



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – ESCUELA DE ENFERMERÍA  
CICLO LICENCIATURA EN ENFERMERÍA GENERAL ALVEAR**

**EMBARAZO ADOLESCENTE  
INCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE, EN EL BARRIO ISLA DEL RÍO  
DIAMANTE, DE SAN RAFAEL, ENTRE LOS MESES DE ENERO DE 2012 Y  
ABRIL DEL 2013.**

**AUTORAS: MAYA, RITA PAOLA  
ROCO, ROSA JANET**

**GENERAL ALVEAR, 2013**

## **ADVERTENCIA**

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado, ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o de los autores”

## APROBACIÓN

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2: .....

Trabajo aprobado el:...../...../.....Nota.....

## PROLOGO

Este trabajo aborda principalmente los resultados obtenidos en una investigación realizada con adolescentes embarazadas, en el Barrio Isla del Río Diamante de San Rafael, entre los meses de enero del 2012 y abril del 2013.

El lector encontrará en estas páginas, los principales factores que están asociados al embarazo en las adolescentes, tales como pobreza, consumo de tóxicos y deserción escolar. La falta y/o distorsión de la información es otro de los factores que se relacionan con la ocurrencia de los embarazos adolescentes. Las adolescentes pertenecientes a familias disfuncionales donde las relaciones entre padres o tutores son inadecuadas, violentas, con agresiones, y faltas de respeto; generan carencias afectivas y desapego, lo que en consecuencia impulsa a los adolescentes a la práctica de relaciones sexuales, en busca de ese amor que no tienen en el hogar.

Investigaciones similares a la presente se han realizado en diferentes países con resultados equivalentes.

En el capítulo I, se analiza lo definido por las autoras como problema, en función de los datos recolectados en el Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio de la Isla del Río Diamante de San Rafael, se plantean los objetivos de la presente investigación, y se da cuenta de los trabajos que constituyen la estructura y el respaldo teórico de la investigación.

En el capítulo II, se expone el diseño metodológico en donde está incluida la hipótesis del trabajo, variables consideradas, la selección de la muestra, los criterios de inclusión, el instrumento de recolección de datos y análisis y procesamiento de los datos.

En el capítulo III, se aborda la interpretación de los resultados obtenidos, se realiza una propuesta de acción para difundir proyectos ya existentes y la conclusión de la tesis.

## ÍNDICE GENERAL

Advertencia.....	II
Aprobación.....	III
Prologo.....	IV
Índice general.....	V
Índice de tablas y gráficos.....	VI
Capítulo I.....	8
Introducción.....	8
Descripción del problema.....	10
Objetivos.....	11
Justificación de la Investigación.....	12
Marco Teórico.....	13
Capítulo II.....	29
Hipótesis.....	29
Criterios de inclusión.....	.30
Instrumento de recolección de datos.....	30
Análisis, procesamiento y presentación de datos.....	31
Capítulo III.....	44
Interpretación de los resultados.....	44
Propuesta de Acción.....	46
Conclusión.....	47
Referencias bibliográficas.....	48
Anexos.....	53

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<b>Tabla N° 1:</b> Adolescentes embarazadas según edad de la menarca.....	31
<b>Gráfico N° 1:</b> Adolescentes embarazadas según edad de la menarca.....	32
<b>Tabla N° 2:</b> Adolescentes embarazadas según la edad de inicio de relaciones sexuales.....	32
<b>Gráfico N° 2:</b> Adolescentes embarazadas según la edad de inicio de relaciones sexuales.....	33
<b>Tabla N° 3:</b> Adolescentes embarazadas según el nivel de educación.....	34
<b>Gráfico N° 3:</b> Adolescentes embarazadas según el nivel de educación.....	34
<b>Tabla N° 4:</b> Adolescentes embarazadas que tienen o no pensamientos mágicos.....	35
<b>Gráfico N° 4:</b> Adolescentes embarazadas que tienen o no pensamientos mágicos.....	35
<b>Tabla N° 5:</b> Adolescentes embarazadas según el tipo de familia, disfuncional o funcional.....	36
<b>Gráfico N° 5:</b> Adolescentes embarazadas según el tipo de familia, disfuncional o funcional.....	36
<b>Tabla N° 6:</b> Adolescentes embarazadas según la cantidad de hijos que tienen.....	37
<b>Gráfico N° 6:</b> Adolescentes embarazadas según la cantidad de hijos que tienen.....	37
<b>Tabla N° 7:</b> Adolescentes embarazadas que conocen o no de anticoncepción.....	38

<b>Grafico N° 7:</b> Adolescentes embarazadas que conocen o no de anticoncepción.....	38
<b>Tabla N° 8:</b> Adolescentes embarazadas que se ven beneficiadas económicamente o no al tener hijos.....	39
<b>Grafico N° 8:</b> Adolescentes embarazadas que se ven beneficiadas económicamente o no al tener hijos.....	39
<b>Tabla N° 9:</b> Adolescentes embarazadas que viven o no en pareja.....	40
<b>Grafico N° 9:</b> Adolescentes embarazadas que viven o no en pareja.....	40
<b>Tabla N° 10:</b> Adolescentes embarazadas que consumen o no tóxicos.....	41
<b>GraficoN° 10:</b> Adolescentes embarazadas que consumen o no tóxicos.....	41
<b>Tabla N° 11:</b> Adolescentes embarazadas que buscan o no asistencia sanitaria.....	42
<b>Grafico N° 11:</b> Adolescentes embarazadas que buscan o no asistencia sanitaria.....	42
<b>Tabla N° 12:</b> Adolescentes embarazadas que tienen o no conocimiento de los riesgos de embarazarse a esta edad.....	43
<b>Grafico N° 12:</b> Adolescentes embarazadas que tienen o no conocimiento de los riesgos de embarazarse a esta edad.....	43

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

En esta tesis se presentan los resultados de la investigación realizada con adolescentes embarazadas, en el Barrio Isla del Río Diamante, de San Rafael, entre los meses de enero de 2012 y abril del 2013.

El presente trabajo se desarrolla a partir de la comprobación empírica de la alta incidencia de embarazo adolescente y de los factores que contribuyen a que esto ocurra; de esta observación se plantea como hipótesis, que el inicio precoz de relaciones sexuales, un nivel socioeconómico bajo, la falta o distorsión de la información de prevención, escaso nivel educativo, y el pertenecer a una familia disfuncional, son factores que favorecen al aumento de la incidencia del embarazo adolescente.

El embarazo adolescente es considerado un problema, ya que las jóvenes aún no han alcanzado su madurez física y psíquica para enfrentarlo y llevarlo adelante, lo que conduce a poner en riesgo la propia vida y la del hijo. Las adolescentes asumen responsabilidades imprevistas en esta etapa de la vida, comportándose como hijas madres, cuando deberían estar asumiendo su propia identidad.

La investigación tiene como objetivo, determinar los factores que inciden, de manera predominante, en los embarazos adolescentes, específicamente, identificar a las adolescentes que pertenecen a hogares disfuncionales; identificar la edad de inicio de relaciones sexuales; comprobar esta información y determinar el nivel de instrucción de las madres adolescentes.

Para ello, se formulan las siguientes preguntas; porqué existe un aumento en la incidencia de los embarazos adolescentes; estos adolescentes reciben prevención; las madres jóvenes conocen los riesgos de embarazarse a edad temprana, y, si buscan ayuda en los profesionales de la salud.



Para esta investigación, se ha utilizado un diseño metodológico, cuantitativo descriptivo, con una muestra seleccionada al azar. Se tomó el siguiente criterio de inclusión: adolescentes de 14 a 20 años, pertenecientes a familias disfuncionales o no, que consultaron en el Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto, del Barrio Isla del Río Diamante, de San Rafael, desde el mes de enero de 2012 a abril del 2013.

Para verificar la veracidad de la hipótesis, se realizó el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos a través de encuestas realizadas a 36 adolescentes embarazadas.

Al comprobar la veracidad de la hipótesis planteada, se realizó una propuesta de acción, con el objetivo de dar a conocer el proyecto “Ser Madres y Estudiantes” el cual busca planificar líneas de acción, para acompañar, orientar y apoyar a las adolescentes madres para que puedan continuar y concluir su trayectoria escolar.

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el Barrio Isla de Río Diamante, a través de la información recolectada en el Centro de Salud N°159 Humberto Taranto, y de la escuela “La Buena Madre” (Maristas), se comprobó empíricamente, la alta incidencia de embarazos adolescentes, se cree que esto se debe a la situación social en la que viven, ya que las adolescentes manifiestan que al embarazarse, encuentran una razón por la cual vivir, y también por los beneficios económicos que se consiguen ya que estando embarazadas reciben asistencia social (salario).

