



ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
SEDE-FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TESIS FINAL

TEMA:
**“CONTROLES PRENATALES EN MADRES
ADOLESCENTES”**

AUTORAS: Elizabeth Barvosa
Juana Ferracutti

Mendoza, Febrero de 2013.

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

Presidente:

Vocal 1.....

Vocal 2:

Trabajo Aprobado el:/...../.....

Agradecimientos

Sin el apoyo y colaboración de los siguientes no hubiese sido posible la realización de nuestra investigación:

Primero en principal a mi hija Tamara, por su apoyo y amor incondicional que me dio las fuerzas para superar cada prueba. A mis primitos, Jime y Tato que esta meta superada sirva de ejemplo de que con trabajo y paciencia todo es posible.

Agradecemos a todo el personal de la Maternidad que con su labor diaria son los que hacen posible la implementación del programa Materno Infantil y permiten la confección del presente trabajo.

Y a mi compañera de tesis y amiga Eli Barvosa, gracias por tu paciencia “amigui”...y a todos mis amigos que son parte de mi tesoro!

Yo Elizabeth quiero agradecer a mi marido Cristian por todo su amor, apoyo y ánimo, a mis padres por guiarme en la vida.

A mis hijos Abril, Matías y Paula por el tiempo que no he podido estar con ellos.

Y a mis hermanos que a pesar de la distancia siempre están conmigo.

Prólogo

En este trabajo, expondremos una problemática social que concierne a nuestra realidad, el embarazo adolescente y los controles prenatales inadecuados, ante lo cual surge la pregunta ¿cuáles son las causas que lleva a este sector de la población a no completar los controles prenatales?

Analizamos cuales son las causas posibles y que conocimientos poseen, como así también determinar los diferentes patrones psicosociales relacionados.

La edad menarquica ha ido disminuyendo cada vez más y el número de años fértiles de la mujer ha aumentado. Por ende, los adolescentes tienen más años a riesgos de embarazos no deseados.

El inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana siendo de 14 a 15 años su inicio sexual.

Estas situaciones conllevan una serie de problemas que van desde alteraciones psicológicas individuales y de parejas, hasta conflictos familiares, económicos, académicos y sociales.

La mayoría de las madres adolescentes son solteras las cuales se enfrentan a problemas económicos con menos opciones laborales y educativas.

En la actualidad esta es una problemática en aumento de la salud sexual y reproductiva en la provincia y el país.

La educación sexual en los colegios y escuelas parece no tener la eficacia deseada.

Al mismo tiempo los programas y estrategias para prevenir esta problemática no han sido satisfactorios a pesar de los esfuerzos.

Como profesionales de la salud, debemos capacitarnos y especializarnos en la atención de este sector, brindándoles servicios más humanizados, de alta calidad y que satisfagan sus necesidades de salud.

Índice General	
Capítulo I.....	1
Introducción.....	2
Descripción del Problema.....	3
Formulación del problema.....	4
Objetivo general y específico.....	5
Justificación del estudio.....	5
Marco teórico.....	7
Adolescencia.....	7
La adolescente tiene poca conciencia de salud.....	8
La importancia de la familia en la adolescencia.....	10
Embarazo en la adolescencia.....	12
Consecuencias de la maternidad y paternidad adolescente.....	14
El padre adolescente.....	14
Otras consideraciones a tener en cuenta.....	15
Control de embarazo de la adolescente.....	16
Educación Materna.....	19
Rol de enfermero.....	26
La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar.....	27
Definición de Términos.....	29
Variables.....	30
Capítulo II.....	31
Diseño Metodológico.....	32
Plan de presentación de datos (tablas y gráficos).....	33
Resultado de la encuesta.....	65
Discusión.....	67
Capítulo III.....	68
Conclusión.....	69
Recomendaciones.....	70
Bibliografía.....	71
Apéndice y Anexos.....	72
Índice de tablas y gráficos	Pág.

