

