Esta situación es considerada un problema ya que las adolescentes aun no alcanzan su madurez física y psíquica para enfrentar un embarazo, lo que conlleva a factores de riesgo tales como: baja autoestima, ausencia de interés, propósito de entregar el hijo en adopción, pareja ambivalente o ausente, marginación de grupo de pertenencia, consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, otras sustancias), hábitos poco saludables.

La investigación beneficiara al Centro de Salud, a la Escuela y al Municipio de la comunidad, porque con la información obtenida podrán realizar programas de prevención y cuidado con las embarazadas adolescentes.

Se considera embarazo adolescente a aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia, como un periodo de vida que se da entre los 10 a 19 años.

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales, hábitos inadecuados(tóxicos) u otras enfermedades y un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar los factores que inciden de manera predominante, en los embarazos de adolescentes que consultaron en el Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, entre los meses de enero del 2012 al 2013.

### **Objetivos Específicos:**

Identificar a las adolescentes que pertenecen a hogares disfuncionales.

Identificar la edad de inicio de relaciones sexuales.

Comprobar la información.

Determinar el nivel de instrucción de las adolescentes

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Por qué el aumento en la incidencia de embarazo adolescente?

¿Reciben prevención?

¿Es un caso social?

¿Conocen los riesgos de un embarazo en la adolescencia?

¿Buscan ayuda en los profesionales de salud?

## JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se pretende investigar sobre embarazo adolescente, ya que de forma empírica se conoce el hecho y resulta conveniente, en términos de salud pública, para la prevención futura, y para que las adolescentes embarazadas sean informadas sobre su estado y el cuidado del bebe; también porque asumen responsabilidades imprevistas en esta etapa de la vida, comportándose como hijas madres, cuando deberían estar asumiendo su propia identidad.

La tasa de fecundidad adolescente (TFA) ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la tasa de fecundidad general..(TFG), condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%, en 1980 del 13,3%, en 1990 del 14,2%, en 1995 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

Se afirma que la fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, siendo posible pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque de mejorarse las condiciones socioeconómicas de las adolescentes, las tasas podrían descender.

Para otros investigadores, la disminución de la tasa de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

## MARCO TEÓRICO

La palabra adolescencia, etimológicamente, deriva del latín (adoleceré), crecer, por lo tanto el adolescente es el que crece, y adolescencia es estar en crecimiento, hacerse grande, lo cual ha llevado a considerar a la adolescencia como la etapa previa a la adultez, sólo como un paso entre la niñez y la adultez. (1);

En la actualidad este concepto ha variado, de manera significativa, por lo que numerosos autores afirman que no es posible hablar de una sola adolescencia, sino que lo correcto sería hablar de adolescencias en plural, ya que a los cambios biológicos, y psicológicos que se producen en esta etapa están atravesados por determinantes sociales y culturales de las cuales dependerá cuanto dure la adolescencia y el modo en que se transita por ella.

De este modo, no es lo mismo un adolescente que debe trabajar para colaborar con el sustento por las condiciones socio económicas de la familia así lo determina, que aquel que pertenece a una clase social media o media-alta que tiene todas las necesidades satisfechas.

La adolescencia es una etapa de transformación, un tiempo de cambios; cambios que con la pubertad, se manifiestan principalmente en el cuerpo, con la aparición de los llamados caracteres sexuales secundarios (la menarca, la aparición de vello pubiano, la redondez de las caderas en las niñas, y el cambio de voz, la aparición de vello en el cuerpo, entre otros, en los varones). Es un nuevo cuerpo, muy distinto del que se tenía en la niñez y que hay que identificarlo como propio. En este momento se produce el despertar sexual y el acceso a la sexualidad definitiva.

En esta época se establecen vínculos amorosos reales y está abierta la posibilidad de llegar al fin sexual. Sin embargo, a pesar del desarrollo físico, persiste en el adolescente una inmadurez psicológica, producto, justamente de

estos cambios radicales y bruscos y que significan la búsqueda de una identidad nueva.

En este marco, el contexto social puede resultar obstaculizador o un estimulador. La familia que brinda apoyo y contención acompaña el pasaje por esta etapa. Aquella que deja a la joven librada a su suerte opera como un factor obstaculizador; propiciando el desarrollo de conductas de riesgo como adicciones, violencia, embarazos precoces.

En términos generales, se suele dividir a la adolescencia en tres etapas:

**Adolescencia temprana** (de 10 a 13 años) biológicamente, es el periodo prepuberal 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 controlan sus impulsos y se plantean metas vocacionales irreales.

Sus cambios corporales le generan incertidumbre, dificultades para reconocerse en ese nuevo cuerpo. Será necesario que transcurra un tiempo para que la imagen del propio cuerpo se acomode al nuevo estado.

**Adolescencia media** (de 14 a 16 años) es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios, se sienten contenidos en el grupo de amigos, la relación con sus padres en esta etapa cambia, el adolescente empieza a descubrir a sus padres reales con sus errores y limitaciones que en la infancia no podían ser percibidos, lo que genera frecuentemente enfrentamientos, peleas, distanciamientos entre padres y adolescentes.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y de actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

**Adolescencia tardía** (de 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.<sup>(35)</sup>

Conocer las características de esta etapa de la vida, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, permite interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que esta transitando, lo cual sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”.<sup>(35 y 36)</sup>

Se observa, que la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa un descenso en la edad de la menarca, esto permite a la mujer convertirla en madre a una edad de 11 años.<sup>(3)</sup>

La madurez psicosocial tiende a desplazarse a una edad mas avanzada, se debe al proceso de preparación que requiere un adolescente para ser autovalente en ambos sentidos.<sup>(3)</sup>

Se considera embarazo adolescente aquella gestación que se produce durante la etapa de adolescencia, que va desde los 10 a 20 años de edad, y/o cuando la mujer es aun dependiente de su hogar de origen.<sup>(4)</sup>

Este tipo de embarazo es una realidad que se ha convertido en un problema social a nivel mundial, ya que está presente en todos los estratos socioeconómicos.<sup>(5,6)</sup>, alcanzando niveles preocupantes en las adolescentes pertenecientes a los sectores de bajos recursos.

La gestación irrumpe en la vida de la adolescente en momentos en que todavía no alcanza la madurez física y mental, muchas veces en circunstancias adversas, como un contexto familiar conflictivo, abandono, sin acompañamiento de la pareja, etc.

La Psicología Evolutiva brinda herramientas que permiten comprender este fenómeno, destacando como una de las características de la adolescencia la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran, producto de las grandes transformaciones de la etapa. Es por ello que los adolescentes tienen una especie de creencia de que son especiales, de que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que rigen para el resto del mundo, pensando que estarán “mágicamente” protegidos de los peligros, lo que los lleva a asumir conductas de riesgo. <sup>(37)</sup>

Esta supuesta invulnerabilidad es una de las explicaciones de por qué muchos adolescentes asumen riesgos, como puede ser pensar que no se quedara embarazada aunque no se cuide.

Del mismo modo, muchas veces los adolescentes conocen los riesgos y la manera de prevenirlos, pero por un mecanismo frecuente en la adolescencia y producto del mismo tipo de pensamiento, se los niega. <sup>(38)</sup>

La falta de información, o la ignorancia acerca de los temas relacionados con la sexualidad, el sistema reproductor femenino, los métodos anticonceptivos, constituyen otra de las causas de que muchas niñas se conviertan en madres.



En otros casos el “ser madre”, se convierte en un valor en si mismo. Es por esto que, a pesar de carecer de los medios necesarios para traer un hijo al mundo, muchas jovencitas se embarazan precozmente, sienten que ese hijo es lo único que pueden tener como propio.

El contexto familiar también aporta componentes a esta situación, una relación conflictiva con los padres, la dificultad para hablar y ser escuchada, o la naturalización del embarazo adolescente (“mi mama me tuvo a mí a los 16”), concurren para aumentar la incidencia de embarazo en las adolescentes. (39)

La sexualidad es un proceso biológico y emocional que se expresa de múltiples maneras y está influenciada por las creencias personales, religiosas y normas culturales y sociales que determinan el comportamiento humano.

Las sociedades tienen miradas distintas respecto a la sexualidad y, en función de estas, se clasifican en:

**Sociedades represivas:** en las que se niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa de la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola solo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

**Sociedades restrictivas:** tienden a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, es la más común de las sociedades en el mundo.

**Sociedades permisivas:** toleran ampliamente la sexualidad. Permiten las relaciones entre los adolescentes y el sexo prematrimonial, esta sociedad es común en países desarrollados.

**Sociedades alentadoras:** para estas sociedades 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.

Lo expuesto pone de manifiesto que el embarazo adolescente es un fenómeno causado por múltiples factores y requiere de una observación amplia para poder abordarla.