Tabla y Grafico N1° Edad de la Embarazada.....	27
Tabla y Grafico N°2 Zona de residencia.....	28
Tabla y Grafico N°3 Edad de Inicio de Menarquia.....	29
Tabla y Grafico N°4 Edad de inicio en la actividad sexual.....	30
Tabla y Grafico N°5 Nivel de formación.....	31
Tabla y Grafico N° Estado Civil	32
Tabla y Grafico N°7 Porque decidiste tener tu hijo.....	33
Tabla y Grafico N°8 Tuviste apoyo familiar.....	34
Tabla y Grafico N°9 Ingresos económicos.....	35
Tabla y Grafico N°10 Alguien te hablo de educación sexual.....	36
Tabla y Grafico N°11¿Quienes?	37
Tabla y Grafico N°12 Información sobre anticonceptivos.....	38
Tabla y Grafico N°13 En que trimestre de embarazo asististe al médico ginecológico.....	39
Tabla y Grafico N°14 En que trimestre de embarazo asististe al médico ginecológico.....	40
Tabla y Grafico N°15 Cantidad de controles Prenatales.....	41
Tabla y Grafico N°16 En que consistieron los controles prenatales.....	42
Tabla y Grafico N°17¿Qué acciones de prevención realizaste durante el embarazo?	43
Tabla y Grafico N°18 Con qué frecuencia la enfermera te brinda cuidados.....	44
Tabla y Grafico N°19 El enfermero tiene comunicación con tu familia.....	45
Tabla y Grafico N°20 El enfermero le brinda información o evacua sus dudas	46
Tabla y Grafico N°21 Considera que la educación, le ha permitido: ampliar sus conocimientos.....	47
Tabla y Grafico N°22 Manejar sus miedos.....	48
Tabla y grafico N°23 Grado de cumplimiento de las indicaciones médicas	49

Tablas Bivariadas

Tabla N°24 el enfermero tiene comunicación con su familia y edad de la embarazada.....	50
Tabla N°25 zona de residencia y edad de la embarazada.....	51
Tabla N°26 nivel de formación y edad de inicio sexual.....	52
Tabla N°27 ingresos económicos y porque decidió tener a su hijo.....	53
Tabla N°28 edad de inicio sexual y edad de inicio menárquico.....	54
Tabla N°29 apoyo familiar y estado civil.....	55
Tabla N°30 acciones de prevención en el embarazo e ingresos económicos.....	56
Tabla N°31 cumplimientos de las indicaciones que dieron el equipo de salud y el enfermero le brindó información.....	57
Tabla N°32 cantidad de controles y en que trimestre del embarazo asistió al médico.....	58

CAPITULO I

Introducción

La siguiente investigación fue realizada en el servicio de Maternidad del segundo piso del Hospital “Luis Lagomaggiore” en el primer trimestre del 2012.

La problemática abordada se refiere a los controles prenatales en madres adolescentes los cuales consideramos son inadecuados por parte de las mismas. Lo que conlleva a consecuencias negativas para la madre e hijo.

Por otro lado desde el punto de vista de enfermería estudiaremos el Rol Enfermero como educador de este grupo de gestantes, las cuales necesitan una atención más especializada por parte de todo el equipo de salud, para proteger la vida de las madres adolescentes y la de su hijo.

Consideramos a estos controles esenciales, los cuales se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.

Descripción del Problema

El interés por el tema surge por un reiterado problema que hemos observado en nuestro lugar de trabajo.

Los controles prenatales en madres adolescentes son inadecuados por parte de las mismas. Lo que conlleva a consecuencias negativas para la madre e hijo.

Desde el punto de vista de enfermería y como parte del equipo de salud nos hemos propuesto avocarnos a la educación y evacuación de todas las dudas de estas adolescentes acompañándola para que la gestación no sea un problema.

En el último año hemos observado un aumento de embarazos de adolescentes que a la hora del trabajo del parto llegan al Hospital con los controles prenatales incompletos o nulos, lo que nos lleva a pensar en los motivos por los cuales se genera esta situación estudiar las causas sociales y económicas que causan este problema.

La investigación se llevara a cabo en el Hospital Luis Lagomaggiore en el servicio de maternidad del 2° piso, en el primer trimestre del año 2012.

La opinión acerca de los embarazos de adolescentes son diversas, entre los cuales podemos citar algunos:

“No es falta de información lo que provoca el aumento de embarazos, sino causas más profundas, relacionado con la escala de valores, de este grupo social; en estratos sociales bajos, lo culturalmente aceptado es que la mujer se embarace y sea madre para lograr un status social destacado.

