



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNO INFANTIL**

REINCIDENCIA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

AUTORES:

Br. Cardozo, Laura
Br. Rodriguez, Paola
Br. Tuduri, Adriana
Br. Vera, Andrea
Br. Vera, Sandra

TUTOR:

Prof. Agda. Lic. Enf. Correa, Ana

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

Montevideo, 2010

Índice

Integrantes.....	1
Agradecimientos.....	2
Introducción.....	3
Índice.....	4
Plantamiento del problema.....	5
Objetivos.....	6
Justificación.....	7
Marco Conceptual.....	9
Diseño Metodológico.....	17
Definición de variables.....	19
Resultados	22
Análisis.....	38
Conclusión.....	40
Sugerencias.....	42
Bibliografía.....	43
Anexos.....	45

Agradecimientos

A lo largo de nuestra formación profesional estuvimos acompañados por distintas personas que en diferentes instancias nos brindaron su guía, apoyo y contención por lo cual queremos agradecerles, especialmente a nuestra tutora Prof. Agda. Lic. Ana Correa la cual fue siempre nuestro faro el camino hacia nuestra meta.

También queremos extender nuestro agradecimiento a todas aquellas instituciones, sus autoridades y al personal de estas instituciones que de una manera u otra colaboraron en la realización de este trabajo de investigación.

Y por último, no menos importante, un sincero agradecimiento a nuestras familias y amigos, que supieron ser nuestro sostén y darnos el tiempo necesario para llevar adelante esta instancia en nuestras vidas.

A todos ellos:

GRACIAS!!!!

Introducción

El presente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando segundo módulo del cuarto ciclo de la Licenciatura en Enfermería.

Este trabajo de investigación fue tutorado por la Cátedra de Enfermería Materno Infantil. El mismo se desarrolló en un Centro de Salud de la ciudad de Montevideo ubicado en zona este.

El tipo de estudio que se implementó fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal basado en variables cualitativas y cuantitativas, cuyo tamaño de muestra fue de 21 adolescentes reincidentes en un segundo embarazo.

La temática abordada es la Reincidencia del Embarazo Adolescente, tema de interés para nuestra profesión, debido al aumento de estos tanto en nuestro país como en el mundo. Dada a la prevalencia en nuestro país, es que el 26 de setiembre de cada año fue proclamado "Día Nacional de la Prevención del Embarazo Adolescente" por parte de la Comisión Especial de Género y Equidad del Parlamento Nacional con fecha 11 de agosto de 2004.

El objetivo fue determinar características de las adolescentes, que pudieran ser determinantes en la reincidencia del embarazo a través de variables. Para obtener la información se realizó una entrevista semiabierta y anónima, directamente a las adolescentes que se encontraban en la sala de espera del Servicio de Pediatría del Centro de Salud perteneciente al MSP, enmarcadas dentro del Programa Aduana, en el período de tiempo comprendido entre el 2 al 20 de agosto de 2010.

El procesamiento de los datos obtenidos se realizó mediante la implementación de tablas y gráficas en base a frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las variables utilizadas. Luego se analizaron los mismos para finalmente concluir.

Planteamiento del Problema

Línea de investigación: Adolescencia y embarazo

Área Temática: Reincidencia del embarazo adolescente

Problema: Conocer los factores que influyen en la reincidencia del embarazo en las adolescentes, que se asisten en un Centro de Salud perteneciente al Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Montevideo en el período de tiempo comprendido entre el 2 y el 20 de agosto de 2010.

Objetivos

Objetivo General

Identificar características de las adolescentes, que pudieran ser determinantes en la reincidencia del embarazo, que concurren a un Centro de Salud perteneciente al MSP enmarcadas dentro del Programa Aduana, en la ciudad de Montevideo en el periodo de tiempo comprendido entre el 2 al 20 de agosto de 2010.

Objetivos específicos

- 1- Caracterizar la población a través de variables.
- 2 –Conocer cuáles son los MAC más utilizados por parte de las adolescentes.
- 3- Identificar cuáles son los MAC que conoce.
- 4- Conocer las fuentes de información sobre MAC.
- 5- Determinar si se realizó los controles de embarazo estipulados por el MSP durante su segundo embarazo.

Justificación

Uruguay está por encima de la media en materia de embarazos adolescentes en Latinoamérica y el Caribe. Mientras el promedio de embarazos adolescentes en la región es de 73.1 cada mil, nuestro país tiene 168 (1). Este aumento está relacionado al descenso de la edad de la menarca y al inicio precoz de las relaciones sexuales, entre otros (2). En nuestro país uno de cada cinco adolescentes tuvo su primera relación sexual antes de los 14 años (3).

La tasa de mortalidad infantil en el Uruguay es de 13.1 por cada mil nacidos, el embarazo adolescente es un factor de riesgo de este indicador, así como también de complicaciones maternas (4). Otra consecuencia generada por esta situación es el abandono escolar, la dificultad de superación de la madre en estas condiciones y el desempleo que impacta directamente en la sociedad. Por otra parte los padres adolescentes generalmente no están preparados para asumir la paternidad, ocurre con bastante frecuencia, el abandono del adolescente de sus responsabilidades paternas.

Tal es la importancia de este tema que el 11 de agosto del año 2004 se declara por parte de la Comisión Especial de Género y Equidad del Parlamento Nacional, a el 26 de setiembre de cada año como DIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE, en el cual las instituciones oficiales y privadas deberán realizar actividades donde se brinde información calificada y veraz sobre SSR, fomentando así la prevención y protección del embarazo adolescente. (Anexo 8).

Este trabajo de investigación surge a partir del interés del grupo en la problemática del embarazo adolescente (1 de cada 4 nacidos vivos es hijo de madres adolescentes) (5), más específicamente en la reincidencia del embarazo dado que un 20 % de los nacimientos de madres adolescentes no son primer hijo (6).

Teniendo en cuenta los datos de los nacimientos ocurridos entre julio 2008 y julio 2010, que dieron como referencia al Centro de Salud en el cual se realizó nuestro trabajo de investigación para su asistencia (el 21% son de madres adolescentes y el 18% es reincente en un segundo embarazo) (Anexo 9) coinciden con las estadísticas nacionales.

(1) Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y la acción, CEPAL y UNFPA, 21-01-2010

(2) Portillo J y otros. La sexualidad de los adolescentes, 1992 Facultad de Medicina del Uruguay, UNFPA, OPS/OMS

(3) ANEP, Educación Sexual: su incorporación al sistema educativo. 2008

(4) Censo 2010, INE (Instituto Nacional de Estadística) WWW.INE.GUB.UY

(5) WWW.MSP.gub.uy

(6) Alicia Canetti. Los embarazos consecutivos en la adolescencia: un nuevo dilema en la atención primaria. Revista SUGIA 2000 p 53

De las entrevistas realizadas a la Psicóloga y Asistente Social Sabrina Rossi, Lic. en Enf. José Luis Morales y la Dra. En Ginecología Laura Nasif (integrantes del equipo multidisciplinario del Centro de Salud)(Anexos 5, 7 y 6) encontramos un punto en común de esta problemática que es: la madre adolescente deja de realizar actividades que le podrían asegurar una vida mejor para ella y su hijo como ser continuar estudiando y recibir capacitación laboral que le facilitarían el ingreso al mercado laboral y aspirar a un trabajo digno, evitando así la exclusión social; también coinciden en que las adolescentes hacen un uso inadecuado de los métodos anticonceptivos como “falta de conciencia de riesgo” y a una falta de modelos de referencia para un proyecto de vida.

Según lo expresado por el Dr. Roberto Sergio (Anexo 4) y teniendo en cuenta que la mayoría de la juventud de Montevideo se concentra en las regiones periféricas, por ende la mayoría de las madres adolescentes las encontramos aquí, donde se dan con mayor frecuencia: el bajo nivel educacional, los hogares con bajos ingresos económicos y las pocas fuentes de trabajo a su alcance (1). Es en este entorno donde debemos hacer hincapié en una educación para la salud basada en las estrategias de la APS, tratando así de disminuir factores de riesgo, teniendo en cuenta que el aislamiento social y la pobreza vividos desde una edad temprana, transmitida de generación en generación, contribuyen a perpetuar el subdesarrollo de un país.

Consideramos importante este trabajo de investigación en relación al rol de enfermería, para ser tomado en cuenta en el primer nivel de atención, para brindar una adecuada información, previniendo así la reincidencia del embarazo. Para realizar la misma nos basamos en el modelo de atención de enfermería de Dorotea Orem que promueve el autocuidado teniendo en cuenta los factores determinantes y condicionantes de Lalonde.

Al revisar el material bibliográfico hemos encontrado trabajos científicos sobre embarazo adolescente hechos por médicos, pero no en el área de enfermería, así como tampoco sobre la reincidencia; si acotaciones sobre el tema.

Por lo que creemos que el conocimiento generado será de ayuda en nuestra profesión, dándonos herramientas para llevar a cabo actividades de promoción y prevención en salud dentro de programas nuevos o existentes.

(1) MIDES Informe Técnico: Juventud, activos y riesgos sociales en la reorganización espacial de Montevideo 2000 p 7

Marco Conceptual

La adolescencia, es un periodo de cambios bio-psico-sociales donde el individuo tiene una búsqueda de una identidad propia, lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar repentinamente su forma de actuar. Tiene gran interés por lo que ocurre fuera del contexto familiar lo que lo hace vulnerable.

Este trabajo de investigación está enfocado a las adolescentes que reincidieron en un segundo embarazo por lo tanto es oportuno definir conceptualmente adolescencia: según Dr. Andrés Flores Colombino: "La adolescencia es una etapa de la vida correspondiente a un periodo del desarrollo del ser humano, comprendido entre la infancia y la madurez. Las transformaciones psicológicas, la adquisición de una nueva escala de valores, de nuevos roles y manifestaciones sexuales, entre otros, no son constantes para cada sexo y para toda la humanidad, pues se dan de maneras diferente en las distintas culturas, medios socio-económicos, y en diferentes épocas y lugares"

Desde el punto de vista cronológico para la OMS la adolescencia se sitúa entre los 10 y 19 años; estableciéndose entre los 10 y 14 años la adolescencia inicial y de 15 a 19 años la adolescencia propiamente dicha.

Dado que la adolescencia es una etapa vital que transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez en cuyo periodo la persona adquiere además la capacidad de reproducción definimos embarazo adolescente como la gravidez comprendida en la etapa de la vida desde los 10 a los 19 años. Entendiéndose como embarazo al proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 12-16 después de la fertilización (1).

Este trabajo se realizó en el área de atención primaria en salud, la que se define como "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos, y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación"(2).

(1) OMS

(2) OMS Alma Atia 1978

Considerando que la salud reproductiva es importante en todas las etapas de la vida, la OMS la define como: “una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asquibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura”.

A pesar de la evolución teórica a la que ha llegado el concepto de salud sexual y reproductiva y del interés que el tema de la sexualidad en la adolescencia ha adquirido en las últimas décadas, aun no resulta sencillo definirlo, explicarlo y mucho menos aplicarlo. La transformación del contenido de estos conceptos al ritmo de los cambios políticos, económicos y socioculturales ha generado un nuevo enfoque para su atención que distingue dos componentes: el de los derechos sexuales y reproductivos (DSR), que son aquellos que permiten a las personas convivir sin distinciones de sexo, sin riesgos y sin violencia en cuanto a la sexualidad y la reproducción, y además forman parte de los derechos humanos (Anexo 10); y, el de la necesidad de una oferta de servicios de salud integral que incluya, entre otros: la atención a la sexualidad, la planificación familiar, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la educación sexual. Para lo cual se trabaja en el área de atención en salud reproductiva, definida como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual (OMS).

La salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes es un tema fundamental para crear mejores condiciones en el desarrollo de este importante grupo poblacional.

Esta está íntimamente ligada a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La SSR se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los DSR. Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número de hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos

los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

La sexualidad y la reproducción van mucho más allá del campo de las relaciones sexuales genitales y de la maternidad. La sexualidad y la reproducción atraviesan todos los aspectos esenciales de la existencia humana, desde la identidad individual y las relaciones interpersonales, hasta el proyecto de vida.

Cuando existen las condiciones para el ejercicio de una sexualidad responsable y libre, para la toma de decisiones reproductivas autónomas, existen condiciones para una vida digna (1).

En el sector de la salud, la salud sexual y reproductiva se ha tratado mediante las políticas nacionales y departamentales que hacen énfasis en una maternidad segura, que pretende reducir la tasa nacional de mortalidad materna y perinatal evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia y prevención.

Trabajando en planificación familiar se trata de incrementar el uso correcto de MAC en la población en edad fértil y en el área de SSR en la población adolescente reducir el embarazo en adolescentes (2).

Actualmente la iniciación sexual es más precoz en relación a generaciones pasadas, no nos parece tan motivada por el deseo de vivir una experiencia de goce sexual, sino por el deseo de vivir algo desconocido y no sentirse inferior a sus compañeros que ya lo han tenido. De todos modos suele tener cierta desilusión y esto por varios motivos; por un lado constituye una herida narcisista por la pérdida de una membrana valorada de su cuerpo, por otro lado, la fantasía sobre el acto supera siempre la realidad y se suele escuchar “no era para tanto”, y finalmente, si la joven esperaba consagrarse como mujer comprueba enseguida que ser mujer es algo mucho más complejo.

Los adolescentes sexualmente activos necesitan tener acceso a MAC seguro y eficaz; muchos adolescentes no usan anticonceptivos o bien usan un método de forma irregular, lo que significa que se encuentra en riesgo de enfrentar un embarazo no deseado, un aborto en condiciones poco seguras e ITS (Infecciones de transmisión sexual). Los adolescentes tienen derecho a usar cualquier MAC entre los cuales detallaremos: anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales solo de progestágeno, preservativo, dispositivos intrauterinos y otros. (Ver anexo 11).

El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del ser humano: basada en el sexo, las identidades de sexo y/o género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en

forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones (3).

(1) Embarazo en adolescentes. (Ministerio de Asuntos Sociales). Madrid: José Ortega y Gasset; 1994

(2) Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

- PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. 2000

(3) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. MSP 2007

La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad es el conjunto de nuestras actitudes, conductas y comportamientos que expresamos a través de nuestra forma de pensar, sentimientos y emociones de manera sana y plena, dependiendo de si somos hombres o mujeres; ya que género es el conjunto de valores, actitudes, costumbres y formas diferentes de actuar que la sociedad nos asigna dependiendo, si somos hombres y mujeres. Es la construcción social y cultural de lo femenino y masculino. Repetido desde antes de nacer. La sociedad establece normas y formas de comportamiento propias para el hombre y la mujer. A través de la enseñanza, la cultura y la tradición familiar vamos asumiendo estos roles con características y tareas específicas para cada sexo. Se nos asigna características propias a cada sexo de esa misma manera se asigna valores distintos, a los hombres se le educa para ser activos, inteligentes, independientes, fuertes, agresivos tienen más valor, en cambio a las mujeres se nos enseñan a ser pasivas, sentimentales, dependientes, sumisa, débiles, coquetas y valemos menos.

Para lograr la equidad de género en salud implicaría eliminar estas desigualdades entre mujeres y hombres que son innecesarias, evitables y entonces injustas (1).

Según Scott se define como "un elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas por los sexos; esta se transforma en una diferencia de valor"...

Este autor le atribuye 4 elementos:

- 1- Los símbolos culturalmente aceptados, los que la propia sociedad fabrica como idea de lo que debe un hombre y una mujer. La cultura marca a los seres humanos con el género y el género marca a todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano.
- 2- Los conceptos normativos que interpretan los símbolos por ejemplo las doctrinas religiosas, científicas, legales, políticas que reafirman el significado de ser varón y mujer, masculino y femenino.
- 3- Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, etc...
- 4- La construcción de la identidad subjetiva. (2)

La única forma de disminuir el número de embarazos en la adolescencia es haciendo prevención, esta debe basarse fundamentalmente en una adecuada educación para la sexualidad, uno de los aspectos abordados dentro de la Atención Primaria de Salud (APS) (3).

(1) Programa Mujer, salud y desarrollo, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

(2) Scott Coltrane: "The Micropolitics of Gender in Nonindustrial Societies", *Gender & Society*

(3) Temas de Salud (1) Guía de atención primaria para educadores y docentes, aspectos sociales y culturales del embarazo adolescente; Santi L, Consuelo E, Serra M, Scardo M. 2002

Dentro de este ámbito el rol de enfermería se basa fundamentalmente en proporcionar una información adecuada en el contexto que se crea conveniente; ya que esta es: "la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un Proceso Integral, Humano, Continuo, Interpersonal, Educativo, Terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria."⁽¹⁾

Enfermería aportará conocimientos sólidos y una información adecuada y veraz que faciliten a la adolescente la elección del método anticonceptivo más adecuado.

Los adolescentes deben tener un rol activo en la elección del mismo, lo que garantizaría mejores resultados. La educación sexual temprana es la forma adecuada de prevenir el embarazo adolescente, que incluya información sobre anticoncepción, así como también para prevenir ITS (2, 3).

Este trabajo se realizará en un primer nivel de atención donde Enfermería Profesional desarrolla su trabajo fundamentalmente con la comunidad, actuando en forma responsable e investigando en conjunto con la población y de esa forma conocer las necesidades de atención a la salud; ella posee los conocimientos y habilidades técnicas y una actitud apropiada para atender, en los lugares, donde viven, trabajan, estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando es preciso; desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores; realiza funciones de docencia, asistencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los involucrados.

Enfermería utiliza la metodología Participativa en su accionar para educar y ayudar a cambiar; apunta a la adquisición conciencia social que rescate la cultura, los valores en crisis; promover la autogestión; cooperar para mejorar condiciones de vida y promover cambios. Se caracteriza por tener un sistema de trabajo sustentado en el Método Científico, aplicando el proceso de atención de enfermería, incorporando conocimientos y un saber propio que la diferencia de otros profesionales, con un código de ética, cumpliendo funciones interdependientes, dependientes e independientes, siendo estas últimas las que hay que fortalecer (4).