Del mismo modo, el análisis del fenómeno desde un nivel micro social también aporta información valiosa; las adolescentes que pertenecen a un estrato social medio y alto, y que se quedan embarazadas, en un alto porcentaje interrumpen de manera voluntaria la gestación.

Mientras que aquellas adolescentes que pertenecen a estratos sociales más bajos, es más común que lleven su embarazo a término por cuanto hay mayor tolerancia a la maternidad adolescente y una naturalización del fenómeno.

La falta y/o distorsión de la información es otro de los factores que influyen en la ocurrencia de los embarazos adolescentes. Los jóvenes obtienen información de amigos, de revistas, de televisión, esta realidad hace que el joven establezca un contacto, muchas veces precoz, con imágenes y expresiones relacionadas con la sexualidad, lo que lleva a que se produzca una iniciación y un descubrimiento sexual prematuro y apresurado, quemando etapas.

La información que pueden facilitar los amigos, suele ser muy limitada y contaminada de prejuicios, esto es un grave problema ya que existe diferencia entre la percepción subjetiva de estar bien informado a estarlo realmente, es decir los jóvenes tienen la ilusión de saber y por lo tanto para ellos buscar información no es necesario por lo que actúan en base al supuesto saber.

En ocasiones, los jóvenes toman la decisión de informarse, pero no saben dónde acudir o no lo hacen por vergüenza, <sup>(10)</sup> la consecuencia de esto es que aunque disminuya el número de embarazos en la población en general, aumenta la tasa de embarazos en las adolescentes. <sup>(9)</sup>

Está muy expandida la idea de que la norma entre los jóvenes es mantener relaciones sexuales, los adolescentes se sienten presionados por los comentarios de los amigos, esto se conoce como presión de grupo. Esto puede ser el impulso para hacer algo de lo cual no se está convencido plenamente. <sup>(11,12)</sup>

Los adolescentes piensan que ya no son niños, por tanto pueden tomar decisiones propias, como comportarse a semejanza de los adultos, sienten que tienen la oportunidad de ser y de hacer, quieren satisfacer a toda costa su curiosidad, es tarea de los adultos tanto padres, como maestros, referentes sociales brindarle afecto, comprensión y sostener una comunicación clara con ellos. <sup>(40)</sup>

Otro factor que debe ser considerado al momento de analizar el embarazo adolescente es el nivel educativo. Pobreza, embarazos precoces y deserción escolar están fuertemente relacionados; las niñas-madres, al traer un hijo al mundo, generalmente abandonan la escuela para cuidar de él. El ser madre se convierte, de este modo en su proyecto vital más inmediato.

En relación al nivel familiar, la existencia de familias disfuncionales donde las relaciones entre padres o tutores son inadecuadas, violentas con peleas, agresiones, y faltas de respeto; genera carencias afectivas y desapego, lo que en consecuencia impulsa a los adolescentes la práctica de relaciones sexuales, en busca de ese amor que no tienen en el hogar. <sup>(12, 15,16)</sup>

Un estudio realizado en Cuba en el año 2005 “aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia”, constato que, en todos aquellos grupos que

manifestaron que las relaciones con sus padres eran buenas, existía una tendencia a que las adolescentes se sienten identificadas con sus madres y los varones con sus padres, quienes a su vez tratan de enseñar a los hijos estereotipos socialmente establecidos para cada uno de los sexos.

A pesar de que la mayoría de los entrevistados refirieron la existencia de una buena armonía familiar, era frecuente que no existiera la debida comunicación y confianza entre padres e hijos.

Una investigación realizada con madres adolescentes primíparas que vivían en contextos socioeconómicos desfavorecidos, encontró que el embarazo ocurría cuando las necesidades de atención y protección eran insuficientes.

El contenido de las entrevistas realizadas con las madres revelaba la fantasía de que el niño sería alguien a quien pudiera demostrar el afecto y el cuidado que deseaban para ellas mismas, además de ser alguien que jamás las abandonaría y que la necesitaría para toda la vida. <sup>(9)</sup>

La posibilidad de convertirse en madre soltera, hace que después sea más difícil el conseguir un hogar estable y se inicia así una sucesión de uniones de corta duración.

Respecto a la actitud de los padres frente al embarazo precoz es un factor muy importante. Diversos estudios muestran como determinante y decisivo el apoyo brindado por las madres a las jóvenes que solicitaron la interrupción de sus embarazos. Se evidencio falta de comunicación entre la figura materna y paterna en ese aspecto, ya que la mayoría de los padres desconocían la situación de sus hijos, mientras que las madres asumían posturas de aliadas con ellas. <sup>(39)</sup>

El embarazo adolescente acarrea riesgos y consecuencias, tanto como para la mamá como para el feto, durante y después de la gestación. <sup>(17)</sup>

Existe una amplia gama de investigaciones que relatan los riesgos a los que están expuestos los hijos de madres adolescentes. Algunos estudios se centran en los problemas relacionados con la salud física de los niños, tales como las complicaciones durante el embarazo y el parto, riesgos en partos prematuros desordenes en el crecimiento fetal, y el bajo peso del bebe al nacer.<sup>(41)</sup>

Estos datos son bastantes preocupantes ya que algunos estudios indican que los niños nacidos prematuros, tienen más posibilidades de desarrollar problemas en el vínculo con sus padres. <sup>(42)</sup>Sobre el mismo tema en una investigación sobre interacción madre-bebe, se comprobó que un 60% de las mujeres que tenían partos prematuros eran adolescentes.

Durante la hospitalización del niño, las madres presentaban sentimientos ambiguos en relación a la maternidad, probablemente provocados por la situación delicada en la que se encontraba su hijo, ya que es sabido que el contacto directo de la madre con el niño, inmediatamente después del nacimiento, posibilita la formación del vínculo afectivo entre ambos.<sup>(41)</sup>

Otra característica que sobresale en las investigaciones sobre la maternidad en la adolescencia, es la mala nutrición y una mayor posibilidad de abuso o negligencia en el cuidado del hijo. <sup>(43)</sup> Esta situación puede ser aún más grave cuando culmina en casos de mortalidad infantil, una de las principales consecuencias de los embarazos en estas edades, principalmente entre las madres con edad inferior a los 15 años. <sup>(42)</sup>

En comparación con los hijos de madres adultas, los niños de madres adolescentes presentaban en la medida del APGAR en el primer minuto de vida, asfixia moderada y grave, en comparación con los niños de las madres entre 20 y 24 años. <sup>(9)</sup>

La labilidad afectiva propia de adolescente, sumada a las preocupaciones normales del embarazo potencia episodios depresivos en las adolescentes.

Algunos autores sostienen, que a menudo se observan síntomas depresivos en las adolescentes embarazadas.

Esta sintomatología puede estar asociada a algunos factores estresantes, tales como problemas con el padre del niño, falta de soporte social, decisión sobre el aborto y preocupaciones acerca del cuidado del hijo.

Otros autores mencionan que este cuadro puede presentarse también en forma de distimia, episodios depresivos más agudos, depresión pos parto o incluso volverse crónico el cuadro.

Además de la depresión, los trastornos de conducta también parecen estar relacionados con la maternidad precoz. Algunos estudios afirman que un tercio de las madres adolescentes cumple criterios diagnósticos para el trastorno depresivo, y que un 54,8% de las jóvenes con trastornos de conducta se quedan embarazadas alguna vez en su edad adolescente.

Sobre las consecuencias en la crianza del hijo, los autores encontraron que jóvenes que tenían una historia de problemas conductuales en la adolescencia eran madres que tenían comportamientos que iban en dos direcciones: podrían ser menos sensibles con sus niños, generando pasividad o podrían ser muy controladoras, provocando dificultades en el desarrollo de los niños.