Conciben la tenencia de un hijo, como el objetivo principal en la vida en su mayoría no estudian, no trabajan y provienen de familias desintegradas, son solteras o abandonadas por sus compañeros.¹

1 articulo DIARIO "El observador" Dra. Silvia Lima Directora de la Soc. Uruguaya de Ginecología de la Infancia y adolescentes

“Estamos viendo a chicas de entre 12 y 13 años embarazadas; esto ya no es raro en nuestra provincia. También es importante aclarar que no hay diferencia social, aunque las consecuencias para la madre y el niño son peores en los lugares más pobres de Mendoza”. Argumento la funcionaria SUSANA BRESKA, directora de Maternidad e Infancia de Mendoza.²

Según la representante de población (UNIFPA) DE LAS NACIONES UNIDAS, María Del Carmen Feijoo, advirtió que el índice de embarazos adolescentes va en aumento en Argentina y que la educación sexual en las escuelas es una de las principales herramientas para lograr que disminuya.³

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía. Recién después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de pos menarquía adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan.

Las afecciones maternas, perinatales y del RN son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menos de 15 años).

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Rol Enfermero, en la identificación de las causas socio- económicas- culturales – que influyen la falta de Controles Prenatales en embarazadas adolescentes que han sido atendidas en el Hospital Lagomaggiore, en el primer trimestre del año 2012?

² Diario los Andes- Informe Provincial de Embarazos de adolescentes- Mendoza 02-03-2010.

³ Informes de Naciones Unidas. La población Mundial- Diario Clarín 12-10-2005

OBJETIVOS GENERAL

Determinar el rol de enfermería en la identificación de causas socio-económicas-culturales, que originan la falta de controles prenatales en embarazadas adolescentes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1- Establecer el rol enfermero en el cuidado pre- natal de embarazadas adolescentes.
- 2- Identificar el perfil socio- económico- cultural de embarazadas.
- 3- Conocer las intervenciones enfermero, realizadas a las embarazadas en estudio.
- 4- Caracterizar al personal de enfermería.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

El propósito de este estudio es brindar un aporte al Sistema de Salud logrando aumentar los controles prenatales y el compromiso de las adolescentes embarazadas para disminuir los riesgos materno-infantiles.

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de Salud Pública importante. Afecta una gran parte sensible de la juventud es sumamente nociva para su salud, su desarrollo, su crecimiento personal y la funcionabilidad de la familia como principal célula de la sociedad.

Los riesgos pueden ser detectados con dichos controles prematuramente y así evitar tratamientos muy costosos para el sistema sanitario y situaciones dramáticas para las familias.

El conocimiento del enfermero es de suma importancia, y debe estar preparado para disipar todo temor de la paciente y a su familia.

Por otro lado posibilita al personal enfermería a profundizar en el conocimiento acerca del comportamiento de las adolescentes frente a los controles prenatales y contribuir a la solución de un problema de interés social.

Marco Teórico

Adolescencia

La OMS define como adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica” y fija sus límites entre los 10 y 20 años.⁴

Según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal, aumentan los temores por los dolores del parto. Se vuelven muy dependientes de su propia madre. No identifican a su hijo como un ser independientes de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

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

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género. Es muy común que “DRAMATICEN” la experiencia corporal y emocional haciéndola sentirse posesiva del feto. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de responsabilidad.

4 Prof. Dr. Juan R. Issier Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107
Agosto 2001.

Es la etapa donde ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividades sexuales

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja.

La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

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

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”

La adolescente tiene poca conciencia de salud.

No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para que sirvan y como se los realizaran.

Esta no ha elaborado aun la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer. Menos comprenderá el significado de tener un hijo.

Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir según sus deseos

También podemos decir que la adolescencia es una época de cambio. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un periodo de transición que tiene características peculiares.

No solo es la fase de cambios sicológicos, sino que también está llena de cambios físicos.

Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes de identidad y de una clara definición, que ya no son totalmente niños, pero tampoco son adultos.

La evolución que vive en esa etapa, los hace entrar en crisis, pues se encuentran en la búsqueda de su propia identidad, en el proceso de crear su propia personalidad.

Sobre el sexo podemos decir que los cambios físicos de la adolescencia pueden llegar a ser muy preocupantes para algunos, especialmente para los más tímidos y que no desean hacer preguntas al respecto.

Por otro lado, más de la mitad de los adolescentes tendrán su primera experiencia sexual antes de los 16 años. Aquellos que comienzan tempranamente con relaciones sexuales tienen un mayor riesgo de embarazos no deseados y de problemas de salud. Los riesgos de contraer HIV constituyen una preocupación adicional.

El apoyo sensible, una guía clara e información exacta acerca de estos diferentes aspectos de la sexualidad son muy apreciados por los adolescentes.

La mayoría de los adolescentes son muy cuidadosos a la hora de la elección de sus parejas. La promiscuidad sexual y la relación de riesgo repetitivas sin protección suelen ser signos de problemas emocionales.