La Enfermera Profesional para desarrollar funciones debe conocer los diferentes modelos de enfermería y encontrar aquel que se adecue a sus objetivos para una determinada población o situación problema.

Un modelo conceptual para la práctica de enfermería es un conjunto de conceptos elaborados sistemáticamente, con bases científicas y relacionados en forma lógica para identificar los elementos esenciales de la práctica junto con las bases teóricas de tales conceptos y los valores que debe poseer el practicante de la profesión para utilizarlos.

(1) Plan de estudios INDE. Montevideo 1993

(2) Educación sexual: su incorporación al sistema educativo Programa educación sexual, ANEP julio 2008

(3) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género Uruguay 2007

(4) Susan Leddy, J. Mae Pepper. Bases conceptuales de la enfermería profesional. OPS; 1989

Un modelo conceptual proporciona un marco de referencia distintivo a sus partidarios, indicándoles hacia dónde mirar y que preguntas deben formularse; como se ha de observar el mundo y que aspectos de este han de tenerse en cuenta. Todos los modelos describen los mismos cuatro conceptos que son: persona que recibe la atención de enfermería (hombre, paciente, usuario, persona), medio ambiente (sociedad), salud o salud-enfermedad, y la enfermería (actos, papel, funciones), los modelos no obstante difieren en la importancia que conceden a cada uno de estos conceptos, así como en el tipo de teorías empleadas para explicar las relaciones existentes entre ellos (1).

El modelo de atención de enfermería que utilizaremos es el de Dorotea Orem, la cual nació en Baltimore, y se educó con las hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que en el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas fue lo que le sirvió de fuente teórica.

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

- a) Teoría del auto cuidado: En la que se explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, el auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado.
 - Requisitos de auto cuidado del desarrollo que son promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto, y vejez.
 - Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud que surgen o están vinculados a los estados de salud.
- a) Teoría del déficit de auto cuidado: En la que describe y explica las causas que puedan provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ellas, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuando y porque se necesita de la intervención de la enfermera.
- b) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.

(1) Ann Marienand Toney, Martha Rayle Alligood, Modelos y teorías en enfermería. 4ta Ed. Madrid: Diorki Servicios integrales de edición, 1999

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona auto cuidado.
- Sistemas de enfermería de apoyo – educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer si esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad." Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de auto cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción de problema, capacidad de auto cuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el auto cuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal del trabajo.

La enfermera actúa como el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente y son: - ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas, - apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.

Concepto de Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su auto cuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de auto cuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud: La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de

integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y desarrollo.

Concepto de Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de auto cuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Como dijimos anteriormente para realizar este trabajo de investigación nos basaremos en los factores determinantes y condicionantes de Lalonde, para quien el estado de salud de una persona o de una población en un momento dado es el resultado de la acción de distintos factores en momentos diferentes. Según el mismo los factores que condicionan la salud pueden agruparse en cuatro grandes grupos:

- Factores biológicos que incluyen todos aquellos aspectos físicos y mentales que conforman al ser humano; tales como la herencia genética, ciclos e historias de vida y ritmos biológicos.
- Estilo de vida que son los comportamientos de los individuos y las colectividades. Que ejercen influencia sobre su salud. Como por ejemplo: las relaciones familiares, nivel de formación, valores, creencias, roles costumbres, ocupación, tipo de alimentación; así como también los hábitos de vida nocivos como consumo de drogas, falta de ejercicio, stress, consumo excesivo de grasas saturadas, promiscuidad sexual, incumplimiento de terapias; tienen consecuencias nefastas para la salud.
- Organización de los servicios sanitarios los que se entienden como la cantidad, calidad y accesibilidad de los recursos utilizados para satisfacer las necesidades y demandas de la población, así como las estructuras, organizaciones y políticas relativas al sector.
- Entorno: el que incluye todos aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo sobre los cuales el individuo tiene muy limitado control y que influyen sobre su salud. Diferenciamos un medio ambiente físico (calidad de aire, agua, suelos, contaminantes químicos clima, vegetación) y medio ambiente social y cultural (aspectos demográficos, relacionales, nivel económico, grado de desarrollo) (1).

(1) Lalonde Marc. Cientista social. Ministro de Salud de Canada. 1974

Diseño metodológico

Área de estudio: Este trabajo de investigación se llevó a cabo en Montevideo, en zona urbana, tomando como referencia un Centro de Salud perteneciente al MSP.

Tipo de estudio: Para la realización de la investigación se utilizó un diseño descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, basado en variables cualitativas y cuantitativas.

Universo: Las 34 adolescentes que al 20 de julio 2010 tienen 15 y 19 años y tienen un segundo hijo, captadas a través del Programa Aduana, que concurren a dicho Centro de Salud en el período comprendido entre el 2 y el 20 de agosto 2010.

Muestra: Las 21 madres adolescentes con un segundo hijo que fueron captadas y aceptaron ser entrevistadas en el período de tiempo comprendido entre el 2 y el 20 de agosto 2010.

Muestreo: El método de selección de la muestra fue por muestreo no probabilístico, de tipo intencional o por conveniencia.

Criterios de inclusión: Edad comprendida entre 15 y 19 años inclusive, que hayan parido su segundo hijo, incluidas dentro del Programa Aduana, que se asisten (y a sus hijos) en el Centro de Salud y que dieron su consentimiento para participar en esta investigación.

Método de recolección de información e instrumento: La adolescente fue la fuente de información directa. Estas adolescentes fueron captadas en la sala de espera del Servicio de Pediatría del Centro de Salud cuando llevaban a su segundo hijo a control. La información se obtuvo a través de un cuestionario prediseñado (Anexo 13), de carácter anónimo lo que fue explicado a las adolescentes en la entrevista que se le realizó (Anexo 12), la cual fue estructurada y semiestructurada.

Plan de tabulación y análisis de los resultados: Se realizó un plan de análisis estadístico y tabulación de los datos correspondientes a cada variable, presentándose estas en función de tablas con frecuencias absolutas y relativas porcentuales, gráficos y medidas de resumen.

Variables: se utilizaron variables cualitativas y cuantitativas, a las que se les otorgó una definición conceptual, operativa y se les asignó categorías mutuamente excluyentes.

Tiempo: Cronograma de Gantt (Anexo 3)

Recursos Humanos: 5 estudiantes, cursando el segundo módulo perteneciente al cuarto ciclo de la Carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

Recursos materiales y financieros: Papelería, insumos de computación, locomoción, teléfono, etc.

Definición de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Clasificación de Variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Tiempo en años cumplidos, desde el nacimiento de la adolescente embarazada al momento de la entrevista.	Variable cuantitativa, continua. Categorización: 14 a 16 o de 17 a 19 años.
Edad de inicio sexual	Tiempo que ha vivido la adolescente hasta su primera relación sexual.	Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento de la adolescente hasta su debut sexual.	Variable cuantitativa, continua. Categorización: 14 a 16 o de 17 a 19 años.
Edad a la primera gesta	Tiempo que ha vivido la adolescente hasta su primera gesta.	Tiempo en años cumplidos, desde el nacimiento de la adolescente hasta la primera gesta.	Variable cuantitativa continua. Categorización: 14 a 16 o 15 a 19 años.
Nivel educativo	Nivel de instrucción o escolaridad de la usuaria.	Último año aprobado.	Variable cualitativa, ordinal. Categorización: Primaria completa, Primaria incompleta, Secundaria completa acorde a su edad, Secundaria incompleta acorde a su edad, Otros.
Ocupación de la adolescente	Actividad personal de carácter remunerado o no a la cual se dedica la adolescente.	Actividad que realiza la adolescente, según si estudia, trabaja o ninguna de las anteriores.	Variable cualitativa. Categorización: estudia, trabaja, ninguna de las dos.

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

Situación de pareja	Condición de la adolescente relacionado al vínculo de pareja	Estabilidad o no de la pareja según declaración de la adolescente en relación al tiempo de convivencia: igual o más de un año: estable, menor a un año: no estable.	Variable cualitativa, nominal. Categorización: estable, no estable
Conoce los MAC?	Conocimiento de la participante de los diferentes MAC, es decir el impedimento de la unión del ovulo con el espermatozoide.	Conoce o no los diferentes tipos de MAC.	Variable cualitativa, nominal. Categorías: dispositivos intrauterinos (DIU), preservativo, anticonceptivos orales, ACO de emergencia, espermicidas, diafragma.
Utilización de MAC	Uso de uno o más elementos físicos, químicos, farmacológicos naturales; con el fin de evitar el embarazo.	MAC según dato que aporta la participante.	Variable cualitativa, nominal. Categorización: DIU, ACO, preservativo, ACO de emergencia, espermicida, diafragma, no usa
Fuente de información sobre MAC	Fuente de donde obtiene información sobre los MAC la adolescente.	Fuente aportada por la participante: escuela, liceo, familia, amigos, partera, ginecólogo o enfermería.	Variable cualitativa, nominal. Categorización: escuela, liceo, familia, amigos, partera, ginecólogo, enfermería
Accesibilidad a los MAC utilizados	Vía de acceso a los MAC	Accede a los MAC a través de los servicios públicos o por sus medios.	Variable cualitativa, Categorización: servicios públicos o por sus medios.

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

Situación de pareja	Condición de la adolescente relacionado al vínculo de pareja	Estabilidad o no de la pareja según declaración de la adolescente en relación al tiempo de convivencia: igual o más de un año: estable, menor a un año: no estable.	Variable cualitativa, nominal. Categorización: estable, no estable
Conoce los MAC?	Conocimiento de la participante de los diferentes MAC, es decir el impedimento de la unión del ovulo con el espermatozoide.	Conoce o no los diferentes tipos de MAC.	Variable cualitativa, nominal. Categorías: dispositivos intrauterinos (DIU), preservativo, anticonceptivos orales, ACO de emergencia, espermicidas, diafragma.
Utilización de MAC	Uso de uno o más elementos físicos, químicos, farmacológicos naturales; con el fin de evitar el embarazo.	MAC según dato que aporta la participante.	Variable cualitativa, nominal. Categorización: DIU, ACO, preservativo, ACO de emergencia, espermicida, diafragma, no usa
Fuente de información sobre MAC	Fuente de donde obtiene información sobre los MAC la adolescente.	Fuente aportada por la participante: escuela, liceo, familia, amigos, partera, ginecólogo o enfermería.	Variable cualitativa, nominal. Categorización: escuela, liceo, familia, amigos, partera, ginecólogo, enfermería
Accesibilidad a los MAC utilizados	Vía de acceso a los MAC	Accede a los MAC a través de los servicios públicos o por sus medios.	Variable cualitativa, Categorización: servicios públicos o por sus medios.

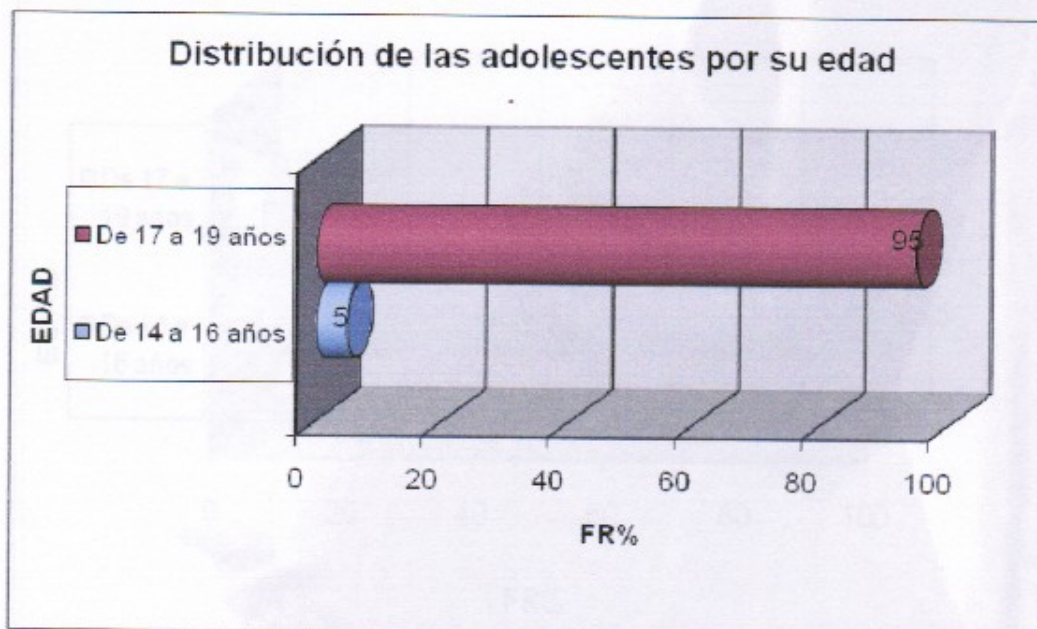
Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

Embarazo deseado	Idealización por parte de la participante de su segundo embarazo previo a la concepción.	Segundo embarazo deseado: si o no.	Variable cualitativa, nominal. Categorías: si, no
Periodo intergestacional	Tiempo transcurrido entre la primera y segunda gesta.	Tiempo medido en meses entre la primera y segunda gesta.	Variable cuantitativa, ordinal. Categorización: 10 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses.
Control de embarazo	Control obstétrico prenatal realizado por ginecólogo.	Concurrencia o no por parte de la adolescente a los controles prenatales, menos de 6, mas de 6 controles.	Variable cualitativa, nominal. Categorización: Si, No
Numero de controles durante el embarazo	Controles realizados durante el embarazo por parte de la adolescente.	Numero de controles realizados durante el embarazo: menos de 6, 6 o más controles.	Variable cuantitativa, ordinal. Categorización: menos de 6, seis o más controles.
Composición del grupo familiar	Con quien convive la adolescente	Con que personas convive la adolescente al momento de la entrevista	Variable cualitativa nominal. Categorización: 1-parcja, 2-padres, 3-otros
Hijos del mismo padre	Información brindada por la adolescente respecto a la paternidad de sus dos hijos	Si sus hijos son hijos del mismo padre	Variable cualitativa nominal. Categorización: si, no

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

Edad	FA	FR%
14 a 16 años	1	5%
17 a 19 años	20	95%
Total	21	100%

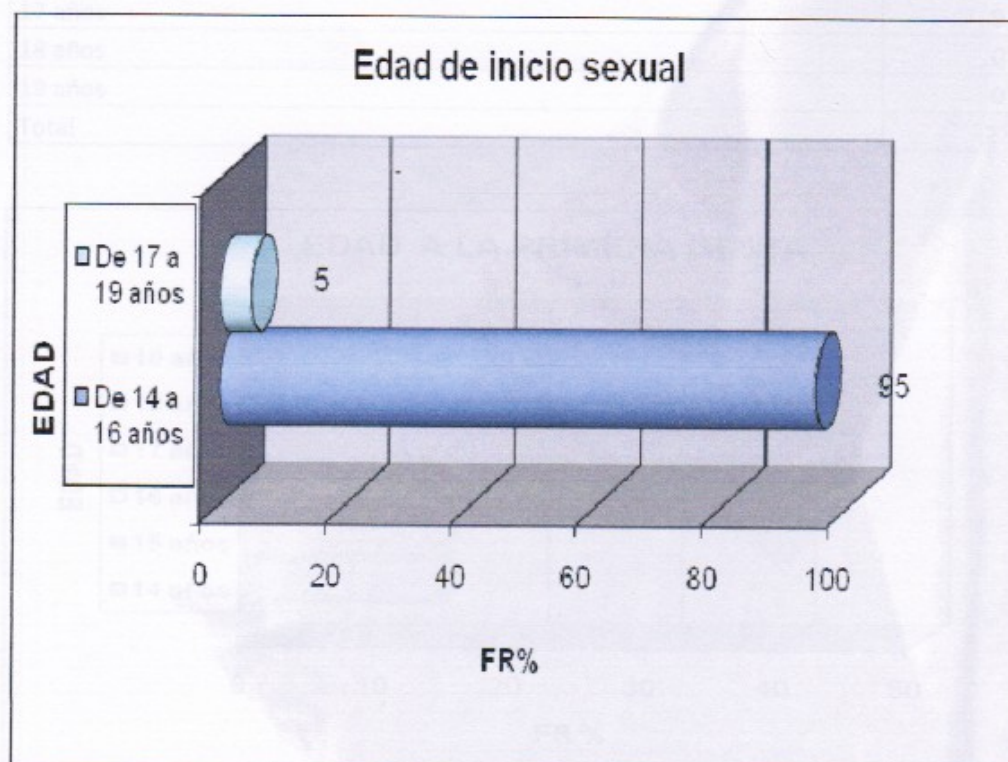


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes entrevistadas el 95% tiene entre 17 y 19 años y el 5% tiene entre 14 y 16 años, datos recabados en la entrevista.