En las adolescentes el mayor riesgo observado, está relacionado a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporciona.<sup>(18)</sup> teniendo en cuenta las condiciones en que se han generado estos embarazos, como el hecho de que se presenten como un evento no deseado o no planeado, producto de alguna relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, lleva que se produzca un control prenatal o insuficiente.<sup>(19)</sup>

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarca, luego de

cinco años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva; por esta razón los embarazos que se inician en los primeros cinco años posmenarca, adquieren prioridad por los mayores riesgos maternos perinatales que conllevan.<sup>(4,20)</sup>

El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica de la adolescente embarazada, por ejemplo la preclampsia, o la hipertensión inducida por la gestación, la cual es más frecuente en embarazadas jóvenes de bajo nivel socioeconómico.<sup>(4,21)</sup>

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente, en tanto que de forma reducida se puede clasificar por periodos de la gestación. En la primera mitad se destaca aborto, anemia, infecciones urinarias, bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, escasa ganancia de peso debido a la malnutrición materna, síntomas de parto prematuro y la ruptura prematura de las membranas ovulares.<sup>(4,21,22,23)</sup>

En relación con el bebé se destaca el bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pretermino, como por recién nacido con bajo peso para la edad gestacional.<sup>(17,24)</sup>

En el periodo del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y posición del feto, el desarrollo incompleto de la pelvis materna determina una incapacidad del canal del parto para el paso del feto. Estas irregularidades provocan mayor aumento de partos operatorios.<sup>(25)</sup> La estrechez de cualquiera de las posiciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de partos traumáticos para el feto, que presenta amplio grado de severidad.<sup>(24, 25,26)</sup>

Por lo general, el vínculo entre la adolescente y el bebé está cargado de tantas ansiedades y temores, que el hecho de la lactancia se muestra lleno de

dificultades, perturbando la conformación de la diada madre-hijo y con consecuencias emocionales serias para la madre y para el proceso madurativo del bebé.

Es frecuente que el personal de la institución donde se lleva a cabo el parto comience a actuar como “mamá sustituta”, tanto para con el bebé como para con su mamá, ya que al tener la joven conducta regresiva, de ensimismamiento, muy demandante, con explosiones de llanto, enojos, malos gestos, etc., los profesionales suelen aconsejar ayuda terapéutica.

En algunos casos los niños son dados en adopción. Pero la mayoría de las veces, vuelven al hogar paterno, comenzando con una relación ambivalente con sus propios padres, quienes toman el papel de padres-abuelos, realizando la “adopción fantasma” del nieto. Se incrementa en el niño la confusión (abuela-mama, abuelo- papa), perdiendo como referente de autoridad a su madre, quien a su vez aumenta su conflicto al generarse la necesidad de su propia madre y a su vez la rivalidad con ella; impidiendo de esta manera su normal maduración.

Estos niños se transforman a lo largo de su desarrollo infantil en demandantes, caprichosos, faltos de límites, y a veces hasta depositarios de frustraciones generadas fundamentalmente por esta rivalidad madre- abuela. Sin desconocer que hay situaciones de extremo abandono de la madre y el niño, lo que se convierte en una situación de riesgo para ambos, como ser mendicidad, prostitución, niños de la calle, etc.

El embarazo adolescente trae consigo problemas tanto para el bebé como para la mamá, por ejemplo deja consecuencia en la educación escolar de los adolescentes, lo que provoca dificultad en la inserción del mundo laboral, ya que su bajo nivel educativo, su escasa o nula experiencia laboral interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir ingresos suficientes para el sostén familiar; con lo cual muchos de estos jóvenes viven en hogares con reducidos ingresos incluso por debajo del nivel de la pobreza.



Desde una perspectiva de salud integral, la educación de las niñas genera una serie de beneficios personales y sociales; las madres educadas mejoran el capital humano de su hogar y mejoran su propia salud, ya que les permitirá acceder a una condición materna más segura. (28)

Estudios realizados en distintos países de América muestran datos relevantes; casi una tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente no son deseados y la mayor parte en adolescentes.

En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentra en las regiones de Nicaragua, Honduras, El Salvador y Venezuela representando entre un 15-25% de los adolescentes.

En Venezuela se ha comprobado que en el mundo ocurren anualmente 15 millones de partos en adolescentes de los cuales el 80% pertenece a países en desarrollo. En Estados Unidos un estudio comprobó que hay 1,2 millones de adolescentes embarazadas que es el 20% de los nacimientos por año.

En Chile el 15% del total de los nacimientos pertenecen a adolescentes mientras que en Cuba es del 13% de los nacimientos. (29,30)

En Argentina también un estudio comprobó que la tasa de embarazo adolescente es del 64%, el índice varía según las provincias; en Chaco, Formosa, Santa Cruz y Santiago del Estero es superior al 80%. Se demostró que el porcentaje de nacimientos en madres menores de 15 años es del 3% del total del país pero haciende en Chaco con un 5,5% Formosa con el 4,7% y Santiago del Estero con un 4,2%. (31,32)

Cuba se encuentra entre las naciones con elevada tasa de fecundidad, y proporción de nacimientos en mujeres adolescentes, con cifras del 16% las complicaciones y la morbilidad y mortalidad perinatales de estas gestantes se vieron incrementadas en las estadísticas. Las patologías maternas perinatales y

del recién nacido son frecuentes en mujeres menores de 20 años y sobre todo en menores de 15 años.

En el año 2004 en España se produjeron un total de 24.588 embarazos de jóvenes entre 15 y 19 años de los cuales casi la mitad fueron interrumpidos.

Al verificar los datos referentes a la década del 80 (41.420 embarazos), se percibe una importante disminución del fenómeno, ya que la cifra era tres veces superior. (Consejo Superior de Investigaciones Científicas CSIC 2006). A pesar de la disminución del número de embarazos, estos se mantienen como foco de atención sanitaria, ya que un importante número de adolescentes se encuentran implicadas.

Por otro lado, los datos apuntan un incremento en los abortos de las adolescentes. Entre las españolas que se quedaron embarazadas en el año 2001, un 21% recurrió al aborto. En el 2004 los datos son aún más alarmantes, ya que los resultados reflejan una tasa de 50% (Consejo Superior de Investigaciones Científicas CSIC 2006).

Entre todas las comunidades autónomas, Cataluña consta de mayor prevalencia. En el 2001 el 61% de los abortos voluntarios fue realizado a menores de edad. En el año 2002 los bebés nacidos de madres con 20 años o menores correspondían a un total de 2,3% de todos los nacimientos registrados.

Además se puede añadir que el 8,4% de los bebés nacieron con bajo peso (Consejo Superior de Investigaciones Científicas CSIC 2006). Tales datos indican que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno bastante frecuente y que puede tener importantes consecuencias para el desarrollo de la madre y del bebé.

Cuando se realiza este tipo de estudio, además de tener en cuenta el contexto social, también deben ser consideradas las situaciones, económica, familiar, condiciones de salud y de desarrollo de las madres, sus niveles de escolaridad e inserción laboral, y la edad de la adolescente

(ya que no tiene el mismo impacto un embarazo a los 12 que a los 17 años de edad).

Una investigación realizada por Kimmel y Weiner intenta explicar las diferencias entre las vivencias de la maternidad en adolescentes que pertenecían a contextos socioeconómicos distintos.

Los datos señalan que las adolescentes que provenían de contextos socioeconómicos más favorecidos presentan preocupaciones relacionadas con la continuidad de sus estudios, la realización de sus proyectos personales, la interferencia de la maternidad en sus actividades de ocio, relación con amigos y la dependencia financiera de sus padres.

Por su parte, las jóvenes que procedían de contextos menos favorecidos centraban sus preocupaciones en aspectos económicos, como la mantención del hijo y de ellas mismas.

Partiendo de la premisa de que cualquier reflexión sobre la maternidad en la adolescencia debe respetar el contexto social y cultural, además de las condiciones psicológicas y emocionales de cada joven, no se puede afirmar el supuesto de que todo embarazo en la adolescencia es un embarazo indeseado.

En algunos casos, la maternidad es una experiencia plena, deseada y envuelta por sentimientos positivos. Para algunas jóvenes la maternidad a esta edad si forma parte de sus planes de vida y fue un hecho esperado y deseado y significo la realización de ciertas aspiraciones: tener una pareja, hijos y cuidar de la casa.

La maternidad en la adolescencia puede tener consecuencias distintas, especialmente cuando viene acompañada de apoyo familiar, cumplimiento de las orientaciones recibidas en el periodo prenatal, apoyo para continuar con los estudios, participación de la pareja, vivencia de la maternidad como un momento importante de la evolución de la sexualidad y responsabilidad.

Con respecto a la deserción escolar se han realizado estudios en Chile donde se comprobó que el 60% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo y el 40% restante habría desertado previo al embarazo y el nivel de escolaridad solo fue el básico.<sup>(13)</sup> En Argentina el porcentaje de madres adolescentes alfabetizadas es del 10,6% y analfabetas del 24,7%.

Uno de los motivos de la deserción escolar, posterior al embarazo fue criar al hijo, mientras que las adolescentes que desertaron durante el embarazo un 46% del total, y un 26% desertó del sistema escolar para trabajar <sup>(13,32)</sup>

Este estudio se realizó a embarazadas adolescentes que concurren al Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde el mes de enero de 2012 a abril del 2013. Previamente se identificaron a las 36 adolescentes embarazadas registradas en las planillas del consultorio de ginecología, del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto, y luego se procedió a realizar las encuestas concurrendo al domicilio de cada adolescente, y consultas en el mismo centro.