Con respecto a la actitud emocional, cuatro de cada diez adolescentes en algún momento se han sentido tan triste que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos. Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede o no ser evidentes para los demás.

La ingesta alimenticia excesivas. La somnolencia y las preocupaciones excesivas sobre su apariencia física pueden ser también signos de malestar o inconformidad emocional. De forma más obvia, pueden aparecer fobia y ataques de pánico. Los estudios recientes han demostrado que los problemas emocionales del adolescente no suelen ser reconocidos ni siquiera por sus propios familiares o amigos.

Si nos referimos a los intereses que tienen los adolescentes, podemos decir que el descubrimiento de un mundo propio y de intereses personales induce a este a entusiasmarse con determinados ideales, los cuales se sienten predispuestos a admirar.

Aparece el descubrimiento del mundo de los valores. Y una última característica de los intereses de este grupo sería la inestabilidad, de acuerdo con la excitabilidad afectiva que padecen, cambian constantemente de intereses.

La importancia de la familia en la adolescencia

La adolescencia debe ser vista como un momento en la etapa evolutiva de la familia; una etapa de crisis y crecimiento tanto para el adolescente como para los padres y la familiar como una unidad.

Tradicionalmente, el estudio de la adolescencia ha considerado únicamente el desarrollo del joven como individuo y como pareja, también en desarrollo y las interacciones de los distintos grupos familiares en relación a la experiencia adolescente.

Esta etapa es un periodo de transición especialmente crítico e intenso en el ciclo vital familiar, marcado por inestabilidad y desequilibrio tanto en cada uno de sus miembros como en toda la familia, ya que todos están sometidos a los impactos del crecimiento y desarrollo.

El adolescente, en su tarea de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, desafía y cuestiona el orden familiar preestablecido. En su dicotomía independencia/ dependencia, el adolescente crea una inestabilidad y tensión en las relaciones familiares, lo que a menudo resulta en conflictos intensos que eventualmente pueden tornarse crónicos. Sin embargo, cierto grado de conflicto entre las generaciones es inevitable y necesario para permitir el cambio y promover el crecimiento individual y familiar.

El proceso evolutivo y familiar se desarrolla a través de la renegociación de las relaciones, con las siguientes modificaciones de roles y reglas de funcionamiento.

La familia, y en especial los padres, constituyen el principal sistema de apoyo para ellos.

Esta dimensión no debe ser olvidada a pesar de los conflictos y de la necesidad de los mismos de separarse y diferenciarse de la familia.

La familia es el grupo primario en el que los individuos aprenden las normas básicas de comportamiento humano y las expectativas sociales.

En dicho contexto, los valores y actividades son transmitidos a las generaciones futuras, dando a los individuos un sentido de historia y continuidad. El grupo familiar proporciona apoyo emocional y protección a sus miembros y les permite

su crecimiento y desarrollo, una función especialmente importante durante la etapa en cuestión.

A pesar de sus intentos de distanciamiento, y a veces agresiones, el joven necesita de la cercanía y disponibilidad de los padres.

A veces, sobre todo en presencia de pobreza u otras carencias sociales, resulta difícil reconocer a la familia como fuente de apoyo para el joven.

La capacidad de los progenitores de ser firmes, definiendo sus expectativas en forma clara, pero con flexibilidad y afecto, resulta esencial para crear un clima de seguridad y estabilidad para la experiencia exploratorio de él.

Embarazo en la adolescencia

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

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

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

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

Salvo que tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados.

Routi plantea que el embarazo en cualquier edad constituye un hecho bio-psico-social muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control tardío e insuficiente.

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

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía. Recién después de los 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva; por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de pos menarquía adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan.

Consecuencias de la maternidad y paternidad adolescente

El padre adolescente

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

Esta exclusión del varón provoca en el sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizados por parte de su familia o amistades que precipitaran su aislamiento si es que habían dudas.

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

1-Consecuencias para las adolescentes:-Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal.

-Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

2-Concecuencia para el hijo de la madre adolescente:

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer.

-También se han reportado una mayor incidencia de “muerte súbita”.

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

3-Concecuencia para el padre adolescente:-

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad.

Otras consideraciones a tener en cuenta

Psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes

El comportamiento sexual humano depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, podemos clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a) Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana.
- b) Sociedad Restrictiva: tiende a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo.

- c) Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad)
- d) Sociedad Alentadora: la cual el sexo es importante y vital para la felicidad.