Tabla N°2 - Distribución de las adolescentes según la edad de inicio sexual

Edad de inicio Sexual	FA	FR%
14 a 16 años	20	95%
17 a 19 años	1	5%
Total	21	100%

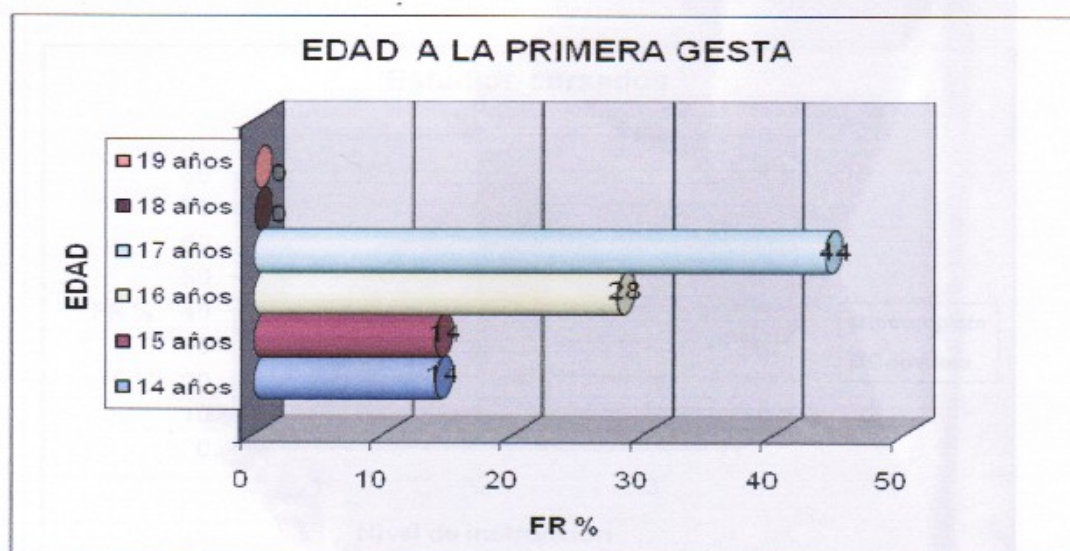


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes entrevistadas el 95% tubo su inicio sexual entre los 14 y 16 años, mientras que el 5% lo hizo entre 17 y 19 años.

Tabla Nº 3 - Distribución de las adolescentes según la edad que tenían a la primera gesta

Edad a la 1ra. gesta	FA	FR%
14 años	3	14%
15 años	3	14%
16 años	6	28%
17 años	9	44%
18 años	0	0%
19 años	0	0%
Total	21	100%

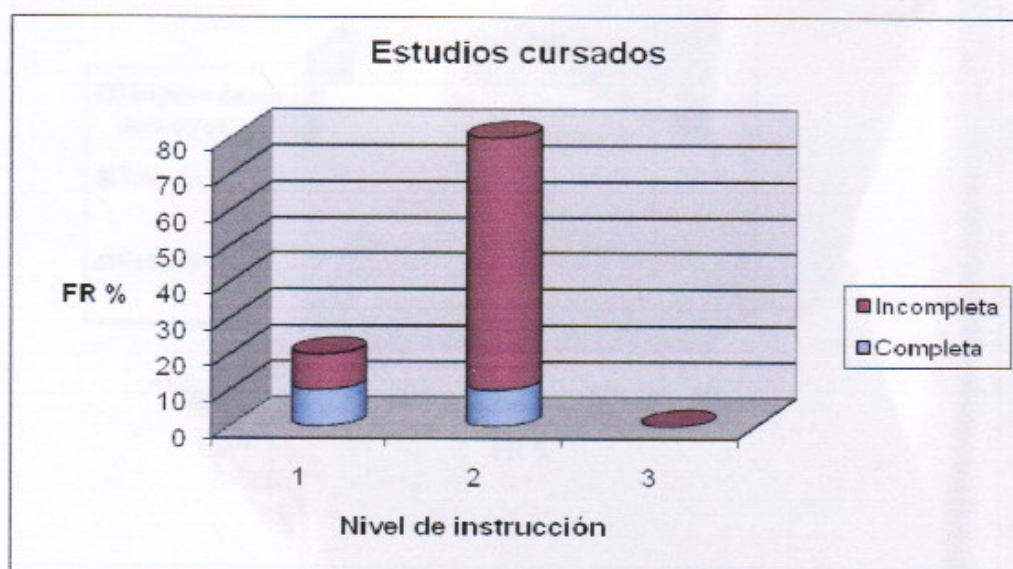


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes un 28 % tuvo su primer embarazo entre los 14 y 15 años, teniendo igual porcentaje las que lo tuvieron a los 16 años y un 44 % las que lo hicieron a los 17 años.

Tabla Nº 4 - Distribución de las adolescentes según nivel educativo relacionado con su edad

		FA	FR%
Primaria	Completa	2	10%
	Incompleta	2	10%
Secundaria	Completa	2	10%
	Incompleta	15	70%
Otros	Completa	0	
	Incompleta	0	
Total		21	100%

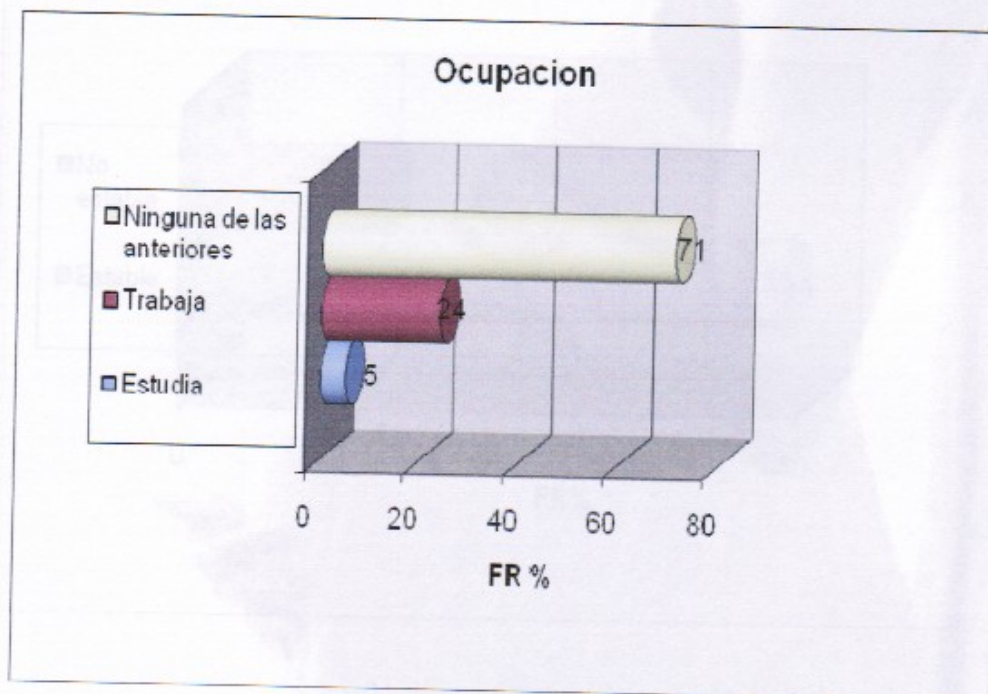


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes un 10% tiene primaria completa, 10% tiene primaria incompleta, 10% tiene secundaria completa y un 70% tiene secundaria incompleta de acuerdo a la edad.

Tabla Nº 5 - Distribución de las adolescentes según su ocupación

Ocupación	FA	FR%
Estudia	1	5%
Trabaja	5	24%
Ninguna de las anteriores	15	71%
Total	21	100%

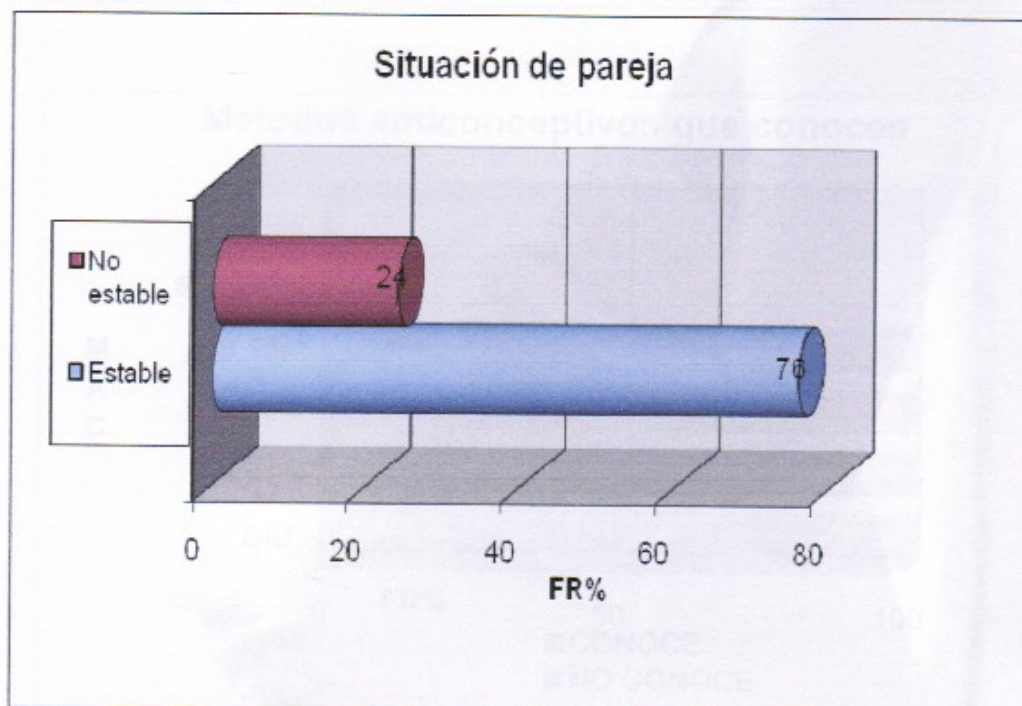


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes un 5% estudia, un 24% trabaja y un 71% no estudia ni trabaja.

Tabla Nº 6 - Distribución de las adolescentes según su situación de pareja

Situación de pareja	FA	FR%
Estable	16	76%
No estable	5	24%
Total	21	100%

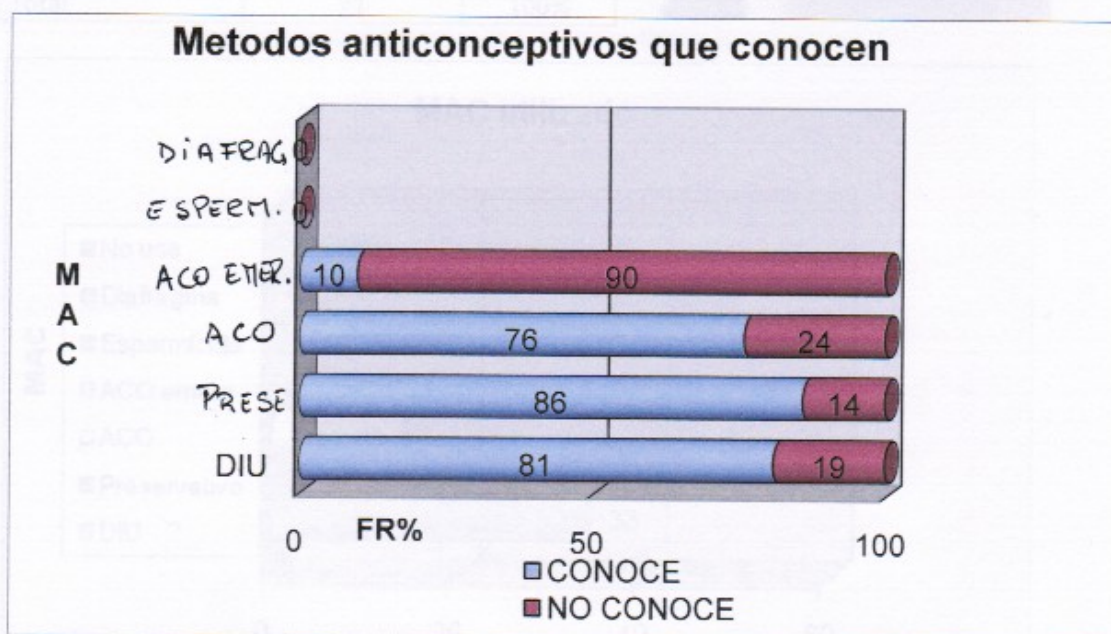


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes entrevistadas el 76% refirió tener pareja estable, mientras que el 24 % dijo no tener pareja estable.

Tabla Nº 7 - Distribución de las adolescentes según método anticonceptivo que conocen

MAC que	1	DIU	2	Preserva	3	ACO	4	ACO Em.	5	Esper	6	Diap
Conoce	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
SI	17	81%	18	86%	16	76%	2	10%	0	0%	0	0%
NO	4	9%	3	4%	5	24%	19	90%	0	0%	0	0%
Total	21	100%	21	100%	21	100%	21	100%	21	100%	21	100%

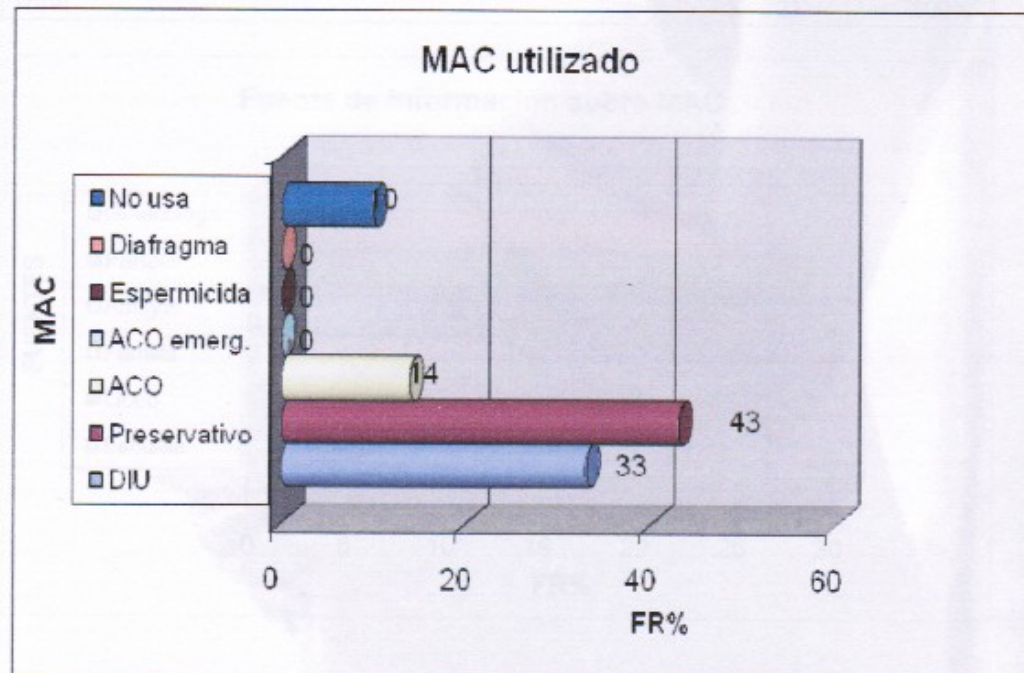


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto
En la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes el 86% refiere conocer el preservativo, el 81% del total conoce el DIU, un 76% del total conoce los ACO y un 10% del total conoce los ACO de emergencia.

Tabla Nº 8 - Distribución de las adolescentes según el MAC usado

MAC que usa	FA	FR%
DIU	7	33%
Preservativo	9	43%
ACO	3	14%
ACO de emergen.	0	0%
Espermicida	0	0%
Diafragma	0	0%
No usa	2	10%
Total	21	100%

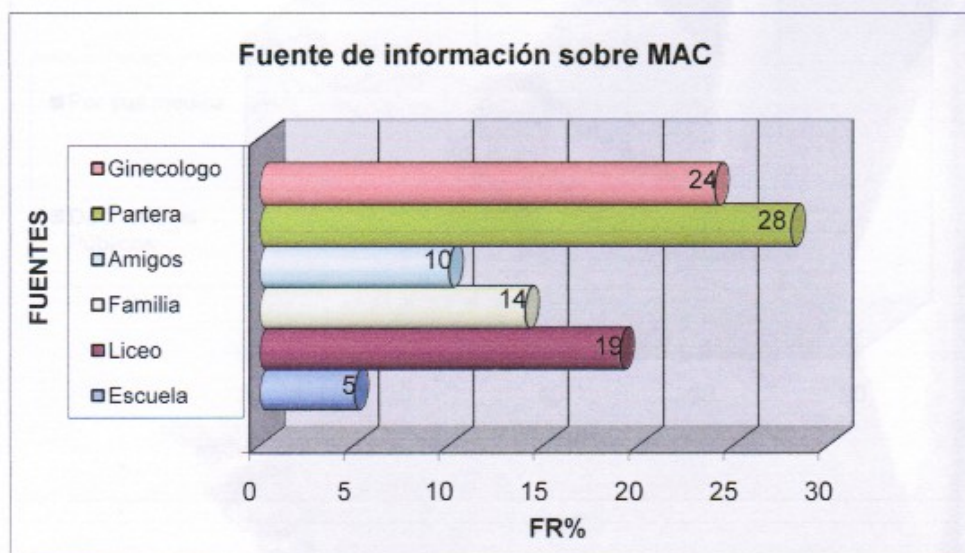


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de las adolescentes el 43% refiere usar el Preservativo, el 33% el el DIU, 14% usa ACO y el 10% refiere No usar MAC

Tabla Nº 9 - Distribución de las adolescentes según el lugar donde obtiene la información sobre los MAC

Donde obtiene infor sobre MAC	FA	FR%
Escuela	1	5%
Liceo	4	19%
Familia	3	14%
Amigos	2	10%
Partera	6	28%
Ginecólogo	5	24%
Enfermería	0	0%
Total	21	100%