## **CAPÍTULO II**

### **HIPÓTESIS**

El inicio precoz de relaciones sexuales, un bajo nivel socioeconómico, la falta o distorsión de la información de prevención y el pertenecer a una familia disfuncional, son factores que contribuyen al aumento de la incidencia de embarazo adolescente en el Barrio Isla Del Río Diamante.

### **VARIABLE**

Cuantitativa

### **DISEÑO**

Descriptivo

### **MUESTREO**

Probabilístico

### **ÁREA DE ESTUDIO**

El Centro de Salud N°159 Humberto Taranto está ubicado en la Isla del Río Diamante, en la calle Amapola al 300 a 3 cuerdas de la Ruta 173 límite este; los límites norte y sur están dados por los brazos del Río Diamante; el límite oeste está dado por el Callejón El Moro del Distrito Cuadro Benegas, (quedando así el Callejón Las Rosas del Distrito de Cuadro Benegas, dentro de la jurisdicción del Centro de Salud).

El Barrio urbano marginal, ISLA DEL RÍO DIAMANTE, está construido en un lecho de río, ubicado entre los dos brazos del Río Diamante, se comunica con el centro de la Ciudad de San Rafael y con el Distrito de Cuadro Benegas por dos puentes, ubicados sobre la ruta 173. Tiene una población constituida por 1500 familias; 7500 habitantes.

## **SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Embarazadas adolescentes que concurren al Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde el mes de enero de 2012 a abril del 2013. Previamente se identificaron a las 36 adolescentes embarazadas registradas en las planillas del consultorio de ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto, y luego se procedió a realizar las encuestas concurrendo al domicilio de cada adolescente, y consultas en el centro.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Embarazadas adolescentes de 14 a 20 años que consultaron en el Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, de San Rafael desde el mes de enero de 2012 a abril del 2013.

Adolescente perteneciente a una familia disfuncional o no.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizaron 36 encuestas a embarazadas adolescentes que concurren al Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde el mes de enero de 2012 a abril del 2013. Previamente se identificaron a las adolescentes embarazadas registradas en las planillas de consultorio del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto, y luego se procedió a realizar las encuestas concurrendo al domicilio de cada adolescente, y consultas en consultorio. (Ver modelo en anexos)

## ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Representación gráfica de los datos obtenidos a adolescentes embarazadas en el Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto Barrio Isla del Río Diamante.

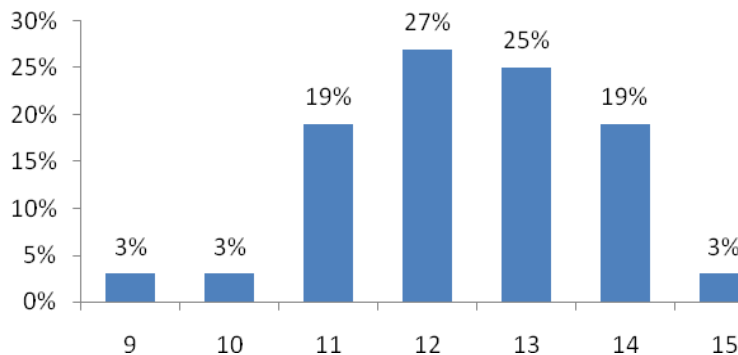
**Tabla N° 1:** Adolescentes embarazadas según edad de la menarca atendidas en el Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.

Edad	F	F%
9	1	3
10	1	3
11	7	19
12	9	25
13	10	27
14	7	19
15	1	3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % dela muestra), tuvieron su menarca el 3 % a los 9, 10 y 15 años; el 19 % a los 11 y 14 años, el 25 % a los 12 años y el mayor porcentaje 27 % a los 13 años.

**Gráfico N° 1:** Adolescentes embarazadas según edad de la menarca atendidas en el Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra), tuvieron su menarca el 3 % a los 9, 10 y 15 años; el 19 % a los 11 y 14 años; el 25 % a los 12 años y el mayor porcentaje 27 % a los 13 años.

**Tabla N° 2:** Adolescentes embarazadas según la edad de inicio de relaciones sexuales, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.

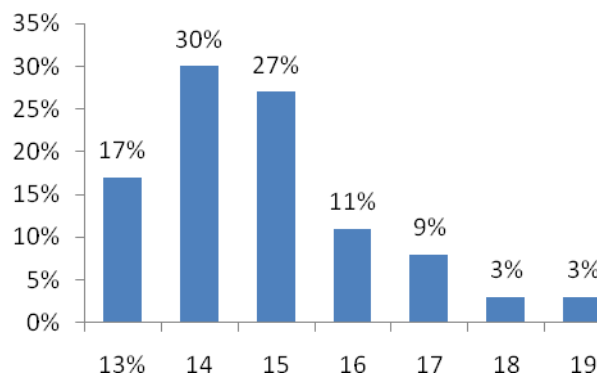
EDAD	F	F%
13	6	17
14	11	30
15	10	27
16	4	11
17	3	9
18	1	3
19	1	3
<b>Total</b>	36	100

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013



La tabla representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra) se iniciaron sexualmente el 3% a los 18 y 19 años; el 8% a los 17; el 11% a los 16; el 17% a los 13; el 27% a los 15; y el 30% restante a los 14 años de edad.

**Gráfico N° 2:** Adolescentes embarazadas según la edad de inicio de relaciones sexuales, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico representa un total de 36 (100 % de la muestra) adolescentes embarazadas se iniciaron sexualmente el 3% a los 18 y 19 años; el 8% a los 17; el 11% a los 16; el 17% a los 13; el 27% a los 15; y el 30% restante a los 14 años de edad.

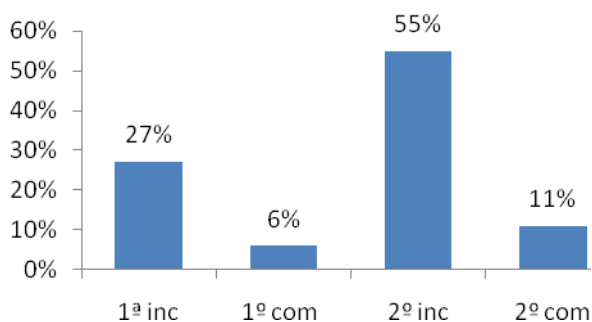
**Tabla N° 3:** Adolescentes embarazadas según el nivel de educación, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.

Nivel educativo	F	F%
1° incompleto	10	27
1° completo	2	6
2° incompleto	20	55
2° completo	4	11
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra); un 6% con primario completo; un 11% con secundario completo; un 27% con primario incompleto; y el 55% restante con secundario incompleto.

**Gráfico N° 3:** Adolescentes embarazadas según el nivel de educación, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Rio Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico representa un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra); un 6% con primario completo; un 11% con secundario completo; un 27% con primario incompleto; y el 55% restante con secundario incompleto.

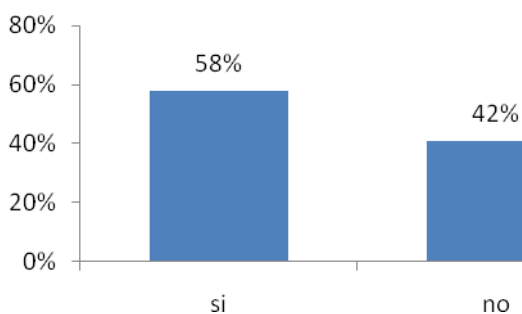
**Tabla N° 4:** Adolescentes embarazadas que tienen o no pensamientos mágicos, tales como: La primera vez no te embarazas, ideas de esterilidad, si no lo deseo no me embarazo, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde Enero del 2012 a Abril del 2013.

Tienen o no tienen	F	F%
Si	21	58
No	15	42
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra); un 41% no posee pensamientos mágicos; y el 58% restante si posee.

**Gráfico N° 4:** Adolescentes embarazadas según el tipo de pensamiento, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013



**Fuente:** : Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico representa un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra); un 41% no posee pensamientos mágicos; y el 58% restante si posee.

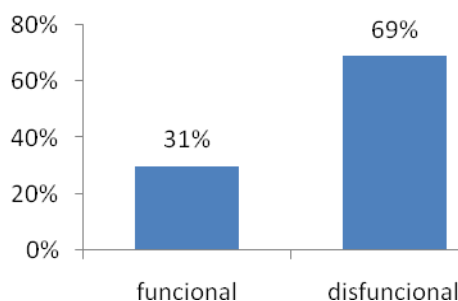
**Tabla N° 5** Adolescentes embarazadas según tipo de familia disfuncional o funcional, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.

<b>Tipo de Familia</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
<b>Funcional</b>	11	31
<b>Disfuncional</b>	25	69
<b>Total</b>	36	100 %

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra); un 30% pertenece a familia funcional; y un 69% a familia disfuncional.