Estratos Sociales

- a) Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.
- b) Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, en más común que tenga su hijo.

Control del Embarazo de la Adolescente

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano. Como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

En los países denominados desarrollados, constituyéndose aun en un importante problema de salud pública para el país.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

El equipamiento básico consiste un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con

cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológicos, espéculos vaginales, sistemas de registro clínico (carnet prenatal) y

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo.
- Diagnosticar la condición fetal.
- Diagnosticar la condición materna.
- Educar a la madre.

El control prenatal debe reunir obligatoriamente las siguientes características:

Previo: Debe iniciarse lo más pronto posible, tan pronto como la madre sabe que está gestando.

Periódico: Debe ser periódico y repetitivo. En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser:

- Hasta las 28 semanas de gestación mensuales.
- Desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación quincenales.
- A partir de las 36 semanas hasta el parto semanales.
- En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalos de tiempo entre cada control, siguiendo el criterio del médico.

Completo: Debe ser completo, es decir debe tomar en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada.

- Examen general de la gestante.
- Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto.
- Atención nutricional, aporte de hierro y otros oligoelementos y vitaminas.
- Atención odontológica.
- Atención sobre inmunizaciones, rubeola, tétanos, varicela, etc.
- Atención en su salud mental.

- Atención social y visitas domiciliarias, si es que lo necesita.
- Educación para la salud y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo.

También cabe preguntarse ¿Qué es un embarazo de bajo riesgo?

Este es un embarazo habitual, que tiende a ser normal, es una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella ni la de su bebé.

Y por otro lado ¿Qué es un embarazo de alto riesgo?

Es aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes o después del parto es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el producto de la gestación.

El diagnóstico de un embarazo de alto riesgo lo determinara su médico de acuerdo a las conclusiones de los antecedentes y examen físico realizados.

Al hablar de los controles prenatales podemos decir que la primera consulta es muy especial, por lo que la embarazada debe vencer la timidez de estar frente al médico (muchas mujeres así lo sienten), hasta exigirle al médico que responda a todas sus dudas.

El médico en la primera consulta se va a demorar, y primero tendrá que salir de la duda si es que la paciente está embarazada o no. Si fuera que está gestando le hará una serie de preguntas, la examinará totalmente, le pedirá una serie de exámenes auxiliares y hará interconsultas a otros especialistas si es que se necesita. Además le dará orientación, algunos medicamentos o suplementos nutricionales.

Dentro de los exámenes auxiliares que, le realizará están:

- Test de embarazo para confirmarlo, una prueba que dura pocos minutos.
- Examen de sangre: hemograma, hemoglobina (verificar si hay anemia), grupo sanguíneo y factor RH (descartar la incompatibilidad materno-fetal), glucemia, reacciones serológicas para sífilis, test de Elisa para HIV, dosaje de anticuerpos para rubeola, toxoplasmosis, y otras infecciones de interés.

- Examen completo de orina: en busca de infección urinaria en busca de albuminuria (para descartar eclampsia).
- Tomar muestra de secreciones vaginales, si fuera necesario.
- Test de citología (Papanicolaou) para descartar cáncer de cuello de útero, si fuera necesario.
- Una ecografía obstétrica, si ya ha pasado las 5 semanas de gestación.

Educación Materna.

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materna el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma.
- Nutrición materna.
- Lactancia y cuidados del recién nacido.
- Derechos legales.
- Orientación sexual.
- Planificación familiar.
- Preparación para el parto.

Signos y síntomas de alarmas: La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación, por lo tanto,

concurrir oportunamente al servicio obstétrico donde atenderá su parto. La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en la primera (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto) como en la segunda parte del embarazo (placenta previa, desprendimiento placentario), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario)

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidos por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la maternidad, y muy especialmente la contractibilidad uterina de pre termino.

Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

Nutrición Materna y embarazo

Uno de los aspectos relevantes del control prenatal es el diagnóstico, evaluación y manejo de la condición nutricional de la embarazada.

Es conocido el hecho de que el peso materno pre gestacional y la ganancia ponderal durante el embarazo influyen directamente sobre el peso fetal. Es así como el bajo peso y la obesidad materna se relaciona con recién nacidos pequeños y grandes para la edad gestacional respectivamente.