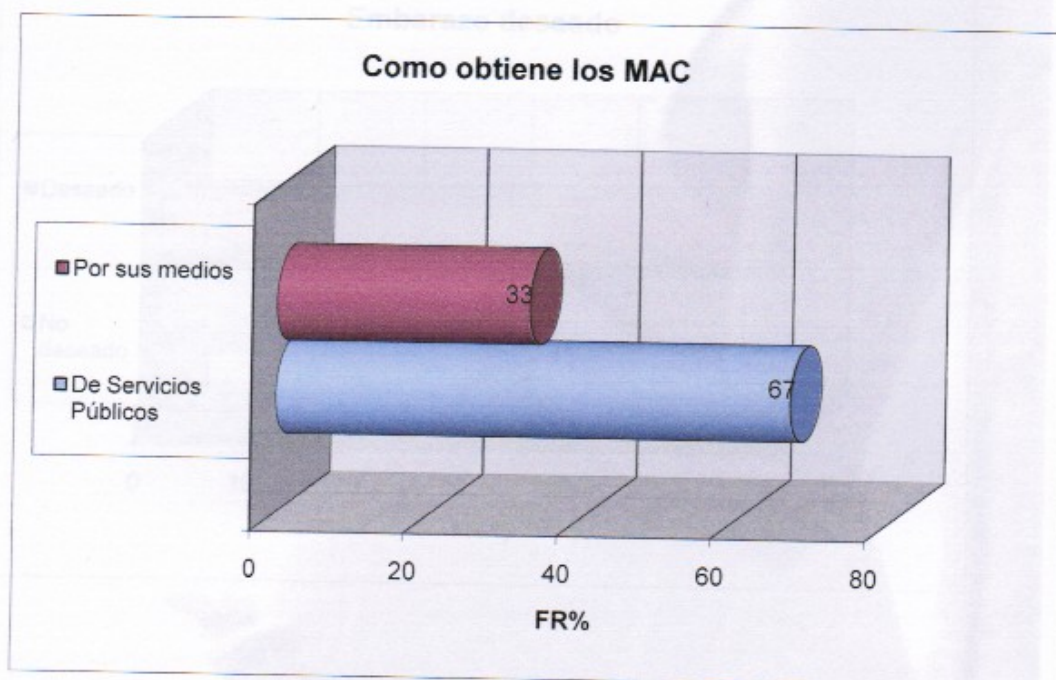


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes el 28% obtuvo la información sobre los MAC de la partera, el 24% del ginecólogo, el 19% en el liceo, el 14% en la familia, el 10% la obtuvo de amigos y el 5% en la escuela

Tabla Nº 10 - Distribución de las adolescentes según como obtiene los MAC

Como obtiene los MAC	FA	FR%
Serv. Públicos	14	67%
Por sus medios	7	33%
Total	21	100%

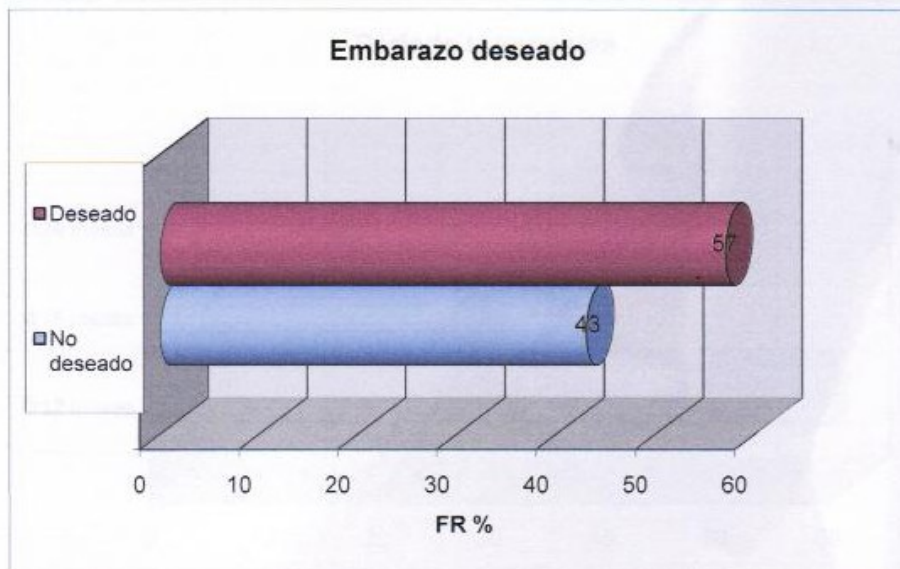


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes el 67% obtiene los Mac a través de los Servicios Públicos y el resto (33%) por sus propios medios

Tabla Nº 11 - Distribución de las adolescentes según deseo del embarazo del Segundo embarazo

Embarazo deseado	FA	FR%
Si	9	43%
No	12	57%
Total	21	100%

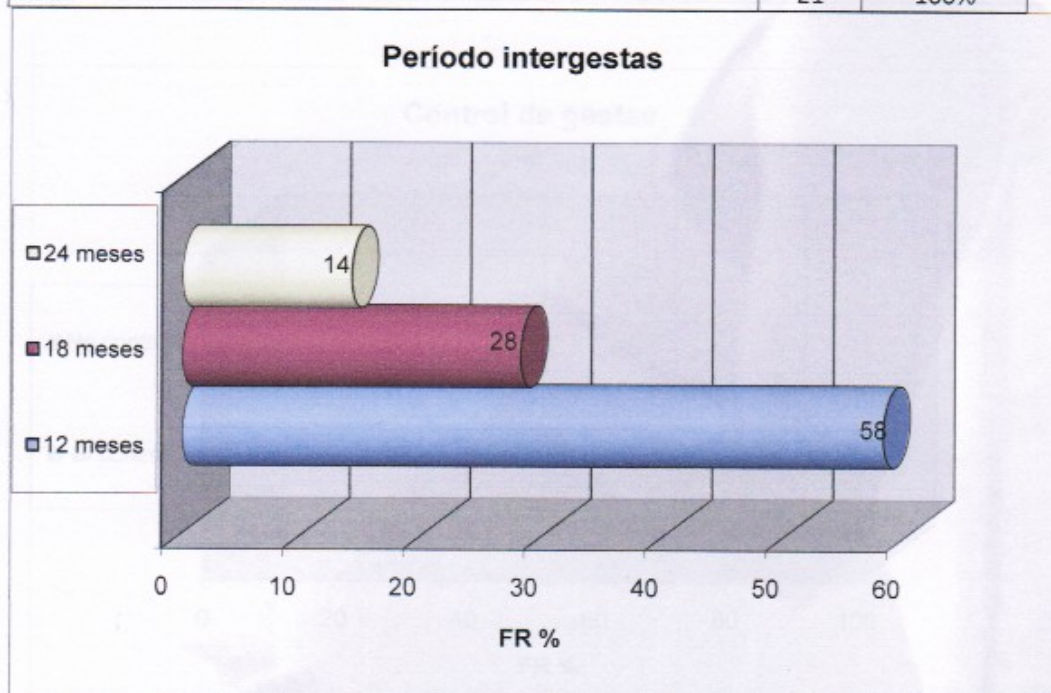


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes el 57 % refirió no haber deseado su último embarazo mientras que el 43 % respondió que sí lo deseaba.

Tabla Nº 12 - Distribución de las adolescentes según el período intergestacional

Periodo intergestas	FA	FR%
12 meses	12	58%
18 meses	6	28%
24 meses	3	14%
Total	21	100%



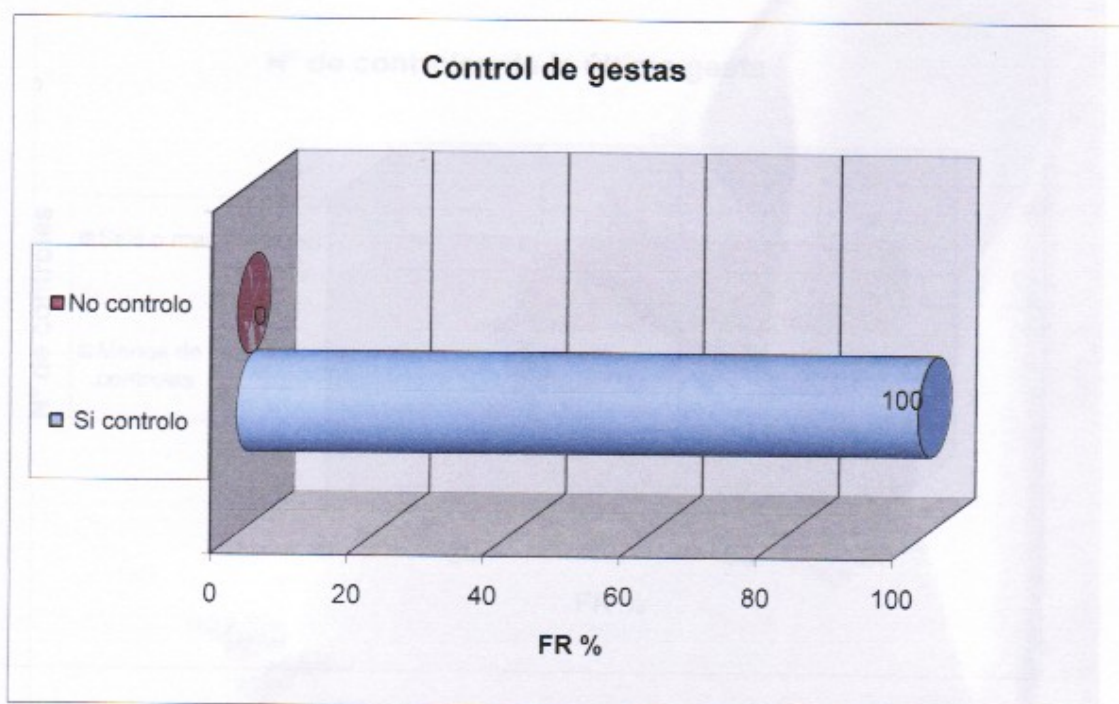
Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes el 58% se volvió a embarazar en los primeros 12 meses posparto, el 28% en 18 meses siguientes posparto y el 14 % en los 2 años siguientes al primer embarazo.

Tabla N° 14 - Distribución de las adolescentes según N° de controles de la

Tabla N° 13 - Distribución de las adolescentes según el control de sus gestas

Control de gestas	FA	FR%
Si	21	100%
No	0	0%
Total	21	100%

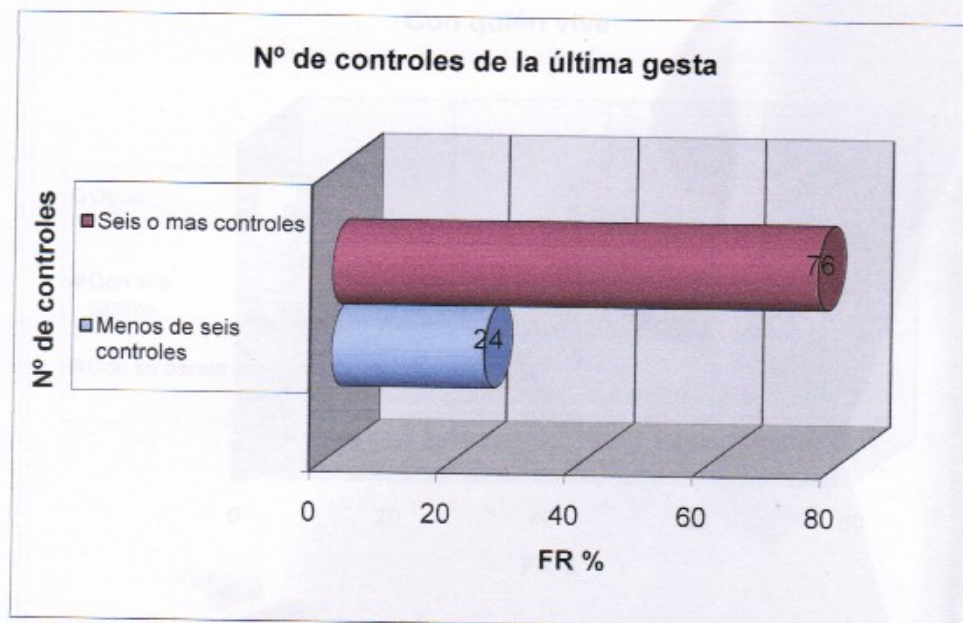


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes el 100 % refirió haber controlado sus embarazos

Tabla N° 14 - Distribución de las adolescentes según N° de controles de la última gesta

Nro. de controles del ultima gesta	FA	FR%
Menos de seis	5	24%
Seis o mas	16	76%
Total	21	100%

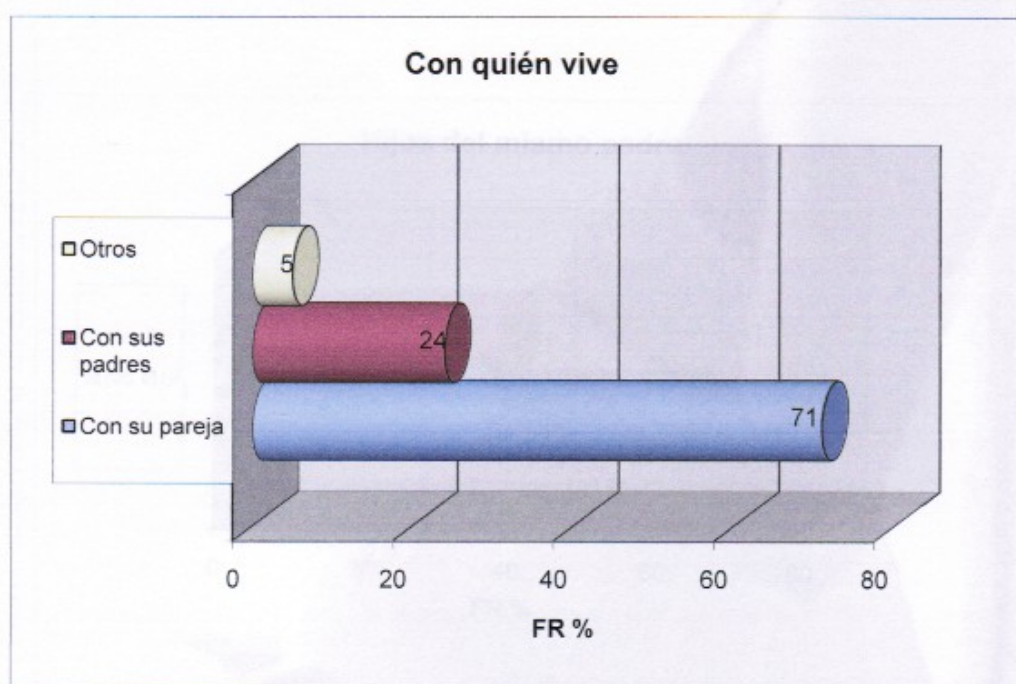


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de adolescentes el 76 % refirió haberse realizado 6 o más controles y el 24 % menos de 6.

Tabla Nº 15 - Distribución de las adolescentes según con quién vive la misma

Con quien vive	FA	FR%
Pareja	15	71%
Padres	5	24%
Otros	1	5%
Total	21	100%

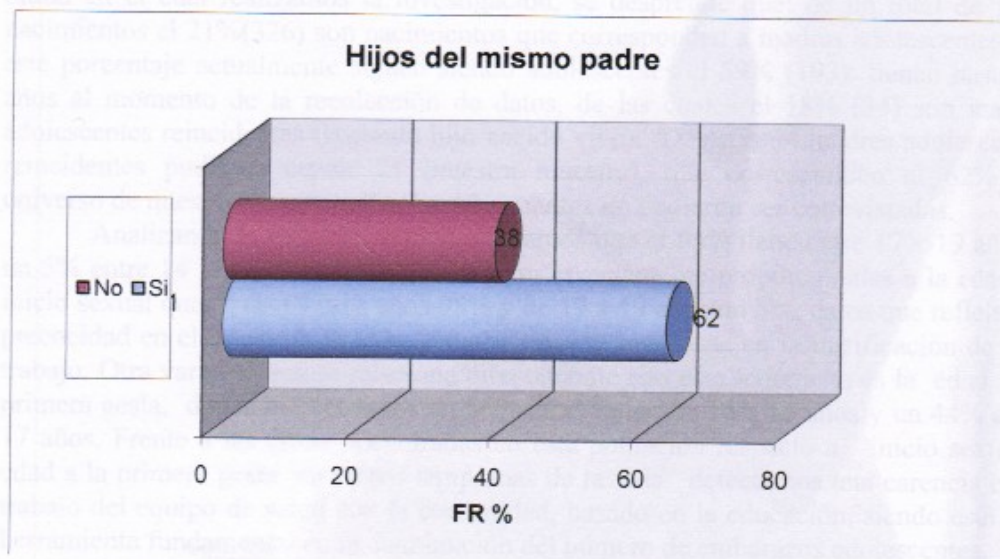


Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de las adolescentes el 71 % refirió vivir con su pareja, el 24 % con sus padres y el 5 % con otros familiares

Tabla N° 16 - Distribución de las adolescentes según si sus hijos son del mismo padre

Hijos del mismo padre	FA	FR%
Si	13	62%
No	8	38%
Total	21	100%



Fuente: entrevista realizada a las adolescentes a través del instrumento creado para tal efecto en la investigación respecto a la reincidencia del embarazo adolescente.

Del total de las adolescentes el 62 % tiene dos hijos del mismo padre y el 33 % no.

Análisis

Los datos aportados por el Centro de Salud y los recolectados en el mismo a través del instrumento, fueron procesados con la finalidad de identificar si se cumple o no el objetivo planteado en esta investigación. Estos son presentados en tablas estadísticas y gráficos en base a porcentajes que, conjuntamente con la base teórica que sustenta nuestra investigación, permitieron la realización del siguiente análisis.

De los datos obtenidos de los nacimientos en el CHPR y HCL entre julio 2008 y julio 2010, cuyas usuarias dieron como lugar de referencia asistencial al Centro de Salud en el cual realizamos la investigación, se desprende que: de un total de 1545 nacimientos el 21%(326) son nacimientos que corresponden a madres adolescentes. De este porcentaje actualmente siguen siendo adolescentes el 59% (193); tienen hasta 19 años al momento de la recolección de datos, de las cuales el 18% (34) son madres adolescentes reincidentes (segundo hijo nacido vivo). De estas 34 madres adolescentes reincidentes pudimos captar 21 (nuestra muestra), que corresponden al 62% del universo de nuestra investigación, las 13 restantes no pudieron ser entrevistadas.