**Gráfico N° 5:** Adolescentes embarazadas según tipo de familia, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra); un 30% pertenece a familia funcional y un 69% a familia disfuncional.

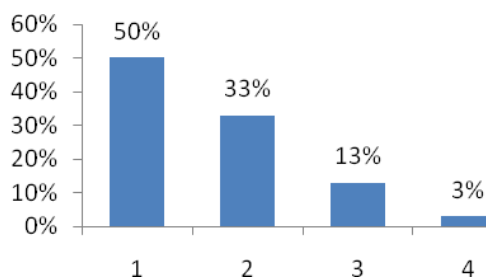
**Tabla N° 6:** Adolescentes embarazadas según la cantidad de hijos que tienen, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.

<b>N° de Hijos</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
<b>1</b>	18	50
<b>2</b>	12	33
<b>3</b>	5	13
<b>4</b>	1	3
<b>Total</b>	36	100 %

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra); un 3% tiene 4 hijos; un 13% tiene 3; un 33% tiene 2 y el 50% restante tiene 1 hijo.

**Gráfico N° 6:** Adolescentes embarazadas según la cantidad de hijos, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra); un 3% tiene 4 hijos; un 13% tiene 3; un 33% tiene 2 y el 50% restante tiene 1 hijo.

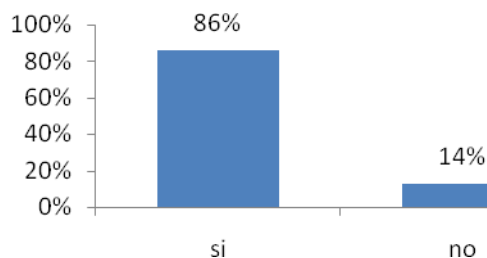
**Tabla N° 7:** Adolescentes embarazadas que conocen o no de anticoncepción, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.

<b>Conocen o desconocen</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
<b>Si</b>	31	86
<b>No</b>	5	14
<b>Total</b>	36	100%

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa que de un total de 36 (100 % de la muestra) adolescentes embarazadas; un 13% no conoce de anticoncepción; y el 86% restante si tiene conocimiento.

**Gráfico N° 7:** Adolescentes embarazadas que conoce o no de anticoncepción, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico muestra que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra) un 13% no conoce de anticoncepción, y el 86% restante si tiene conocimiento.

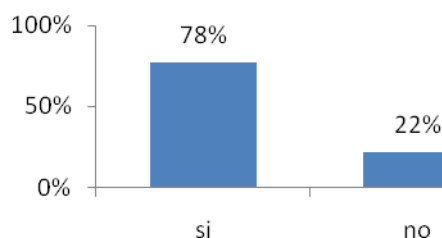
**Tabla N° 8:** Adolescentes embarazadas que se ven beneficiadas económicamente o no, al tener hijos, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.

Se ven o no beneficiadas	F	F%
si	28	78
no	8	22
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra) un 22% no le es un beneficio económico tener hijos, y el 77% restante piensa que si lo es.

**Gráfico N° 8:** Adolescentes embarazadas que se ven beneficiadas económicamente o no al tener hijos, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra) un 22% no le es un beneficio económico tener hijos, y el 77% restante piensa que si lo es.

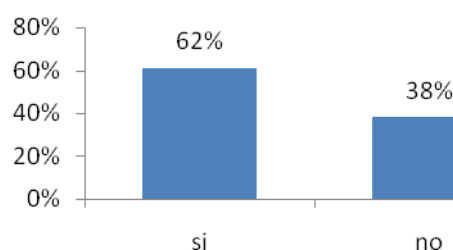
**Tabla N° 9:** Adolescentes embarazadas que viven o no en pareja, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Rio Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013

Viven o no en pareja	F	F%
si	22	62
no	14	38
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra) un 38% no viven en pareja, y el 61% restante si.

**Gráfico N° 9:** Adolescentes embarazadas que viven o no en pareja, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra) un 38% no viven en pareja, y el 61% restante sí.



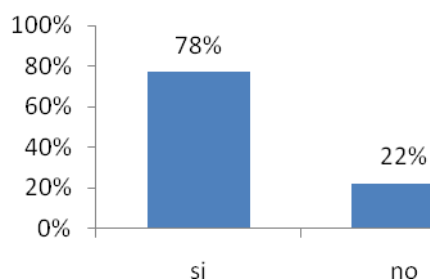
**Tabla N° 10:** Adolescentes embarazadas que consumen o no tóxicos (cigarrillos, droga, alcohol), pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.

<b>Consumen o no tóxicos</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
<b>Si</b>	28	78
<b>No</b>	8	22
<b>Total</b>	36	100%

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra) un 22% no consume tóxicos, el 77% restante si consume.

**Gráfico N° 10:** Adolescentes embarazadas que consumen o no tóxicos, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico muestra que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra); un 22% no consume tóxicos, el 77% restante si consume.

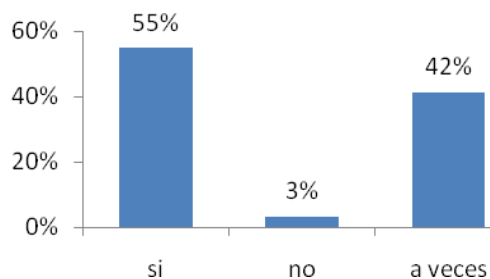
**Tabla N° 11:** Adolescentes embarazadas que buscan o no asistencia sanitaria, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.

<b>Buscan o no asistencia</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
<b>si</b>	20	55
<b>No</b>	1	3
<b>A veces</b>	15	42
<b>Total</b>	36	100%

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra); un 3% no busca asistencia; un 41% lo hace solo a veces y un 55% si busca asistencia sanitaria.

**Gráfico N° 11:** Adolescentes embarazadas que buscan o no asistencia sanitaria, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra) un 3% no busca asistencia, un 41% lo hace solo a veces y un 55% si busca asistencia sanitaria.

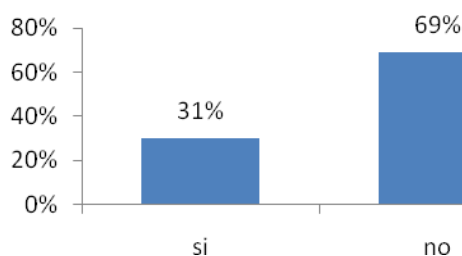
**Tabla N° 12:** Adolescentes embarazadas que tienen o no conocimiento de los riesgos de embarazarse a esta edad, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.

<b>Conocen o no de los riesgos</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
<b>si</b>	11	31
<b>No</b>	25	69
<b>Total</b>	36	100%

**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

La tabla representa que de un total de 36 adolescentes embarazadas (100 % de la muestra) un 30% si conoce de los riesgos y el 69% no los conoce.

**Gráfico N° 12:** Adolescentes embarazadas que tienen o no conocimiento de los riesgos de embarazarse a esta edad, pertenecientes al Centro de Salud N°159 Humberto Taranto del Barrio Isla del Río Diamante, San Rafael Mendoza, desde enero del 2012 a abril del 2013.



**Fuente:** Planillas de encuesta realizada por las alumnas de la Licenciatura en Enfermería U.N.C, en Consultorio de Ginecología del Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto desde enero del 2012 a abril del 2013

El gráfico representa que de un total de 36 (100 % de la muestra) adolescentes embarazadas un 30% si conoce de los riesgos y el 69% no los conoce.

## CAPÍTULO III

### INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los datos recogidos a través de las encuestas realizadas a adolescentes embarazadas en el Centro de Salud N° 159 Humberto Taranto de San Rafael, informan que:

Para la muestra relevada, la edad de la menarca es a los trece años, mientras que la mayoría de las adolescentes encuestadas manifiestan que su iniciación sexual ha sido a los 14 años aproximadamente (un 30% de la muestra).

Un alto porcentaje (el 55% de la muestra) de adolescentes embarazadas, en la población encuestada, abandona la educación secundaria para dedicarse a cuidar de su hijo, un porcentaje menor (el 27% de la muestra) pero también significativo desertó de la educación primaria al convertirse en madre. Evidentemente en el imaginario de la comunidad está instalado débilmente, la valorización de la educación como medio de movilidad social y acceso a una mejor calidad de vida

Lo expuesto, nos muestra que la falta de educación es un factor que contribuye al embarazo adolescente, como también lo son, los pensamientos mágicos; tales como las ideas de esterilidad, pensar que en la primer relación sexual no se quedan embarazadas.