Requerimientos nutricionales de la embarazada

Existe consenso de que la mujer embarazada requiere un aporte nutricional mayor. Las recomendaciones nutricionales de la FAO/OMS muestran un aumento variable de todos los componentes nutricionales lo cual implicaría un cambio de las características de su dieta o recibir suplemento de algunos nutrientes siempre que este adecuadamente equilibrada.⁵

Sin embargo, en los países en desarrollo lo característico de dieta promedio es un bajo componente calórico y proteico, de ahí la importancia de los programas nacionales de alimentación complementaria a las embarazadas.

Calorías: Durante la gestación se produce un incremento del metabolismo anabólico, especialmente en el tercer trimestre. Esto está determinado por la presencia del feto y placenta en continuo crecimiento, aumento del trabajo mecánico externo dado por el mayor peso materno, aumento del trabajo mecánico interno dado por mayor uso de la musculatura respiratoria y del trabajo cardiaco. Todo esto implica un aumento del aporte calórico equivalente a un 13% de las necesidades pregestacionales.

Proteínas: Los requerimientos proteicos durante el embarazo se incrementan en promedio en un 12%. La acumulación total de proteínas en el embarazo es 925gr equivalente a 0,95/kg/día. Estos cambios del metabolismo proteicos están dados por una acelerada síntesis proteicas, necesarias para la expansión del volumen sanguíneo materno, el crecimiento de las mamas, del útero y muy especialmente el aumento de los tejidos fetales y placentarios. El aumento de ingesta de alimentos proteicos debe considerarse cuantitativa y cualitativamente. La concentración de aminoácidos esenciales en las proteínas de origen vegetal es de

5 FAO/OMS/ONU: Necesidades de energía y proteínas (1985)

50 a65% de lo ideal. Este concepto es especialmente importante en las recomendaciones nutricionales.

Hierro: La anemia por déficit de hierro constituye una patología nutricional de alta prevalencia en las embarazadas, debido a los importantes requerimientos de hierro durante el embarazo y a dietas pobres en este alimento, especialmente en las dietas de los países en desarrollo. Los requerimientos de hierro durante el embarazo son aproximadamente 1.000 mg estimándose 270 mg transferidos al feto, 90 mg a la placenta, 450 mg utilizados en la expansión materna y 170 mg de pérdida externa. La suplementación con hierro debe iniciarse precozmente en el primer trimestre.

Debemos recordar que la ingesta de hierro puede producir intolerancia gástrica estado nauseoso, constipación y coloración oscura de las deposiciones. Para su mejor absorción debe ingerirse con el estomago vacío (entre las comidas) con una bebida cítrica y evitar la ingesta con leche o té que bloquea casi totalmente la absorción enteral.

Calcio: El embarazo produce modificaciones del metabolismo del calcio, dado por la expansión del volumen plasmático, disminución de la albuminemia, aumento de las pérdidas por orina y la transferencia a través de la placenta que llevan a una disminución del calcio iónico. Con fines de mantener la estabilidad se produce un aumento de la hormona paratiroidea. La placenta transporta activamente el calcio hacia el feto, con una acumulación neta de 30 gr al término de la gestación, estando casi todo en el esqueleto fetal. En un 90 % esta acumulación acontece en el tercer trimestre. El esqueleto materno puede dañarse solo en circunstancias nutricionales de extremo déficit de aporte de calcio o escasa exposición solar. Con dieta balanceada y exposición solar habitual los mecanismos compensadores evitan el daño óseo materno.

La leche de vaca proporciona 125 mg de calcio por 1.000 ml de ahí que una madre que pueda ingerir entre 750 – 1.000 cc de leche diarios. Más otros

productos lácteos adicionales, cumplen adecuadamente con los requerimientos necesarios para un buen desarrollo del esqueleto fetal.

En embarazadas con intolerancia a la leche por déficit de lactosa se recomienda un aumento de otros nutrientes con alto contenido en calcio como carnes, yogurt, quesos o leche con bajo o nulo contenido de lactosa y suplemento medicamentoso de calcio.

Vitaminas: Las embarazadas que tienen acceso a una dieta balanceada no requieren de suplementos adicionales de vitaminas. Todas las vitaminas aumentan sus requerimientos durante la gestación especialmente ácido fólico y vitamina D, los cuales alcanzan un 100% de aumento. En el resto de las vitaminas su mayor requerimiento es inferior al 100%.

El consumo excesivo de vitaminas condiciona un potencial riesgo perinatal, especialmente con las vitaminas liposolubles como son la vitamina A y D que cuyas madres han ingerido entre 40.000 y 50.000 UI de vitamina A durante el embarazo, incluso dosis inferiores pueden producir alteraciones conductuales y de aprendizaje en la vida futura.