Analizando la variable edad encontramos que el 95% tiene entre 17 y 19 años y un 5% entre 14 y 16 años; estos valores son inversamente proporcionales a la edad de inicio sexual que es de 14 a 16 años 95% y de 17 a 19 años un 5%, datos que reflejan la precocidad en el inicio de la vida sexual como se menciona en la justificación de este trabajo. Otra variable que se relaciona directamente con este fenómeno es la edad a la primera gesta, donde encontramos un 56% en el rango de 14 a 16 años y un 44% a los 17 años. Frente a las cifras encontradas en esta población respecto a inicio sexual y edad a la primera gesta en etapas tempranas de la vida, detectamos una carencia en el trabajo del equipo de salud con la comunidad, basado en la educación, siendo esta una herramienta fundamental en la disminución del número de embarazos adolescentes.

Con respecto a la variable ocupación identificamos que el porcentaje más significativo no realiza ninguna actividad con un 71%, un 24% trabaja y solo un 5% estudia. En relación a los estudios cursados identificamos que solo 10% (2) de estas usuarias tienen nivel de instrucción acorde a su edad y el 71% no posee nivel de instrucción acorde a su edad. Debemos destacar que del total un 10% con 19 años no posee primaria completa y otro 10% tiene primaria completa con 18 y 19 años actualmente. Estos datos nos muestran una clara deserción escolar en estas adolescentes, lo que no podemos aseverar es que sea consecuencia del embarazo, pero si consideramos que las dificultades que esto conlleva, sumado a la ausencia de proyectos y a la falta de modelos de vida hacen que la capacitación no sea una prioridad en ellas.

La variable situación de pareja nos muestra que un 76% posee pareja estable, mientras que un 24% no. Si realizamos un paralelismo con la variable con quien vive vemos que el 71% de las adolescentes refiere vivir con su pareja y un 24% con sus padres.

Sobre la variable segundo embarazo deseado encontramos que un 57% fue embarazo no deseado, mientras que un 43% si lo desea.

Con respecto a la variable hijos del mismo padre el 62% son hijos del mismo padre y el 38% no.

En relación con el periodo intergenésico vemos que un 58% se da en el primer año posparto, un 28% a los 18 meses del primer parto y un 14 % a los 24 meses.

En la variable control de gestas el 100% responde que si controló su embarazo. El 76% refiere haber realizado 6 o más controles, solo un 24% dice haberse realizado menos de 6 controles; de estos porcentajes se desprende que las adolescentes manifiestan haber realizado los controles prenatales pautados para el desarrollo adecuado de su embarazo.

Al observar la variable MAC que conoce, el método más conocido por las adolescentes es el preservativo en un 86%, seguido por el DIU 81% y ACO 76%. El más usado es el preservativo 43% y el DIU 33%, obteniéndolos en su mayoría (67%) en el sistema público. Se destaca que la obtención de la información con respecto a los mismos es por parte de la partera en un 28%, 24% por parte del ginecólogo y un 19% en el liceo. Las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos como el DIU, el preservativo y el ACO pero a pesar de que refieren su uso no se ve reflejado en la reiteración del embarazo, lo que nos dice que si bien los utilizan habría un inadecuado uso de los mismos. Si observamos donde obtienen la información sobre los MAC (segundo nivel de atención) se evidencia que existe una carencia de educación sexual temprana (educación formal institucional) y oportunamente por parte del equipo de salud.

Por lo tanto resumiendo los porcentajes de todas las variables investigadas podemos decir que las adolescentes reincidentes mayoritariamente tienen entre 17 y 19 años, debutando sexualmente entre los 14 y 16 años; tienen un nivel de instrucción con secundaria incompleta, la mayoría no trabaja ni estudia; tienen pareja estable, viven con su pareja, la edad en la primera gesta es entre 14 y 16 años, su segundo embarazo es en el primer año posparto y en su mayoría no deseados, siendo estos mayoritariamente hijos del mismo padre. Los embarazos fueron controlados adecuadamente, teniendo las adolescentes conocimiento de los métodos anticonceptivos, usándolos, obteniéndolos principalmente en el sector público y siendo su fuente de información sobre los mismos el segundo nivel de atención.

Conclusión

Considerando los objetivos propuestos en nuestro trabajo y de acuerdo a los resultados obtenidos podemos destacar varios puntos de importancia:

- los porcentajes de embarazo adolescente (21%) y de reincidencia (18%), que se desprenden de nuestra investigación, se corresponden con los datos estadísticos Nacionales manejados en nuestra justificación (25% y 20% respectivamente).
- Se logró caracterizar a las adolescentes reincidentes que se asisten en un Centro de Salud de Montevideo incluidas dentro del Programa Aduana. De dicha caracterización podemos decir que:
 - *El 95% de las adolescentes tenían entre 17 y 19 años
 - * El 95% se inició sexualmente entre los 14 y 16 años
 - *El 56% tuvo su primera gesta entre los 14 y 16 años y un 44% a los 17 años
 - *El 10% de las adolescentes no tenían primaria completa, 10% si la tenía, 10% tenía secundaria completa y el 71% no tiene secundaria completa
 - *El 71% no realiza ninguna actividad, un 24% trabaja.
 - *El 76% tiene pareja estable
 - *El 71 % vive con su pareja y el 24% con sus padres
 - *El 58% reincide en un segundo embarazo en los primeros 12 meses posparto
 - *El 57% eran embarazos no deseados
 - *El 62% son hijos del mismo padre

Los datos presentados demuestran que las adolescentes inician precozmente su vida sexual y reinciden en embarazo dentro del año posparto, lo que sugiere un motivo de deserción escolar teniendo como consecuencia dificultades a la hora de acceder al mercado laboral. Resaltamos las cifras de quienes conviven con su pareja y de quienes refieren tener hijos del mismo padre, aunque el 57% manifiestan una reincidencia no deseada. De acuerdo a la bibliografía consultada encontramos que la situación de pareja estable implica la posibilidad de disminuir el riesgo de un segundo embarazo, lo que no se correlaciona con los datos en la presente investigación.

- En relación a los MAC que estas adolescentes refieren conocer

Sugerencias

En este trabajo de investigación confirmamos que el embarazo adolescente y la reincidencia de este, debe involucrar tanto al área sanitaria como al sistema educativo, laboral y todo aquel sector social dispuesto a involucrarse para así conformar una red de soporte a este sector de la población.

Para la prevención de la reincidencia desde el punto de vista sanitario es importante considerar algunos aspectos fundamentales: brindar educación sexual con información clara y correcta sobre anticoncepción y autodeterminación en la toma de decisiones que fomenten la protección y el autocuidado.

Para favorecer las relaciones de los adolescentes con los profesionales de APS, debería brindarse capacitación al personal de salud específicamente en el abordaje a esta población. Consideramos oportuno sugerir la implementación de una consulta de enfermería en el centro de salud específicamente para estas usuarias, donde se brinde un espacio de escucha para evacuación de dudas y asesoramiento en el inicio de relaciones sexuales, anticoncepción y prevención de la reincidencia del embarazo adolescente, garantizando la confidencialidad.

Además de las sugerencias anteriores sería relevante la existencia de un programa de seguimiento a la adolescente luego del nacimiento de su primer hijo, que brinde apoyo continuo y se extienda en el tiempo (24 meses) disminuyendo así la posibilidad de la reincidencia.

Consideramos frente a esta realidad sugerir la importancia de la creación de equipos multidisciplinarios que involucren a la Enfermera Profesional, para el desempeño actividades educativas extramuros en puntos clave como escuelas y liceos; sustentados en programas adecuados a esta población para reducir la prevalencia del embarazo adolescente y/o su reincidencia.

BIBLIOGRAFIA

- Pineda F. B ,de Alvarado E L ,Hernandez de Canales F. Metodología de la investigación. 2da. Ed. Washington: OPS. OMS ; 1994.
- Polit D. y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 5a. ed. Mexico: Interamericana; 1995.
- Leddy S , J. Mae Pepper. Bases conceptuales de la enfermería profesional .OPS; 1989
- Marriner - Tomey A, Rayle Alligood M, Modelos y teorías en enfermería. 4ta.Ed.Madrid: Harcourt Brace; 1999
- Portillo J y otros. La sexualidad de los adolescentes, Facultad de Medicina del Uruguay. Montevideo: UNFPA, OPS/OMS; 1992
 - Blandón Gadea, M. Salud sexual y reproductiva en poblaciones desplazadas: Síntesis de una experiencia Barrio Nueva Vida Managua, Nicaragua. IPAS: Managua, 2000.
 - Smith, M C.; Castillo, Hilda Amparo. Guía para la Capacitación en Salud Integral y Reproductiva. ASECSA: Chimaltenango, Guatemala, 1999.
 - Rodríguez, K. Educación en salud sexual y reproductiva: Manual para Promotores Juveniles. Centro de Mujeres IXCHEN: Managua; 2002.
 - Universidad de la Republica.INDE.Plan de estudios INDE. Montevideo:INDE; 1993
- Ministerio de Education y cultura. ANEP. Educación Sexual: su incorporación al sistema educativo.Montevideo: ANEP; 2008
 - IDES Informe Técnico: Juventud, activos y riesgos sociales en la reorganización espacial de Montevideo 2000
- Ministerio de Salud Publica.Programa Nacional de Salud de la Mujer y Genero. Montevideo: MSP;2007
 - Canetti. A. Los embarazos consecutivos en la adolescencia: un nuevo dilema en la atención primaria. Revista SUGIA 2000; pag 53
 - Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de postgrado de la catedra de medicina 2001; .
 - Villar I.Madres adolescentes en Uruguay. La República de las Mujeres (Uruguay) 2004 octubre 23; pag. 15.
 - Muslera I. E. Informe en Uruguay: Preocupante: 30% de adolescentes embarazadas. Semanario ECO (Uruguay), 2009 enero 29, pag. 28
 - Lammers C.. Adolescencia y embarrass en el Uruguay.Diciembre 2000. Disponible en: [http:// www.msp.gub.uy/imgnoticias/12128.pdf](http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/12128.pdf) [fecha de acceso 15 marzo 2010]

➤ Trabajo de investigación: Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia, Dr. J I. Tizón, Octubre 2004

➤ Esteves L. Causa, incidencia y factores de riesgo del embarazo adolescente

➤ Da luz S, Canetti A y otros., Seguimiento interdisciplinario del binomio hijo madre adolescente. 1998. Disponible en: <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/binomio-hcbe-madre-adolescente> [fecha de acceso: 30 de marzo 2010]

ANEXOS

ANEXO 1

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra Materno Infantil
Generación 2002

PROTOCOLO

DE

INVESTIGACION

Tutora, Prof. Agda. Lic. Ana
Correa

Integrantes: Cardozo, Laura,
Rodríguez, Paola,
Tuduri, Adriana,
Vera Sandra,
Vera Andrea,

Marzo del año 2010

ÍNDICE

Planteamiento del problema	2
Objetivos	3
Justificación	4
Marco Conceptual	6
Diseño Metodológico	14
Categorización de variables	15
Plan de tabulación	18
Bibliografía	22
Anexos	24

Plantecamiento del Problema

Línea de investigación: Adolescencia y embarazo

Área Temática: Reincidencia del embarazo adolescente

Problema: Conocer los factores que influyen en la reincidencia del embarazo en las adolescentes, que se asisten en una policlínica perteneciente al Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Montevideo en el periodo de tiempo comprendido entre.....

Objetivos

Objetivo General

Determinar características de las adolescentes, que pudieran ser determinantes en la reincidencia del embarazo a través de variables, que concurren a una policlínica perteneciente al MSP enmarcadas dentro del Programa Aduana, en la ciudad de Montevideo en el periodo de tiempo comprendido entre....., por medio de una entrevista cerrada y anónima.

Objetivos específicos

- 1- Caracterizar la población a través de variables.
- 2- Conocer el uso de MAC por parte de la adolescente.
- 3- Identificar que información posee sobre los MAC.
- 4- Conocer las fuentes de información sobre MAC.
- 5- Determinar si se realizó los controles de embarazo estipulados.

Justificación

La tasa de embarazo en la adolescencia sigue aumentando en el mundo, debido al descenso de la edad de la menarca y al inicio precoz de las relaciones sexuales (1). Nuestro país no escapa a esta realidad, ya que uno de cada cinco adolescentes tuvo su primera relación sexual antes de los 14 años (2); convirtiéndose en un problema social: en lo que corresponde a la salud, las tasas más altas de mortalidad infantil, se encuentran identificadas en embarazos en edades tempranas, acompañada del riesgo para la vida de la madre adolescente y el surgimiento de enfermedades, como la anemia durante el embarazo, en el bebé puede manifestarse bajo peso al nacer, retraso mental, malformaciones congénitas y otras dificultades posteriores en su desarrollo. Otra consecuencia generada por esta situación es el abandono escolar, la dificultad de superación de la madre en estas condiciones y como consecuencia, el desempleo que impacta directamente en la sociedad, por otra parte, los padres adolescentes tampoco están preparados para asumir la paternidad, ocurre con bastante frecuencia, el abandono del adolescente de sus responsabilidades paternales y su desvinculación de los estudios, tal es la importancia de este tema que el 11 de agosto del año 2004 se declara por parte de la Comisión Especial de Género y Equidad a el 26 de setiembre de cada año como DIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE, en el cual las instituciones oficiales y privadas deberán realizar actividades donde se brinde información calificada y veraz sobre SSR, fomentando así la prevención y protección del embarazo adolescente. (Anexo 11).

Este trabajo de investigación surge a partir del interés del grupo en la problemática del embarazo adolescente (1 de cada 4 nacidos vivos es hijo de madres adolescentes (3)), más específicamente en la reincidencia del embarazo dado que un 25 % de los nacimientos de madres adolescentes no son primer hijo (4).

De las entrevistas realizadas a la Psicóloga y Asistente Social Sabrina Rossi, Lic. en Enf. José Luis Morales y la Dra. En Ginecología Laura Nasif, Anexos 3, 4 y 5) encontramos un punto en común de esta problemática que es: la madre adolescente deja de realizar cosas necesarias e imprescindibles que le aseguran una vida mejor para ella y su hijo como ser continuar estudiando y recibir capacitación laboral que le facilitarán el ingreso al mercado laboral y aspirar a un trabajo digno, evitando así la exclusión social; también coinciden en que las adolescentes hacen un uso inadecuado de los métodos anticonceptivos como "falta de conciencia de riesgo" y a una falta de modelos de referencia para un proyecto de vida.

Según lo expresado por el Dr. Roberto Sergio (Anexo Nro. 2) y teniendo en cuenta que la mayoría de la juventud de Montevideo se concentra en las regiones periféricas, por ende la mayoría de las madres adolescentes las encontramos aquí, donde se dan con mayor frecuencia: el bajo nivel educacional, los hogares con bajos ingresos económicos y las pocas fuentes de trabajo a su alcance (5). Es en este entorno donde debemos hacer hincapié en una educación para la salud basada en las estrategias de la APS, tratando así de disminuir factores de riesgo, teniendo en cuenta que el aislamiento social y la pobreza vividos desde una edad temprana, transmitida de generación en generación, contribuyen a perpetuar el subdesarrollo de un país.

(1) Portillo J y otros. La sexualidad de los adolescentes, 1992 Facultad de Medicina del Uruguay, UNFPA, OPS/OMS

(2) ANEP. Educación Sexual: su incorporación al sistema educativo. 2008

(3) WWW.MSP.gub.uy

(4) Alicia Canetti. Los embarazos consecutivos en la adolescencia: un nuevo dilema en la atención primaria. Revista SUGIA 2000 p. 53

(5) IDES Informe Técnico: Juventud, activos y riesgos sociales en la reorganización espacial de Montevideo 2000 p. 7

Consideramos importante este trabajo de investigación en relación al rol de enfermería, para ser tomado en cuenta en el primer nivel de atención, para brindar una adecuada información, previniendo así la reincidencia del embarazo. Para realizar la misma nos basamos en el modelo de atención de enfermería de Dorotca Orem que promueve el autocuidado teniendo en cuenta los factores determinantes y condicionantes de Lalonde.

Al revisar el material bibliográfico no encontramos trabajos científicos específicos ni de investigación sobre la reincidencia del embarazo adolescente, si acotaciones sobre el mismo, en el área específica de enfermería; por lo que creemos que el conocimiento generado será de ayuda en nuestra profesión, dándonos herramientas para llevar a cabo actividades de promoción y prevención en salud dentro de los programas existentes.

Marco Conceptual

La adolescencia, es un periodo de cambios bio-psico-sociales donde el individuo tiene una búsqueda de una identidad propia, lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar repentinamente su forma de actuar. Tiene gran interés por lo que ocurre fuera del contexto familiar lo que lo hace vulnerable.

Este trabajo de investigación está enfocado a las adolescentes que reincidieron en un segundo embarazo por lo tanto es oportuno definir conceptualmente adolescencia: según Dr. Andrés Flores Colombino: "La adolescencia es una etapa de la vida correspondiente a un periodo del desarrollo del ser humano, comprendido entre la infancia y la madurez. Las transformaciones psicológicas, la adquisición de una nueva escala de valores, de nuevos roles y manifestaciones sexuales, entre otros, no son constantes para cada sexo y para toda la humanidad, pues se dan de maneras diferente en las distintas culturas, medios socio-económicos, y en diferentes épocas y lugares"

Desde el punto de vista cronológico para la OMS la adolescencia se sitúa entre los 10 y 19 años; estableciéndose entre los 10 y 14 años la adolescencia inicial y de 15 a 19 años la adolescencia propiamente dicha.