En las adolescentes cuyas familias pueden ser categorizadas como disfuncionales (un 69% de la muestra), porque falta o es deficiente la comunicación entre padres e hijos, hay desapego, violencia, buscan el embarazo para tener una razón de vida, como una forma de que los adultos que las rodean las “respeten”, en la creencia de que tener un hijo las hace libres de sus padres. En consecuencia las adolescentes son impulsadas a tener relaciones sexuales en busca de ese amor que no tienen en el hogar.

Cuando las adolescentes tienen su primer hijo reciben ayuda social del gobierno, lo que les genera un pensamiento de que económicamente es positivo tener hijos, por ello, algunas deciden embarazarse nuevamente.

Las madres adolescentes conocen de anticoncepción (un 86% de la muestra), la que se les brinda de forma gratuita en el Centro de Salud, pero por las razones antes mencionadas deciden no cuidarse. Cabe destacar que asisten en busca de ayuda sanitaria solo cuando están embarazadas, porque para cobrar el plan social necesitan de un comprobante de chequeo médico desde los tres meses de gestación

Las madres a pesar de tener conocimiento del daño que causan los tóxicos tanto para su organismo como para el bebe, perseveran en esta conducta.

Lo arriba expuesto, tanto sobre el conocimiento sobre anticoncepción como la necesidad de la atención médica de forma temprana, permite pensar en la implementación de estrategias de acción más activas en términos de salud pública y comunitaria que posibiliten revertir estos datos y mejorar la calidad de vida de las adolescentes del barrio.

Es frecuente que ante la noticia del embarazo, las adolescentes formen pareja con el padre de su hijo, y vivan en la casa de algunos de los padres, y/o se construyen un segundo hogar en el mismo terreno.

## **PROPUESTA DE ACCIÓN**

En función de los datos obtenidos en las encuestas realizadas y la interpretación de los mismos, consideramos necesario que se generen o incentiven en el caso de existir, líneas de acción tendientes a revertir la situación planteada.

La deserción escolar en las madres adolescentes, es una realidad y por ello nuestra propuesta consiste en incentivar a la continuación de los estudios, dando a conocer que el hecho de estar embarazada o ser madre no es un impedimento para esto.

En el barrio se encuentra el colegio secundario PS 218 La Buena Madre, el cual posee un proyecto "SER MADRE Y ESTUDIANTE", mediante el cual se busca planificar líneas de acción, para acompañar, orientar y apoyar a las adolescentes madres para que puedan continuar y concluir su trayectoria escolar.

Nuestro objetivo es contribuir con la difusión del proyecto de la Institución educativa a las adolescentes madres que han desertado de este nivel educativo, ya que se ha comprobado que las madres educadas mejoran el capital humano de su hogar y mejoran su propia salud, ya que les permite acceder a una condición materna más segura.

Esto se llevara a cabo a través de charlas de incentivación e información; en la sala de espera del Centro de Salud en los días y horarios de consultorio de Obstetricia y Pediatría

## CONCLUSIÓN

A través del desarrollo de este trabajo de investigación, pudimos conocer los factores que contribuyen al aumento en la incidencia de embarazo adolescente en el Barrio Isla del Río Diamante de San Rafael, en el momento de realizar las encuestas pudimos introducirnos en esa realidad y conocer en más profundidad el tema.

Cabe destacar que la mayoría de las adolescentes pertenecen a familia disfuncional en la cual existe una relación muy distante entre padres e hijos, donde hay poca comunicación, otro factor que se destaca es que la mayoría de las adolescentes deciden embarazarse para obtener el beneficio económico que brinda el plan social otorgado por el gobierno, también pudimos constatar que las adolescentes tiene conocimiento de métodos de anticoncepción pero no hacen uso de estos.

El embarazo adolescente deja secuelas tanto para la madre como para el hijo, en la madre sobre todo ocurre en la parte educativa ya que esta debe dejar sus estudios para dedicarse a la crianza de su hijo, el niño algunas veces sufre la ausencia de su padre, se cría con los abuelos, generalmente sufre necesidades ya que su madre al no tener educación, no consigue trabajo que sea bien remunerado y todo esto hace una cadena donde van sufriendo carencias tanto los padres como el hijo.

A modo de hacer nuestro aporte al tema, conocimos un programa que se lleva a cabo en el colegio secundario del barrio, mediante el cual integran a madres adolescentes y las incentivan a la finalización del ciclo escolar. Realizamos charlas para dar a conocer este programa y para mostrarles a las madres adolescentes lo importante que es para su realización y para la de sus hijos que ellas no dejen de estudiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Rosselot J. Adolescencia: Problemática de Salud del Adolescente y Joven en Latinoamérica y el Caribe, Pediatría 2ed. Menehello: Inter-Médica, 1993
- 2- Luengo CX. Definición y Características de la Adolescencia, Embarazo en Adolescentes Diagnóstico, Santiago de Chile, 1992.
- 3-Ruoti M. Ruoti A. Sexualidad y Embarazo en Adolescentes, Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud, Paraguay: Universidad de Asunción, 1992.
- 4- Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Versión On-line ISSN 1561-3062 Revista Cubana Obstetricia Ginecología v.23 n.1 Ciudad de la Habana ene.-jun. 1997 Ginecología Hospital Docente Materno Infantil 10 de Octubre “Adolescente Embarazada: Características y Riesgos
- 5- Pantelides E. A., “Aspectos sociales del Embarazo y la Fecundidad adolescente en América Latina”, (2004). La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o Revolución?, Santiago de Chile, (2004) CEPAL y UPX, págs. 167-187.
- 6- Stern C., “El Embarazo en la Adolescencia como Problema Público: Una Visión Crítica”, en Salud Pública de México, (1997) págs. 137-143
7. Peláez M. J., Salomón A.N., Machado H., Rodríguez O., Vanegas R. Salud Sexual y Reproductiva. En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. Ciudad de la Habana: MINSAP, (2002), págs.182-253.
8. Ruiz L. J., Romero G.E., Moreno H., Factores de Riesgo de Salud Materno-Infantil en Madres Adolescentes en Colombia. Panamá, Salud Pública (2004).
- 9-Revista Archivo Médico de Camagüey versión ISSN 1025-0255 AMC Camagüey ene.-feb. 2010 artículos originales “El embarazo y sus riesgos en la adolescencia”. Yoandra González Sáez; Dra. Isabel Hernández Sáez; Dra.



Marlene Conde Martín; Dr. Rodolfo Hernández Riera Dra. Susana M. Brizuela Pérez

**10-** Geldstein. R. N. y Pantelides E. A., “Coerción, consentimiento y deseo en la primera vez”, en CHECA, “Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia”. Buenos Aires, Paidós, (2003) págs. 103-138

**11-** Manzelli, H. y Pantelides, E. A. “La edad a la iniciación sexual y sus correlatos en varones de cuatro ciudades de América Latina”, en Lopez, E. y Pantelides, E. A. (comps), aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva, Buenos Aires, CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA. (2007),

**12-** Pantelides E.A. y GELDSTEIN R., “Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescente de bajos recursos”, en AEPA, CEDES, CENEP, avances en investigación social en salud reproductiva y sexualidad, Buenos Aires, AEPA, CEDES, CENEP, págs. 45-53, (1999)

**13-** Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. méd.Chile v.132 n.1 Santiago ene. 2004Rev. Méd. Chile 2004; 132: 65-70 Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar Marta Molina, Cristina Ferrada, Ruth Pérez, Luis Cid, Víctor Casanueva, Apolinaria García.

**14-** Gogna M., Fernández S. y Zamberlin N.,” Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo adolescente: hallazgos de la encuesta a puérperas”, en Gogna, M. (coord.), embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, Buenos Aires, UNICEF, CEDES y Ministerio de salud y Ambiente de la Nación, págs. 251-284(2005)

**15-** Revista médica de Chile, (1994), “Variables psicosociales y familiares asociadas con el embarazo de adolescentes”. Burrows R., Rosales M., Alayo M., Muzzo S. págs. 25-28

- 16-** Villar I. "Vulnerabilidad de los Jóvenes", Venezuela: Celsan, 2008, citado 10 de julio del 2009.
- 17-** Portnoiy, F. "El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales", en Gogna M. "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. (2005)
- 18-** Belitzky R. "Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latinoamericanas, la salud del adolescente y el joven en las Américas". Washington: OPS, (1985), 221-72. (Publicación Científica; 489).
- 19-** Molina R., "Sistemas de atención para adolescentes embarazadas", "La salud del adolescente en Chile", Santiago de Chile: Ediciones R. Florenzano. M. Magdaleno, E. Bobadilla, (1988), págs.195-231.
- 20-** Pelaez J. "Embarazo en la adolescencia" En: Ginecología infanto- juvenil. La Habana: Editorial Científico- Técnica, (1999)
- 21-** Castro Santoro R. "Preeclampsia pura en adolescentes embarazadas" PerinatolReprod (1989).
- 22-** Castro Santoro R. "Adolescente embarazada: aspectos orgánicos, Embarazos en adolescentes". (1991), Santiago de Chile: SERNAM UNICEF, (1992).
- 23-** Valdez Dacal S. "Embarazo en la adolescencia: Incidencia, riesgos y complicaciones", Revolución Cubana Ginecología Obstétrica (2001)
- 24-** Castro Santoro R. "Adolescente embarazada: aspectos orgánicos, Embarazos en adolescentes", Santiago de Chile 1992.
- 25-**Belitzky R. "Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latinoamericanas" y "La salud del adolescente y el joven en las Américas", Washington: OPS, 1985: págs. 221-72. (Publicación Científica; 489).