El consumo de grandes dosis de vitamina D se asocia a malformaciones cardíacas del feto particularmente la estenosis aórtica, la cual se ha descrito con dosis de 4.000 UI, una normal exposición a la luz solar permite una adecuada síntesis de vitamina D y no sería necesario suplementar con medicación.

Lactancia y cuidados neonatales: simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñaran aspectos básicos de cuidados neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc.)

Derechos legales: El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente.

Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aun cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, nos lo solicite.

- Certificado de leche.
- Certificado de asignación familiar.
- Licencia de descanso prenatal.

Orientación sexual: los contenidos de este objetivo debe ser dado a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Esta especialmente contraindicada en metrorragia, como la placenta previa y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

Planificación familiar: se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizadas y consolidados en el primer control puerperal.

Preparación para el parto: la atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuales deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los periodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipo de partos.

Exámenes de laboratorios que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

- Grupo sanguíneo.
- Urocultivo.
- VDRL.
- Hematocrito.
- HIV.
- Glucemia.
- Albuminuria.

- Papanicolaou.
- Ecografía.

Grupo sanguíneo: Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (banco de sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema A, B, O y RH de la madre, y coombs indirecto. Si se detecta que la paciente es RH negativo se maneja de acuerdo a normativa respectiva. Si la madre es RH positivo con coombs indirecto positivo, se procederá a identificar a que sistema sanguíneo pertenece al anticuerpo detectado.

Rol del Enfermero

La esencia de la naturaleza de Enfermería y el papel fundamental del ejercicio profesional de la enfermera es:

El cuidado del Ser Personal y de la vida humana individual y colectiva a través de todo su proceso evolutivo y el cuidado del entorno físico y social en el cual se van desarrollando las personas y la vida de los individuos y de las comunidades.

Por otro lado la atención de enfermería no está en el proceso de Salud-Enfermedad sino en el bienestar integral de la persona, de la familia y la población y en la calidad de vida de ellos.

La enfermedad es solo un evento negativo en el proceso de la vida y, aunque la afecta de diversas maneras, no constituye una situación permanente durante toda su vida, ni es el flagelo que azota constantemente la vida familiar y colectiva.

El profesional de Enfermería no está para ayudar a potenciar la práctica de las profesiones afines, sino que está en función del sujeto que recibe su cuidado, persona humana, familia, comunidad, colectivo social.

El personal de Enfermería, independientemente del servicio donde se halle, hospitalario y comunitario, siempre debe manejar simultáneamente aspectos clínicos y sociales.

La atención de enfermería no desintegra la persona de su realidad bio-síquica-cultural espiritual indivisible, ni lo separa de su contexto personal, familiar, y comunitaria.

Cualquiera sea el trabajo que desempeñe, esta frente al proceso de la vida humana.

La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar.

Se describe la función educativa que realiza la enfermera frente a la embarazada y su familia, los objetivos de tal educación, las circunstancias en las que se puede realizar, las distintas metodologías de trabajo.

Se considera el gran aporte que la enfermera realiza con su labor constante y a veces imperceptible en el fomento y desarrollo de la salud materna y el fortalecimiento de la relación madre-hijo y del bienestar familiar.⁶

Enfermería en maternidad, es el cuidado que la enfermera presta a la futura madre durante el embarazo, así como a su hijo, durante el parto y el puerperio. También incluye ayuda al médico en la asistencia que el brinda durante este periodo.

Enfermería requiere establecer con los gestantes y sus familias una relación de confianza y entendimiento, reconocer las necesidades y los problemas y actuar en base a conocimientos, juicios, medios disponibles y recursos para crear de esta manera un clima de armonía y seguridad.

El fin de la asistencia de enfermería es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo y el parto con molestias mínimas, salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible.⁷

6 Asociación Argentina de Perinatología Bs As 1995.

7 Bethea. Enfermería Materno Infantil México Interamericana 1977

Toda la vida de la mujer es modificada por el embarazo dieta, vestido, aspectos y sentimientos, respuesta y deseos sexuales, trabajo, actividades sociales y recreativas, descanso y sueño, relaciones con su familia y sus amistades, vida diaria y planes a largo plazo.

En las acciones más simples que enfermería realiza, como ser el control de peso, talla, de tensión arterial, el de ayudar al obstetra en el examen ginecológico, la enfermera debe recordar que esta puede ser una nueva experiencia para la embarazada y que puede tener miedo de lo que se le hará, debiendo explicar los procedimientos antes de que se lleven a cabo.