Dado que la adolescencia es una etapa vital que transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez en cuyo periodo la persona adquiere además la capacidad de reproducción definimos embarazo adolescente como la gravidez comprendida en la etapa de la vida desde los 10 a los 19 años. Entendiéndose como embarazo al proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 12-16 después de la fertilización (1).

Nuestro trabajo de investigación se realizará en el Centro de Salud Badano Repetto, enmarcado en el área de atención primaria en salud, la que se define como "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos, y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación"(2).

Considerando que la salud reproductiva es importante en todas las etapas de la vida, la OMS la define como: "una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de:

(1) OMS

(2) OMS Alma Atta 1978

decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura”.

A pesar de la evolución teórica a la que ha llegado el concepto de salud sexual y reproductiva y del interés que el tema de la sexualidad en la adolescencia ha adquirido en las últimas décadas, aun no resulta sencillo definirlo, explicarlo y mucho menos aplicarlo. La transformación del contenido de estos conceptos al ritmo de los cambios políticos, económicos y socioculturales ha generado un nuevo enfoque para su atención que distingue dos componentes: el de los derechos sexuales y reproductivos (DSR), que son aquellos que permiten a las personas convivir sin distinciones de sexo, sin riesgos y sin violencia en cuanto a la sexualidad y la reproducción, y además forman parte de los derechos humanos (Anexo 7); y, el de la necesidad de una oferta de servicios de salud integral que incluya, entre otros: la atención a la sexualidad, la planificación familiar, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la educación sexual. Para lo cual se trabaja en el área de atención en salud reproductiva, definida como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual (OMS).

La salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes es un tema fundamental para crear mejores condiciones en el desarrollo de este importante grupo poblacional.

Esta está íntimamente ligada a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La SSR se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los DSR. Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número de hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

La sexualidad y la reproducción van mucho más allá del campo de las relaciones sexuales genitales y de la maternidad. La sexualidad y la reproducción atraviesan todos los aspectos esenciales de la existencia humana, desde la identidad individual y las relaciones interpersonales, hasta el proyecto de vida.

Cuando existen las condiciones para el ejercicio de una sexualidad responsable y libre, para la toma de decisiones reproductivas autónomas, existen condiciones para una vida digna (1).

En el sector de la salud, la salud sexual y reproductiva se ha tratado mediante las políticas nacionales y departamentales que hacen énfasis en una maternidad segura, que pretende reducir la tasa nacional de mortalidad materna y perinatal evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia y prevención.

Trabajando en planificación familiar se trata de incrementar el uso correcto de MAC en la población en edad fértil y en el área de SSR en la población adolescente reducir el embarazo en adolescentes (2).

La iniciación sexual siempre va acompañada de una angustia mayor o menor, y más temprana de lo que ocurría en generaciones pasadas, no nos parece tan motivada por el deseo de vivir una experiencia de goce sexual, sino por el deseo de vivir algo desconocido y no sentirse inferior a sus compañeros que ya lo han tenido. De todos modos suele tener cierta desilusión y esto por varios motivos; por un lado constituye una herida narcisista por la pérdida de una membrana valorada de su cuerpo, por otro lado, la fantasía sobre el acto supera siempre la realidad y se suele escuchar "no era para tanto", y finalmente, si la joven esperaba consagrarse como mujer comprueba enseguida que ser mujer es algo mucho más complejo.

Los adolescentes sexualmente activos necesitan tener acceso a MAC seguro y eficaz; muchos adolescentes no usan anticonceptivos o bien usan un método de forma irregular, lo que significa que se encuentra en riesgo de enfrentar un embarazo no deseado, un aborto en condiciones poco seguras y enfermedades de transmisión sexual. Los adolescentes tienen derecho a usar cualquier MAC entre los cuales detallaremos: anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales solo de progestágeno, preservativo, dispositivos intrauterinos y otros. (Ver anexo 8).

El término "sexualidad" se refiere a una dimensión fundamental del ser humano: basada en el sexo, las identidades de sexo y/o género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad es el conjunto de nuestras actitudes, conductas y comportamientos que expresamos a través de nuestra forma de pensar, sentimientos y emociones de manera sana y plena, dependiendo de si somos hombres o mujeres; ya que género es el conjunto de valores, actitudes, costumbres y formas diferentes de actuar que la sociedad nos asigna dependiendo, si somos hombres y mujeres. Es la construcción social y cultural de lo femenino y masculino. Repetido desde antes de nacer. La sociedad establece normas y formas de comportamiento propias para el hombre y la mujer. A través de la enseñanza, la cultura y la tradición familiar vamos asumiendo estos roles con características y tareas específicas para cada sexo.

(1)(3) Embarazo en adolescentes. (Ministerio de Asuntos Sociales). Madrid: José Ortega y Gasset; 1994.

(2) Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

- PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. 2000.

(3) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. MSP 2007.

Se nos asigna características propias a cada sexo de esa misma manera se asigna valores distintos, a los hombres se le educa para ser activos, inteligentes, independientes, fuertes, agresivos tienen más valor, en cambio a las mujeres se nos enseñan a ser pasivas, sentimentales, dependientes, sumisas, débiles, coquetas y valemos menos.

Para lograr la equidad de género en salud implicaría eliminar estas desigualdades entre mujeres y hombres que son innecesarias, evitables y entonces injustas.(1)

Según Scott se define como "un elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas por los sexos; esta se transforma en una diferencia de valor"...

Este autor le atribuye 4 elementos:

1 Los símbolos culturalmente aceptados, los que la propia sociedad fabrica como idea de lo que debe un hombre y una mujer. La cultura marca a los seres humanos con el género y el género marca a todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano.

2 los conceptos normativos que interpretan los símbolos por ejemplo las doctrinas religiosas, científicas, legales, políticas que reafirman el significado de ser varón y mujer, masculino y femenino.

3 las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, etc...

4 la construcción de la identidad subjetiva. (3)

La única forma de disminuir el número de embarazos en la adolescencia es haciendo prevención, esta debe basarse fundamentalmente en una adecuada educación para la sexualidad, uno de los aspectos abordados dentro de la Atención Primaria de Salud (APS) (2).

Dentro de este ámbito el rol de enfermería se basa fundamentalmente en proporcionar una información adecuada en el contexto que se crea conveniente; ya que esta es: "la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un Proceso Integral, Humano, Continuo, Interpersonal, Educativo, Terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria."(4)

Enfermería aportará conocimientos sólidos y una información adecuada y veraz que faciliten a la adolescente la elección del método anticonceptivo más adecuado.

Los adolescentes deben tener un rol activo en la elección del mismo, lo que garantizaría mejores resultados. La educación sexual temprana es la forma adecuada de prevenir el embarazo adolescente, que incluya información sobre anticoncepción, así como también para prevenir enfermedades de transmisión sexual (5 y 6).

Este trabajo se realizará en un primer nivel de atención donde Enfermería Profesional desarrolla su trabajo fundamentalmente con la comunidad, actuando en forma responsable e investigando en conjunto con la población y de esa forma conocer las necesidades de atención a la salud; ella posee los conocimientos y habilidades

(1) Programa Mujer, salud y desarrollo, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

(2) Scott Coltrane. "The Micropolitics of Gender in Nonindustrial Societies", Gender & Society

(3) Temas de Salud (1) Guía de atención primaria para educadores y docentes, aspectos sociales y culturales del embarazo adolescente, Santí L, Consejo E, Serra M, Scando M, 2002

(4) Plan de estudios INDE, Montevideo 1998

(5) Educación sexual: su incorporación al sistema educativo Programa educación sexual, ANEP julio 2008

(6) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género Uruguay 2007

técnicas y una actitud apropiada para atender, en los lugares, donde viven, trabajan, estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando es preciso; desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores; realiza funciones de docencia, asistencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los involucrados.

Enfermería utiliza la metodología Participativa en su accionar para educar y ayudar a cambiar; apunta a la adquisición conciencia social que rescate la cultura, los valores en crisis; promover la autogestión; cooperar para mejorar condiciones de vida y promover cambios. Se caracteriza por tener un sistema de trabajo sustentado en el Método Científico, aplicando el proceso de atención de enfermería, incorporando conocimientos y un saber propio que la diferencia de otros profesionales, con un código de ética, cumpliendo funciones interdependientes, dependientes e independientes, siendo estas últimas las que hay que fortalecer (1).

La Enfermera Profesional para desarrollar funciones debe conocer los diferentes modelos de enfermería y encontrar aquel que se adecue a sus objetivos para una determinada población o situación problema.

Un modelo conceptual para la práctica de enfermería es un conjunto de conceptos elaborados sistemáticamente, con bases científicas y relacionados en forma lógica para identificar los elementos esenciales de la práctica junto con las bases teóricas de tales conceptos y los valores que debe poseer el practicante de la profesión para utilizarlos. Un modelo conceptual proporciona un marco de referencia distintivo a sus partidarios, indicándoles hacia dónde mirar y que preguntas deben formularse; como se ha de observar el mundo y que aspectos de este han de tenerse en cuenta. Todos los modelos describen los mismos cuatro conceptos que son: persona que recibe la atención de enfermería (hombre, paciente, usuario, persona), medio ambiente (sociedad), salud o salud-enfermedad, y la enfermería (metas, papel, funciones), los modelos no obstante difieren en la importancia que conceden a cada uno de estos conceptos, así como en el tipo de teorías empleadas para explicar las relaciones existentes entre ellos (2).

El modelo de atención de enfermería que utilizaremos es el de Dorotea Orem, la cual nació en Baltimore, y se educó con las hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que en el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas fue lo que le sirvió de fuente teórica.

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

- c) Teoría del auto cuidado: En la que se explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, el auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado.

(1) Susan Luddy, J. Mae Pepper. Bases conceptuales de la enfermería profesional. OPS, 1989

(2) Ann Marricand Toney, Martha Kayle Alligood, Modelos y teorías en enfermería. 4ta Ed. Madrid: Elsevier. Servicios integrales de edición, 1999

- Requisitos de auto cuidado del desarrollo que son promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto, y vejez.
 - Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud que surgen o están vinculados a los estados de salud.
- d) Teoría del déficit de auto cuidado: En la que describe y explica las causas que puedan provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ellas, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuando y porque se necesita de la intervención de la enfermera.
- e) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.
- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona auto cuidado.
 - Sistemas de enfermería de apoyo – educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer si esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad." Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de auto cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción de problema, capacidad de auto cuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el auto cuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal del trabajo.

La enfermera actúa como el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente y son: - ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas, - apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.

Concepto de Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas

que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su auto cuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de auto cuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud: La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y desarrollo.

Concepto de Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de auto cuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Como dijimos anteriormente para realizar este trabajo de investigación nos basaremos en los factores determinantes y condicionantes de Lalonde, para quien el estado de salud de una persona o de una población en un momento dado es el resultado de la acción de distintos factores en momentos diferentes. Según el mismo los factores que condicionan la salud pueden agruparse en cuatro grandes grupos:

- Factores biológicos que incluyen todos aquellos aspectos físicos y mentales que conforman al ser humano; tales como la herencia genética, ciclos e historias de vida y ritmos biológicos.
- Estilo de vida que son los comportamientos de los individuos y las colectividades. Que ejercen influencia sobre su salud. Como por ejemplo: las relaciones familiares, nivel de formación, valores, creencias, roles costumbres, ocupación, tipo de alimentación; así como también los hábitos de vida nocivos como consumo de drogas, falta de ejercicio, stress, consumo excesivo de grasas saturadas, promiscuidad sexual, incumplimiento de terapias; tienen consecuencias nefastas para la salud.
- Organización de los servicios sanitarios los que se entienden como la cantidad, calidad y accesibilidad de los recursos utilizados para satisfacer las necesidades y demandas de la población, así como las estructuras, organizaciones y políticas relativas al sector.

Entorno: el que incluye todos aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo sobre los cuales el individuo tiene muy limitado control y que influyen sobre su salud. Diferenciamos un medio ambiente físico (calidad de aire, agua, suelos, contaminantes químicos clima, vegetación) y medio ambiente social y cultural (aspectos demográficos, relacionales, nivel económico, grado de desarrollo) (1).

(1) Lafont de Marc. Cientista social. Ministro de Salud de Canada, 1974

DISEÑO METODOLOGICO

Área de estudio: Este trabajo de investigación se llevara a cabo en Montevideo, en zona urbana, tomando como referencia una policlínica perteneciente al MSP.

Tipo de estudio: Para la realización de la investigación se utilizo un diseño descriptivo, prospectivo y de corte transversal, basado en variables cualitativas y cuantitativas.

Universo: Todas las adolescentes que tienen al 20 de julio 2010 entre 15 y 19 años y que tienen un segundo hijo, captadas a través del Programa Aduana, que concurren a dicho Centro en el periodo comprendido entre el 17 y el 31 de agosto 2010.

Muestra: Las madres adolescentes que acepten ser entrevistadas en el periodo de tiempo comprendido entre el 17 y el 31 de agosto 2010.

Muestreo: El método de selección de la muestra fue por muestreo no probabilístico, de tipo intencional o por conveniencia.

Criterios de inclusión: Edad comprendida entre 15 y 19 años inclusive que hayan parido su segundo hijo.

Método de recolección de información e instrumento: El método que se utilizará será la entrevista estructurada cerrada y el instrumento será un cuestionario prediseñado, de carácter anónimo lo que será explicado a la usuaria y anexado su consentimiento informado a la entrevista incluido en los anexos.

Esto será llevado a cabo en sala de espera de este Centro de Salud en el horario de atención dispuesto para esta población.

Norma Ética: Se utilizara el consentimiento informado que se adjuntará a cada cuestionario.

Plan de tabulación y análisis de los resultados: Se realizara un plan de análisis estadístico y tabulación de los datos correspondientes a cada variable, presentándose estas en función de tablas con frecuencias absolutas y relativas porcentuales, gráficos y medidas de resumen.

Variables: se utilizaran variables cualitativas y cuantitativas, a las que se les otorgara una definición conceptual, operativa y se les asignara categorías mutuamente excluyentes.

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Clasificación de Variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Tiempo en años cumplidos, desde el nacimiento de la adolescente embarazada al momento de la entrevista.	Variable cuantitativa, continua. Categorización: 15 a 19 años.
Edad de inicio sexual	Tiempo que ha vivido la adolescente hasta su primera relación sexual.	Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento de la adolescente hasta su debut sexual.	Variable cuantitativa, continua. Categorización:
Edad de la primera gesta	Tiempo que ha vivido la adolescente hasta su primera gesta.	Tiempo en años cumplidos, desde el nacimiento de la adolescente hasta la primera gesta.	Variable cuantitativa continua. Categorización: 10 a 14 o 15 a 19 años.
Nivel educativo	Nivel de instrucción o escolaridad de la usuaria.	Último año aprobado.	Variable cualitativa, ordinal. Categorización: Primaria, secundaria, Otros.
Ocupación de la adolescente	Actividad personal de carácter remunerado o no a la cual se dedica la adolescente.	Actividad que realiza la adolescente, según datos que aporta la participante.	Variable cualitativa. Categorización: estudia, trabaja, ninguna de las dos.
Situación de pareja	Condición de la adolescente relacionado al vínculo de pareja	Estabilidad o no de la pareja según declaración de la adolescente	Variable cualitativa, nominal. Categorización: estable, no estable
Conoce los MAC?	Conocimiento de la participante de	Conoce o no los diferentes tipos de MAC.	Variable cualitativa, nominal

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

	los diferentes MAC, es decir el impedimento de la unión del ovulo con el espermatozoide.		Categorías: dispositivos intrauterinos (DIU), preservativo, anticonceptivos orales, ACO de emergencia, espermicidas, diafragma, no usa.
Utilización de MAC	Uso de uno o más elementos físicos, químicos, farmacológicos naturales, con el fin de evitar el embarazo.	MAC según dato que aporta la participante.	Variable cualitativa, nominal. Categorización: DIU, ACO, preservativo, ACO de emergencia, espermicida, diafragma, coito interruptus, no usa.
Fuente de información sobre MAC	Fuente de donde obtiene información sobre los MAC la adolescente.	Fuente aportada por la participante	Variable cualitativa, nominal. Categorización:
Accesibilidad a los MAC utilizados	Vía de acceso a los MAC	Accede a los MAC a través de los servicios públicos o por sus medios.	Variable cualitativa. Categorización: servicios públicos o por sus medios.
Embarazo deseado	Idealización por parte de la participante del embarazo previo a la concepción.	Embarazo deseado: si o no.	Variable cualitativa, nominal. Categorías: si, no
Período intergestacional	Tiempo transcurrido entre la primera y segunda gesta.	Tiempo medido en meses entre la primera y segunda gesta.	Variable cuantitativa, ordinal. Categorización: 10 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses.
Control de embarazo	Control obstétrico prenatal realizado por ginecólogo.	Concurrencia o no por parte de la adolescente a los controles prenatales, menos de 6, mas de 6 controles.	Variable cualitativa, nominal. Categorización: Si, No

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

Numero de controles durante el embarazo	de	Controles realizados durante el embarazo por parte de la adolescente.	Numero de controles realizados durante el embarazo, menos de 6, 6 o más controles.	de	Variable cuantitativa, ordinal. Categorización: menos de 6, 6, o más de 6 controles.
---	----	---	--	----	---

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

Plan de tabulación

Edad	FA	FR%
14 a 16 años		
17 a 19 años		
Total		

Edad de inicio sexual	FA	FR%
14 a 16 años		
17 a 19 años		
Total		

Edad de la primera gesta	FA	FR%
10 A 14		
15 A 19		
Total		

Nivel educativo	FA	FR%
Primaria		
Secundaria		
Otros		
Total		

Ocupación de la adolescente	FA	FR%
Estudia		
Trabaja		
Ninguna		
Total		

Situ de pareja	FA	FR%
estable		
No estable		

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

MAC que conoce	FA	FR %
DIU		
Preservativo		
ACO		
Aco de emergencia		
Espermicida		
Diaphragma		
No usa		
Total		

Utilización de MAC	FA	FR%
DIU		
ACO		
Preservativo		
ACO de emergencia		
Espermicida		
Diaphragma		
Coito interruptus		
No usa		
Total		

Fuentes de información sobre MACS	FA	FR%
Policlinica		
Partera		
Liceo		
Casa		
Amigos		
Ginecologa		
Escuela		

Accesibilidad a los Mac	FA	FR%
Servicios públicos		
Por sus medios		

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

Embarazo deseado	FA	FR%
Si		
No		
Total		

Periodo intergestacional.	FA	FR%
10 meses		
12 meses		
18 meses		
24 meses		
Total		

Control de embarazos	FA	FR%
Si		
No		
Total		

Numero de controles durante el embarazo	FA	FR%
0		
5		
6		
Mas		
Total		

Con que personas convive	FA	FR%
Pareja		
Padres		
Suegros		
Otros		
Total		

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

Hijos del mismo padre	FA	FR%
Si		
No		
Total		

ANEXO 2

Carta de autorización

Montevideo,.....2010

Dr. Wilson Benia

Director de RAP. ASSE

Presente

Somos un grupo de cinco bachilleres de la carrera Licenciatura en Enfermería perteneciente a la Facultad de Enfermería. Como exigencia curricular a dicha carrera se encuentra la realización de un trabajo de investigación final.