- 26-**Guerschanick G. “Resultados perinatales según edad ginecológica en adolescente de un hospital público” Libro de contribuciones III Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obst Infanto-Juvenil. Santiago de Chile, (2002)
- 27-** Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). “Deserción escolar e inserción laboral de los jóvenes”, Informe ejecutivo. Santiago de Chile, (2001)
- 28-** Ministerio de Educación (MINEDUC). “Deserción escolar: causas y propuestas de solución. Educación”. Chile, Apuntes de la reforma 2001.
- 29-** Instituto Nacional de Estadística (INE). “Fecundidad juvenil”, Chile, (2000)
- 30-** Molina M., Peña I., Quiroz M. Embarazo Precoz. Revista Trabajo Social (1992) págs. 21-8.
- 31-** Ministerio de Salud y Acción Social, “Programa nacional de estadística de salud, estadísticas vitales, información básica”, (2006) Buenos Aires.
- 32-** Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, “Dirección de estadísticas e información en salud, estadística vitales”. Información básica (2004-2005), Buenos Aires.
- 33-** Castro E. M. “Programa crecer en la adolescencia” (2004).
- 34-** Álvarez C. Embarazo en la adolescencia. La sexualidad hacia una consecuencia reflectiva. Tres divulgaciones científica popular. Editorial Política. La Habana 2004.
- 35-** Molina R., Sandoval J., Luengo X., “Salud sexual y reproductiva del adolescente”, (2000).
- 36-** Clínicas Perinatologías Argentinas, N° 4 Asociación Argentina de Perinatología, “Embarazo en la adolescencia”, (1997)

- 37-** kimmel y weiner; Ariel PsicologíaS.A."La adolescencia una transición del desarrollo", Barcelona (1998)
- 38 -** Steimberg, Y Cámara, "Adolescencia" (1985-2005) New York.
- 39-** Estévez y Menandro "Trayectorias de vida, Maternidad Adolescente, Estudios de Psicología" (2005).
- 40-** Revista Cubana, Medicina General Integral; Aspectos Psicosociales del Embarazo en la Adolescente. 2005 José Israel López, Miguel Lugones Botell, Luis Waldespino Pineda y Sonia Ambosio San Martin.
- 41-** Gama, Szwarcwald, Leal y Theme Filha,2001; Kellogg, Hoffman y Taylor,1999; roth, Hendrickson y Stowell,1998; Yago y Cols.1999
- 42-** Anderson y Sommerfelt, 1999; Benzies, Harrison y Magill-Evans, 2004; Magill-Evans y Harrison, 2001; Maldonado, 1994).
- 43-**Gupta y Leite, 2001; Pedreira, 1998; Vázquez, Almirall, Cruz y Álvarez, 1997; Silva y Salamao,(2003).

# **ANEXOS**

## ENCUESTA

- 1) ¿Edad de la primera menstruación?
- 2) ¿Edad de inicio de relaciones sexuales?
- 3) Nivel educativo
- 4) Pensamientos mágicos tales como. La primera vez no te embarazas. Ideas de esterilidad. Si no lo deseo no me embarazo.
- 5) T  
Tipo de familia: disfuncional o funcional
- 6) ¿Tienes hijos? ¿Cuántos?
- 7) ¿Conoces de anticoncepción?
- 8) ¿El tener hijos te beneficia económicamente?
- 9) ¿Vivís en pareja?
- 10) Consumo de tóxicos(cigarrillo-droga- alcohol)
- 11) ¿Buscas asistencia sanitaria?
- 12) ¿Tienes conocimiento de los riesgos de embarazarse a esta edad?

## **PROYECTO: “SER MADRE Y ESTUDIANTE”**

### **Del colegio secundario PS 218 La Buena Madre**

#### **JUSTIFICACIÓN:**

Durante el ciclo lectivo 2012 en nuestro establecimiento se presentaron 10 casos de embarazo adolescente, de los cuales 6 ya fueron mamás. Esta situación nos despierta la necesidad de planificar líneas de acción para acompañar, orientar y apoyar a nuestras adolescentes- madres para que puedan continuar y concluir su trayectoria escolar.

#### **OBJETOS:**

- Desarrollar las habilidades cognitivas pertinentes a cada espacio curricular.
- Dar a conocer pautas de estimulación temprana para sus bebés y cuidados de salud mental e infantil.

#### **ACTIVIDADES:**

1. Se establece el encuadre de trabajo: lugar, días y horarios.
2. El coordinador pedagógico establece contacto permanente con los docentes de los diferentes espacios curriculares para conocer los contenidos a desarrollar como la bibliografía a utilizar. En los encuentros diarios se desarrollan dicha temática. Luego los trabajos realizados por las alumnas se presentan a sus respectivos docentes, para ser corregidos. Las alumnas serán evaluadas con la misma evaluación que el resto de sus compañeros, con la finalidad de acreditar los saberes al igual que sus pares al año que le corresponde.
3. Una vez a la semana se presenta un tema informativo y reflexivo sobre la importancia del cuidado de salud materna e infantil y concienciar a las

mamas y futuras mamas del enriquecedor poder de la estimulación temprana en el desarrollo evolutivo de sus hijos. Por ejemplo: “ de la buena

4. alimentación 50% y de la buena estimulación 50% depende del crecimiento del cerebro de un chico en el primer año de vida” Dr. Abel Albino. “ Mamita, si quieres que cuando grande sea inteligente y sano, háblame, muéstrame cosas para mirar, tócame, hazme cariño” Psicóloga M Isabel Lira. “Rescaten a papa” revista familiar y vida. Entre otros artículos.
5. Se elaborara en forma conjunta con las alumnas un manual de estimulación, el cual contendrá indicaciones sobre normas de crianzas de sus niños y se desarrollaran nociones básicas sobre los siguientes temas: Importancia del desarrollo psíquico, capacidad de aprendizaje que tiene el niño desde su nacimiento, su necesidad de explorar y conocer el mundo en el que vive, su necesidad de cariño y la necesidad de utilizar una disciplina constante. En la primer parte del manual: cada una de las ideas, anteriormente mencionadas, se presentan en una breve explicación. Para corroborar que las alumnas hallan comprendido lo que han leído o escuchado, cada idea va seguida de una frase incompleta, que irán formando parte del manual.

Para la segunda parte del manual se sugerirán actividades para los distintos momentos del día: mientras la mamá alimenta a su niño, mientras lo mudan, lo deja solo. Estas actividades están programadas para lograr un mejor desarrollo del niño en cuatros áreas:

- Área de motricidad gruesa: estimular esta área significa ayudar a su hijo a adquirir fuerza muscular y control de sus movimientos para que progrese desde conducta muy simples, como sujetar la cabeza cuando se le endereza, a comportamientos más difíciles, como son correr y saltar. Este desarrollo es muy importante porque permite a su niño conocer primero su propio cuerpo y luego el mundo que lo rodea.



- Área de lenguaje: estimular esta área significa ayudar a su niño para que aprenda a comunicarse con los demás a través de palabras. Esto es muy importante para el aprendizaje posterior y su desarrollo se inicia ya desde los primeros balbuceos.
  - Área de coordinación interpersonal: El desarrollo de esta área significa que su hijo va coordinando lo que capta a través de sus sentidos con su actividad; coordina lo que ve con lo que hace, o lo que oye con lo que ve.
  - Área social: Estimular esta área significa ayudar a su hijo a relacionarse con las otras personas. El desarrollo social se manifiesta ya con la primera sonrisa; posteriormente, es un largo proceso en que el niño descubre a las personas que lo rodean, aprenden a querer y respetar, a ser querido y aceptarlo.
6. Cabe agregar que se realizarán juguetes que sirvan para desarrollar las diferentes áreas del desarrollo infantil, donde puedan advertir las madres, que con pocos y económicos recursos podemos construir ricos objetos para estimular y propiciar el desarrollo integro del niño.