El área problema sobre el cual el grupo plantea realizar la investigación es la reincidencia en el embarazo adolescente.

Nos dirigimos usted a efectos de solicitar autorización para llevar a cabo nuestro

trabajo de investigación en vuestra institución, más concretamente en la policlínica de adolescente. El estudio consiste en caracterizar a las adolescentes que reinciden en un segundo embarazo, que se llevará a cabo mediante una entrevista anónima, cerrada e individual para cada usuaria (Con el correspondiente Consentimiento Informado).

El protocolo de esta investigación está siendo tutorado por la Profesora Agregada Licenciada en Enfermería Ana Correa de la cátedra Materno Infantil de la UDELAR.

Estudiantes Bachilleres:

Cardozo, Laura,
Rodríguez, Paola,
Tuduri, Adriana,
Vera Sandra
Vera Andrea,

ANEXO 3

Cronograma de Gantt

	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Planificación										
Ejecución										
Tabulación, Gráficos de datos obtenidos										
Análisis y Conclusiones										
Presentación										
Escrita										
Defensa Oral										

ANEXO 4

ENTREVISTA A DR. ROBERTO SERGIO

Jefe de la policlínica de Adolescentes del CIIPR (Centro Hospitalario Pereira Rossell).

Realizada el martes seis de abril del año 2010.

- 1- ¿Qué porcentaje de adolescentes reinciden en un segundo embarazo?
- 2- ¿Esta cifra ha ido en aumento a lo largo de estos últimos cinco años?
- 3- ¿El poder adquisitivo de éstas podría estar vinculado al tema de la reincidencia?
- 4- ¿Generalmente se encuentran en pareja?
- 5- ¿Existen programas de salud en el Uruguay que brinden apoyo a las adolescentes?
- 6- ¿Estas reincidencias fueron planificadas?
- 7- ¿Según sus estudios cual es el factor que influye para evitar un segundo embarazo?
- 8- ¿Conocen métodos anticonceptivos, y como llegan a ellos?
- 9- ¿Qué nivel institucional tienen estas adolescentes?

“Todas son de clase social baja tenemos lo mas pobre de este país esta acá, Con pareja vienen, y el 70% de los embarazos no fue planificado, después se podría discutir lo q significa planificado o sca.

Nosotros hacemos las estadísticas siempre al año la reincidencia ha andado entre un 8 y 10 %, al año una de estas diez pacientes que hoy tengo acá va a volver pariendo, pariendo que es lo más grave a un bebe prematuro.

Lo q estamos enfocados es a q no vuelvan a embarazarse, conocer sobre los métodos anticonceptivos conocen, pero no los usan , el método q recomendamos es el preservativo mas allá que nuestro objetivo en un principio es que no vuelva a embarazarse, luego hablaremos si pero existe el sífilis, sida, etc., en esta población lo mas importante es el re embarazo no sida ni sífilis, tenemos 36 hs para hablarle a una cabecita de cómo se tiene que cuidar, cuando tienen un montón de tabúes que te tiran abajo, de su abuela, de su tía con respecto al DIU por ejemplo, nosotros ya les damos día y hora para que vuelvan o sca que no tiene que hacer nada, o sea todo pronto.

En el año 2001 se creó el programa setiembre, en el 2003 junto a presidencia de la república anne INFAMILIA, cuya meta era seguimiento post parto y luego traerlas para que no reincidan en un segundo embarazo capacitamos gente, se tomo prueba en tribunal, yo forme parte de ese tribunal, donde anduvo muy bien los primeros seis meses, luego de presidencia se fue al MIDES, donde actualmente no esta llegando a su meta, no tenemos datos en planillas.

La reincidencia en los últimos cinco años se ha mantenido, lo que si ha aumentado es el embarazo en la adolescencia, lo global!

El factor para que no se reembaracen es que se cuiden pero hacen caso omiso.

Las adolescentes en la salud general no van a no ser que estén enfermos y como los adolescentes no se enferman! Entonces no concurren ya vienen embarazadas entonces hay que captarlas antes para que se mantenga ese vinculo que se logro acapara que evitemos un primer embarazo de una hermana, la prima o amiga".

ANEXO 5

Entrevista: Psicóloga Sabrina Rossi

- 1) Cuanto tiempo hace que trabaja en la policlínica?
- 2) Existe algún tipo de programa participativo con las adolescentes?
- 3) Cuáles son las actividades que se realizan con las adolescentes reincidentes?
- 4) Hay participación de la familia y/o pareja?
- 5) A través de que medio se captan a las madres adolescentes que reinciden?

1) Desde agosto del 2007.

2) Si existe el SAEMPA (Servicio de Atención Específico en maternidad y paternidad adolescente), es un servicio que se presta en todos los servicios d ASSL, donde se pueden acercar todos los adolescentes madres y padres, y tener un espacio de acompañamiento y apoyo, conversación de orientación etc. Los jueves en el horario de once a quince hs.

Llegan derivados de pediatras, ginecólogos, instituciones de barrio, con horarios específicos, o por voluntad propia. Entonces se los escucha, conoce y se les explica sus derechos como adolescentes.

3) Lunes, miércoles y viernes se atiende en policlínicas, los días viernes realizo visitas domiciliarias.

Se trata de trabajar en red con demás instituciones del barrio, con el fin de reinsertión estudiantil ya sea en el liceo, casa joven, aula comunitaria, Casa Luna que es un centro de atención para mamás y papás adolescentes y sus hijos.

También cuando ellas están solas y no tienen apoyo yo las acompaño a alguna entrevista o a averiguar algo.

4) La mayoría de las adolescentes vienen solas, alguna con su abuela, hermana, con pareja muy pocas.

5) A través del Programa Aduana por medio de un listado a través de la Web, también en las tres policlínicas que yo trabajo todas las adolescentes embarazadas vienen por acá.

Otras llegan por medio de la Ginecóloga, Partera etc.

Otras llegan por que su prima o hermana o vecina pasaron por acá y le dijeron que existía un espacio para adolescentes, otras derivadas del Centro Hospitalario Percira Rosell, del liceo a donde concurrían y otras porque las capto yo.

ANEXO 6

Entrevista: Dra. En Ginecología Laura Nasif

- 1) Cuanto tiempo hace que trabaja en el centro de Salud?
- 2) Qué población de adolescentes se asiste?
- 3) Qué población reincide, en % en los últimos 5 años?
- 4) Hay estadísticas de la situación?
- 5) Existe un equipo interdisciplinario que trabaje con esta población?
- 6) Existe en Centro de Salud un programa que trabaje sobre la reincidencia?
- 7) Qué factores considera usted que determinan la reincidencia?
- 8) La población conoce los MAC, como llegan a ellos habitualmente?
- 9) Las reincidencias fueron planificadas?
- 10) A su criterio, cuales son las debilidades de las medidas que se implementan en este tema, que se podría fortalecer o mejorar, o quizás que esté faltando?

1) Hace 18 años.

2) No llevamos al momento la cifra exacta de estas adolescentes.

3 y 4) No tenemos datos estadísticos.

5 y 6) Si existe no trabajamos todos juntos pero nos derivamos unas a otras las pacientes, Espacio Adolescente conformado por psicóloga, Dra. en ginecología y partera cuyo horario son los jueves 13 hs.

7) Con el primer embarazo la adolescente pierde la responsabilidad de lo que le paso, en vez de ser la mama pasa a ser la hija de un matrimonio que tuvo un hijo y ese hijo pasa a ser su hermano.

Entonces en esa mediada vuelven a reincidir "total mama los cuida".

No tienen una pareja, no existe un orden en su vida de "bueno ahora termino de estudiar, hago facultad, consigo un trabajo para autoabastecerme"

A la consulta viene solas la mayoría, o algunas con las mamas.

8) Si los conocen y saben que se los entregan, de repente no es tan accesible, ellas tendrían que venir a la consulta de anticoncepción y se los damos por tres meses y quince preservativos mensuales.

Luego tendrían que volver a la consulta para repetir la receta y es esa constancia que no se cumple.

Tienen un deseo inconsciente de quedar embarazadas, no tiene proyectos de vida, la idea es terminar la escuela y ser mama.

11) Existe una falla clara en la educación, en la educación desde nivel primario.

ANEXO 7

Entrevista: Licenciado en Enfermería José Luis Morales

- 1) Cuanto tiempo hace que trabaja en este Centro de salud?
- 2) Para enfermería, la reincidencia del embarazo adolescente es un problema en la población que se asiste aquí?
- 3) Conoce la magnitud del problema en el Centro de Salud?
- 4) Existe un equipo interdisciplinario que trabaje en este tema, quienes lo integran?
- 5) Como Licenciado en Enfermería, participa en forma activa en la búsqueda de soluciones?
- 6) Existe en el Centro de Salud algún programa para el manejo de este problema que involucre directamente al Licenciado de este Centro de Salud?
- 7) Se llevan estadísticas en el área específica de enfermería?
- 8) Quién hace los controles del o los programas?
- 9) Se realizan visitas domiciliarias?

- 1) Desde el año 2004.

2 y 3) La verdad no sé si es un problema o claramente una realidad de la población en general.

- 4) Si, existe el espacio adolescente que está conformado por un equipo interdisciplinario, comprendido por una psicóloga, tres doctoras y una partera.
- 5) No enfermería no participa en el equipo.
- 6) No.
- 7) No sabría exactamente las cifras pero existe.
- 8) Los que lo conforman.
- 9) Si, se realizan visitas domiciliarias, las realiza la psicóloga que forma parte del Espacio Adolescente.

ANEXO 8
DÍA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Se declara el 26 de septiembre de cada año

Comisión Especial de
género y equidad

INFORME

Señores Representantes:

Vuestra Comisión asesora de Género y Equidad, recomienda la aprobación del presente proyecto de ley que responde al estudio de la problemática del embarazo adolescente.

En nuestro país, el embarazo adolescente ha aumentado sensiblemente. A nivel del hospital de referencia materno-infantil ronda el 27%. Sabemos que este es un fenómeno complejo que se debe a múltiples causas según el caso. En algunos casos puede deberse a la falta de educación sexual que le permita a la adolescente hacer una opción libre y responsable. En otros, a pesar de contar con la educación e información pertinentes, la falta de conciencia de riesgo, es un factor determinante. En casi todos los casos inciden factores culturales relacionados al género, a los modelos de mujer con los que se identifican las adolescentes en su cotidianidad. En aquellos sectores en donde las adolescentes tienen enormes dificultades para elaborar un proyecto de vida, dado el contexto crítico en el cual viven, tal vez el único proyecto realizable que tienen es la posibilidad de ser madres. Otro factor de influencia es el status que una joven mujer adquiere, en contextos fuertemente machistas, al pasar de ser una jovencita -pasible de agresiones y violencia- a ser una madre.

Dando sustento a nuestras afirmaciones transcribimos parte de la ponencia de la doctora Selva Lima de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia referida a su experiencia con embarazo adolescente en el Hospital Pereira Russell: "Pero hay un elemento muy importante. Cuando nosotros venimos a estas jóvenes que concurren al control de su embarazo y les preguntamos si conocen los métodos anticonceptivos, si tienen conocimiento de lo que es el preservativo, si tienen conocimiento de lo que son las píldoras, si saben cómo se utilizan y dónde las pueden conseguir, ellas conocen todos estos elementos, están informadas y sin embargo no los utilizan. El porcentaje de utilización de métodos anticonceptivos en esta población es de menos de un 20%. Y en el momento puede ser que la mayoría de ellas no haya planificado el embarazo, pero prácticamente el 100% de estos embarazos es aceptado y bien controlado. Hay un porcentaje muy bajo de embarazos no aceptados en la población adolescente. ¿Qué es lo que pasa? ¿Por qué se embaraza si conoce los métodos? Lo que nosotros observamos es que estas jóvenes que llegaron solamente a la educación primaria, que no tienen un horizonte mucho más allá que esto, que no tienen objetivos a corto plazo claros, el único objetivo que pueden alcanzar es el de ser madres. Y culturalmente el ser madres en nuestro país es un elemento que pesa muchísimo, y es un elemento que cambia el status de la mujer. Una mujer es una cosa antes de ser madre, y cambia notoriamente luego de haber logrado su maternidad. Por lo tanto, estas jovencitas quizás lo único que tienen a su alcance como objetivo próximo es lograr esa maternidad, que va a ser motivo de afecto -porque proceden de un medio familiar y

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

societal bastante desestructurado- y de esa manera logran un cambio de status y un objeto de afecto”.

En suma, vemos un amplio repertorio de problemas psicoemocionales fruto de la inmadurez física, psicológica y social que dificulta el acceder a un rol adulto y la responsabilidad de organizar un contexto que favorezca una gestación y un desarrollo óptimo de los hijos la mayoría de las veces en un escenario en el que se cuenta con pocos apoyos sociales, pocos recursos económicos y un bajo nivel educativo. Todo ello hace que el embarazo y la maternidad durante la adolescencia supongan un verdadero riesgo psicosocial, describiéndose a los bebés de estos adolescentes como “los niños de los niños”.

Esto es entonces un tema a tomar en cuenta y que deberá, sin duda, merecer la atención de un plan integral de la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes, en donde la educación deberá jugar un rol determinante.

La finalidad principal de este proyecto es lograr centrar la atención sobre un problema que nos afecta y al que le dedicamos pocos esfuerzos, declarando el día 26 de septiembre “Día Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente”. La fecha 26 de septiembre coincide con la conmemoración del nacimiento del profesor Dr. Roberto Caldeira García, creador y Director del Centro Latinoamericano de Perinatología, cuyos trabajos de trascendencia mundial, contribuyeron al conocimiento y la práctica de la perinatología, lo cual permitió la sobrevivencia de miles de personas.

Ese día y a nivel nacional, las instituciones oficiales y privadas vinculadas a los y las jóvenes deberán realizar actividades donde se brinde información calificada y veraz sobre la salud sexual y reproductiva, para la prevención y protección del embarazo adolescente.

Por lo expuesto esta asesora recomienda la aprobación del proyecto de ley.

Señala de la Comisión, 11 de agosto de 2004.

DAISY LUCERO
Miembro Informante

RICARDO ALONSO
RAQUEL SARRERO
PAUL OMIELS
MARGARITA PEROUICH
GLENNY RONDAN
JORGE SILVA ROTA

Reincidencia del embarazo adolescente

Diciembre de 2010

social bastante desestructurado- y de esa manera logran un cambio de status y un objeto de efecto”.

En suma, vemos un amplio repertorio de problemas psicosociales fruto de la inmadurez física, psicológica y social que dificulta el acceder a un rol adulto y la responsabilidad de organizar un contexto que favorezca una gestación y un desarrollo óptimo de los hijos la mayoría de las veces en un escenario en el que se cuenta con pocos apoyos sociales, pocos recursos económicos y un bajo nivel educativo. Todo ello hace que el embarazo y la maternidad durante la adolescencia supongan un verdadero riesgo psicosocial, describiéndose a las bebés de estos adolescentes como “los niños de los niños”.

Esto es entonces un tema a tomar en cuenta y que deberá, sin duda, merecer la atención de un plan integral de la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes, en donde la educación deberá jugar un rol determinante.

La humilde pretensión de este proyecto es lograr centrar la atención sobre un problema que nos afecta y al que le dedicamos pocos esfuerzos, declarando el día 26 de setiembre “Día Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente”. La fecha 26 de setiembre coincide con la conmemoración del nacimiento del profesor Dr. Roberto Caldero García, creador y Director del Centro Latinoamericano de Perinatología, cuyos trabajos de trascendencia mundial, contribuyeron al conocimiento y la práctica de la perinatología, lo cual permitió la sobrevivencia de miles de personas.

Ese día y a nivel nacional, las instituciones oficiales y privadas vinculadas a los y las jóvenes deberán realizar actividades donde se brinde información calificada y veraz sobre la salud sexual y reproductiva, para la prevención y protección del embarazo adolescente.

Por lo expuesto esta asesora recomienda la aprobación del proyecto de ley.

Sala de la Comisión, 14 de agosto de 2004.

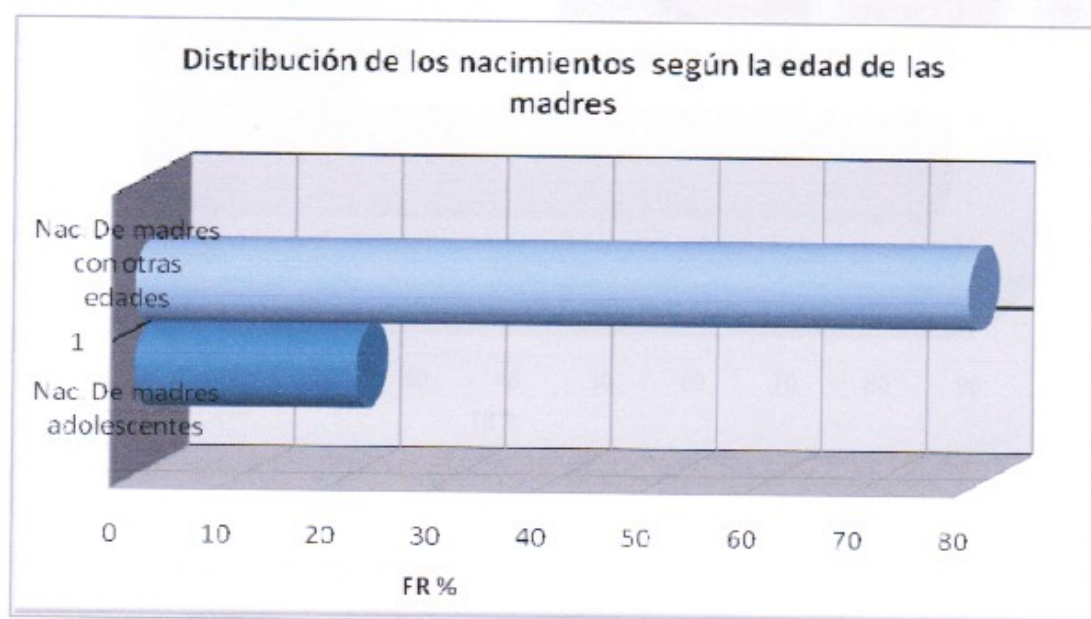
DAISY TOURÉ
Miembro Informante

RENEA ARRIAGA
ROBERTO BARTIZERO
PABLO MIERES
MARGARITA PERDOMO
ELENA RONDÁN
JOSÉ SILVA ROTA

ANEXO 9

Tabla Nº 1 - Distribución de los nacimientos del HPR y HCL desde Julio 2008 a julio del 2010 que dieron como referencia al Centro de Salud para su asistencia

	FA	FR%
Nacimientos de madresadolesc.	326	21
Nac. De madres no adolescentes	1219	79
Total	1545	100

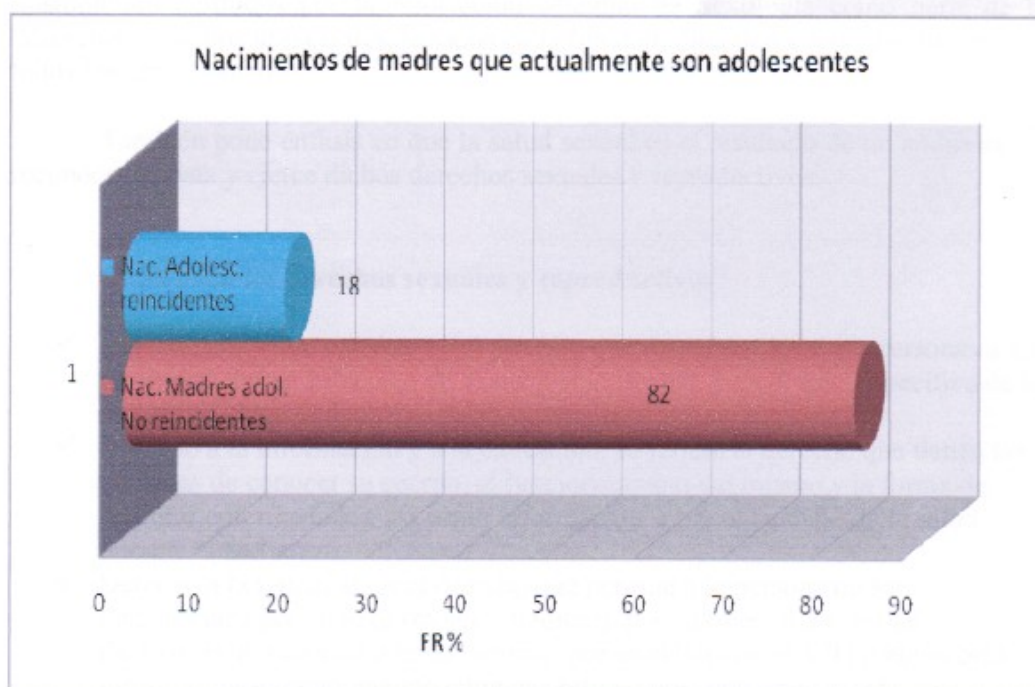


Fuente: Programa Aduana

Del total de nacimientos en HPR y HCL entre julio de 2008 y julio de 2010 que dieron como Centro de Salud de referencia de asistencia, en el cual se realizó esta investigación, el 21% pertenece a madres adolescentes y el resto a madres no adolescentes.

Tabla Nº 2 - Distribución de las madres adolescentes según reincidencia (madres reincidentes que actualmente son adolescentes)

	FA	FR%
Nacimientos madres que actualmente son adolescentes no reincidentes	159	82
Nacimientos madres que actualmente son adolescentes reincidentes	34	18
Total de nacimientos madres que actualmente son adolescentes	193	100



Fuente: Programa Aduana

Del total de madres que al momento de la recolección de datos eran adolescentes 18% eran madres adolescentes reincidentes en un segundo parto.

ANEXO 10

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:

Son aquellos derechos que permiten a las personas convivir sin distinciones de sexo, sin riesgos y sin violencia en cuanto a la sexualidad y la reproducción se refiere, y además forman parte de los derechos humanos.

La primera formulación expresa de los Derechos Reproductivos acontece en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994; los mismos son definidos por la Asociación Mundial de Sexología como parte de los "derechos humanos universales, basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos.

También pone énfasis en que la salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce dichos derechos sexuales y reproductivos.

Cuáles son los derechos sexuales y reproductivos?

- ✓ Derecho a la vida: consiste en el derecho que tienen por igual las personas a no morir por alguna Infección de Transmisión Sexual, y en el caso específico de la mujer por algún embarazo o parto de riesgo.
- ✓ Derecho a la información y a la educación: se refiere al derecho que tienen las personas de conocer su cuerpo, el funcionamiento del mismo y la forma de prevenir enfermedades, así como información sobre el cuidado de la salud durante el embarazo..
- ✓ Derecho a la igualdad: es el derecho que permite a la persona no ser discriminada por su sexo (mujer u hombre), por su orientación sexual (homosexual, bisexual o heterosexual), por convivir con el VIH o algún otro virus, por usar algún método anticonceptivo o por estar embarazada.
- ✓ Derecho a la libertad y la seguridad: se relaciona con la libertad para decidir si tener relaciones sexuales o no, con quién, y con qué frecuencia, evitando poner en riesgo la salud física, sexual y psicológica.
- ✓ Derecho a estar libre de violencia: la persona tiene el derecho a no recibir violencia física, psicológica o sexual, es decir, a tener una vida libre de violencia.
- ✓ Derecho a libertad de opinión y de pensamiento: los seres humanos tienen el derecho a opinar y vivir su sexualidad sin ningún tipo de restricción o violencia verbal, física y psicológica.
- ✓ Derecho a la atención de la salud: toda persona tienen el derecho a recibir atención médica y social de manera oportuna y de acuerdo a las necesidades que

presente.

- ✓ Derecho a los beneficios del progreso científico: relacionado con el acceso a los beneficios que brinda la ciencia en cuanto a métodos anticonceptivos, incluyendo en estos la Anticoncepción de Emergencia u otros, tratamiento para infecciones, atención del embarazo, entre otros
- ✓ Derecho a la privacidad y la confidencialidad: se refiere a asumir una actitud de respeto ante los asuntos privados de las personas. En los casos de las personas que proveen servicios deben garantizar la confidencialidad de la información que reciben.
- ✓ Derecho a contrar matrimonio o no: tanto el hombre como la mujer tienen el derecho a elegir si se casa, con quién y cuándo; no es obligatorio permanecer casado/a ni unido/a con alguien.
- ✓ Derecho a decidir si tener o no hijos/as, cuántos tener y cuándo: la decisión de la mujer de ser madre y del hombre de ser padre es personal.
- ✓ Derecho a la reunión y la participación política: las personas tienen el derecho a formar grupos de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, de manera tal que todos y todas puedan disfrutar de una adecuada salud sexual y reproductiva.

ANEXO 11

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS:

Estos contienen 2 hormonas: un estrógeno y un progestágeno.

Hay dos tipos de presentación de la píldora:

- Paquetes de 28 píldoras: 21 activas (que contienen hormonas) y 7 de “recordatorio” (sin hormonas).
- Paquetes de 21 píldoras activas.

Mecanismo de acción:

- Impiden la ovulación.
- Aumentan la consistencia del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

Efectividad:

Efectividad usual: de 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el 1º año de uso.

Muy efectivos si se utilizan en forma correcta y consistente.: 0,1 embarazo por cada 100 mujeres en el 1º año de uso.

Ventajas:

- Muy efectivo.
- Los períodos menstruales son regulares: disminuye el volumen y duración del sangrado.
- Puede usarse a cualquier edad.
- Pueden ser usados por mujeres:
 - Que no tienen hijos.
 - Que son gordas o flacas.
 - Fumadoras menores de 35 años.
 - Que han tenido un aborto inducido o espontáneo.
 - Con períodos menstruales irregulares.
 - Con períodos abundantes o dolorosos.
 - Con diabetes, o con enfermedad benigna de mama, o con venas varicosas, y otras.
- Se puede interrumpir su uso en cualquier momento, permitiendo el retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpa su uso.
- Puede usarse como AC de emergencia.
- Puede prevenir o disminuir la anemia por deficiencia de hierro.
- Ayuda a prevenir: embarazos ectópicos, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, quistes de ovarios, enfermedades pélvicas inflamatorias, enfermedad benigna de mama.

Desventajas:

- Efectos secundarios comunes: náuseas, dolor de cabeza leve, sensibilidad anormal en los senos, leve aumento de peso, amenorrea.
- No es recomendable en épocas de lactancia porque afectan la calidad y cantidad de la leche materna.
- Puede ocasionar cambios en el temperamento, incluyendo depresión y menor deseo sexual.
- No protegen contra ETS.

Cuando comenzar:

- En mujeres con ciclos menstruales: el primer día de su ciclo.
- Después del parto si está amamantando: apenas interrumpa la lactancia o 6 semanas después del parto (depende de lo que ocurra primero)
- Después del parto si no está amamantando: de 3 a 6 semanas después del parto.
- Después de un aborto inducido o espontáneo (durante el 1° o 2° trimestre): en los primeros 7 días después del aborto.
- Inmediatamente después de haber interrumpido otro método.

ANTICONCEPTIVOS ORALES SOLO DE PROGESTÁGENO:

No contiene estrógenos, siendo la mejor opción para mujeres que están amamantando, ya que no reducen la producción de leche.

Mecanismo de acción:

- Impiden la ovulación.
- Aumentan la consistencia del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

Efectividad:

Efectividad en mujeres amamantando: 1 embarazo por cada 100 mujeres en el 1° año de uso.

En las demás mujeres son muy efectivos si se utilizan en forma correcta y consistente.: 0,5 embarazo por cada 100 mujeres en el 1° año de uso.

Ventajas:

- Muy efectivo durante la lactancia.
- Puede ser usado por mujeres en la etapa de lactancia a partir de las 6 semanas después del parto.
- Pueden ser usados por mujeres:
 - Que están amamantando.
 - Que son gordas o flacas.
 - Fumadoras.
 - Que no tienen hijos.
 - De cualquier edad.
 - Que han tenido recientemente un aborto inducido o espontáneo.
 - Con HTA, o con enfermedad benigna de mama, o con venas varicosas, con ETS, y otras.

- Ayuda a prevenir: cáncer de endometrio, cáncer de ovario, enfermedades pélvicas inflamatorias, enfermedad benigna de mama.
- Puede usarse como AC de emergencia.

Desventajas:

- Efectos secundarios en mujeres que no están amamantando: cambios en le sangrado.
- Efectos secundarios: dolor de cabeza y sensibilidad anormal en los senos son poco comunes.
- No previene embarazo ectópico.

Cuando comenzar:

- Después del parto si está amamantando: 6 semanas después del parto.
- Después del parto si no está amamantando: durante las 4 semanas después del parto.
- Después de un aborto inducido o espontáneo (durante el 1º o 2º trimestre): en los primeros 7 días después del aborto.
- Inmediatamente después de haber interrumpido otro método.
- En mujeres con ciclos menstruales: durante los primeros 5 días de su ciclo menstrual.

PRESERVATIVO:

La mayoría son de látex delgado. Algunos están revertidos de un lubricante seco o un espermicida.

Mecanismo de acción:

- Impiden que los espermatozoides y cualquier organismo causante de enfermedad presente en el semen ingresen a la vagina.

Efectividad:

Son efectivos para prevenir embarazos cuando se los usa correctamente: 3 embarazos por cada 100 mujeres en el 1º año de uso.

Ventajas:

- Previenen ETS.
- Puede ser usado poco después del parto.
- Puede interrumpirse en cualquier momento.
- Pueden ser usados por hombres de cualquier edad.
- Ayudan a prevenir la eyaculación prematura

Desventajas:

- Escocor en personas alérgicas al látex o al lubricante.
- Pueden romperse durante el coito

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU):

Marco plástico, pequeño y flexible. Con frecuencia lleva un alambre de cobre y se inserta en el útero de la mujer a través de la vagina.

Tienen una o dos cuerdas o hilos atados a ellos.

Hay varios tipos:

- DIU portador de cobre.
- DIU liberador de hormona.
- DIU inerte.

Mecanismo de acción:

- Impiden el encuentro del óvulo y el espermatozoide.

Efectividad:

Muy efectivos y duran entre 3 y 10 años, dependiendo del tipo de DIU.

Efectividad: 0,6 a 0,8 embarazos por cada 100 mujeres.

Ventajas:

- Muy efectivo.
- Duradero.
- Fertilidad reversible en forma inmediata.
- Los DIU portador de cobre y los DIU inertes no tienen ningún efecto en la cantidad o calidad de la leche materna.
- Pueden insertarse inmediatamente después de los 40 días del parto

Desventajas:

- Efectos secundarios comunes: cambios menstruales.
- Sangrado abundante.
- Puede salirse fuera del útero.
- No protegen contra ETS.
- Se debe tener un hijo por lo menos.

Cuando comenzar:

- En mujeres con ciclos menstruales: durante la menstruación.
- Después de un aborto inducido o espontáneo: inmediatamente.
- Inmediatamente después de haber interrumpido otro método.

ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA:

Son píldoras de hormonas que pueden tomarse dentro de las 72 horas posteriores a haber mantenido una relación sexual sin protección.

Mecanismo de acción:

- retrasar la ovulación
- afectar el movimiento y el funcionamiento de los espermatozoides

- afectar el desarrollo del revestimiento uterino e interrumpir el proceso de fertilización

Efectividad:

Alrededor de 1 ó 2 mujeres de cada 100, que utilizan anticonceptivos de emergencia, quedan embarazadas a pesar de tomarlos dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección.

Los anticonceptivos de emergencia son más efectivos si se los toma cuanto antes después de mantener relaciones sexuales sin protección.

Ventajas:

- Previene el embarazo después de una relación sexual sin protección

Desventajas:

- La anticoncepción de emergencia no está recomendada como método regular de control de la natalidad, sino que se utiliza únicamente en caso de emergencia.
- Náuseas, vómitos, sensibilidad en las mamas y el dolor de cabeza. Estos efectos suelen ser leves y la mayoría se alivia después de 1 ó 2 días.
- El período menstrual podría ser irregular temporalmente luego de tomar anticonceptivos de emergencia.

Cuando usar:

- Si mientras una pareja mantiene relaciones sexuales el condón se rompe o se sale
- Si el diafragma o el capuchón cervical se desplazan de su posición
- Si olvidó tomar las píldoras anticonceptivas durante 2 días seguidos
- También están disponibles para las adolescentes que han sido forzadas a mantener relaciones sexuales sin protección.

ANEXO 12

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sra., de años de edad, manifiesta que ha sido informada sobre el estudio de investigación a realizarse por este grupo de estudiantes de Licenciatura en enfermería pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Republica, sobre la rcincidencia del embarazo en la adolescencia.

He sido informada de que mis datos personales serán protegidos.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta entrevista me sea realizada.

Montevideo, XX de XXXXX de 2010

ANEXO 13

Instrumento

Marque con una cruz (x) la opción que corresponda

- 1- Edad _____
- 2- Edad de inicio sexual _____
- 3- Edad a la primera gesta _____
- 4- Que estudios ha realizado?
Primaria completa () Primaria incompleta () Secundaria completa ()
Secundaria incompleta () Otros ()
- 5- Cual es su ocupación?
Estudia () Trabaja () Ninguna de las anteriores ()
- 6- Cual es su situación de pareja?
Estable () No estable ()
- 7- Que métodos anticonceptivos conoce?
DIU () Preservativo () ACO () ACO de emergencia () Espermicida
() Diafragma ()
- 8- Que método anticonceptivo usa?
DIU () ACO () Preservativo () ACO de emergencia ()
Espermicida () Diafragma () Coito interruptus () No usa ()
- 9- De donde obtiene la información sobre los MAC?
- 10- De que manera obtiene el anticonceptivo que usa?
Servicios Públicos () Por sus medios ()
- 11- Embarazo deseado?
Si () No ()
- 12- Periodo entre gestas?
10 meses () 12 mscs () 18 mscs () 24 meses ()
- 13- Controlo sus embarazos?
Si () No ()
- 14- Numer de controles realizados en el ultimo embarazo? _____
- 15- Con quien vive?