Al ayudar a la madre a subir a la camilla de exámenes y ponerla en la posición adecuada, se debe evitar la exposición innecesaria del cuerpo de la gestante indicándole que cuando el médico la examine, respire normalmente y mantenga la espalda contra la camilla.

1) Definiciones de Términos

ROL ENFERMERO: Es el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera de estas profesionales, centrándose en el cuidado de la vida humana, a través de todas las etapas de vida del individuo, sin dejar de lado la atención a la comunidad y familia, este rol se lleva a cabo a través de las siguientes funciones: Asistencial, Administrativa, Educativa y de Investigación.

Factores Sociales: Se refiere a los parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno.

Factores Económicos: Afectan al poder de compra y el patrón de gastos de los entornos.

Factores Culturales: Todas las actividades propias, las costumbres y creencias de una comunidad que se va a ver afectada por el desarrollo del mismo.

Controles Prenatales: Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevención, diagnósticos y tratamiento de factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Preparación física y psíquica de la madre para el parto y cuidado del RN.

Embarazo Adolescentes: Es aquel que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad.

Variables

- **Variables Independientes:** Causas sociales, económicas, culturales.
- **Variables Dependientes:** Rol enfermero en controles prenatales en adolescentes embarazadas.
- **Variables Teóricas:** Causas A) Sociales B) Económicas C) Culturales.
- **Variables Intermedias:** Ingresos económicos, nivel de instrucción, clase social, estado civil.
- **Variables empíricas:** Nivel de ingresos: altos- medios- bajos- nulos.

Nivel de instrucción: primario completo- secundario completo- terciario completo- universitario completo.

Clase social: alta- media- baja.

Estado civil: casada- separada- soltera- pareja.

CAPITULO II

Hipótesis

El Rol Enfermero, se limita solamente a la parte asistencial dejando de lado la educación de la salud.

Diseño Metodológico

El siguiente estudio es de tipo cuantitativo ya que sus variables son medibles

Tipo de investigación: Explicativo- transversal - de campo

De acuerdo a su alcance: será transversal ya que la investigación se toma en un lapso determinado primer trimestre del año.

De acuerdo a su amplitud: será micro sociológicas por que se toma un grupo pequeño.

De acuerdo a su profundidad: será explicativo y descriptivo.

De acuerdo a las fuentes: serán primarias por qué se debe realizar encuestas.

De acuerdo al lugar: será de campo observa el fenómeno en su ambiente natural.

El universo: Está constituido por la totalidad de 15 enfermeras que integran el plantel de enfermería del servicio de la sala de maternidad del primer piso del Hospital Lagomaggiore, y las pacientes que estuvieron internadas en el primer trimestre del año.

No se trabaja con muestra

Área de estudio: la investigación se desarrollara en el Hospital Lagomaggiore en el servicio de maternidad del segundo piso sala.

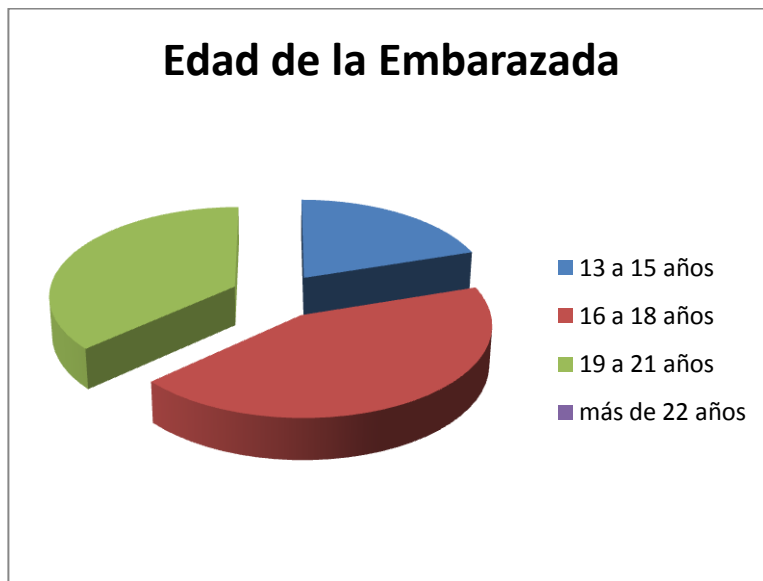
Método o Instrumento de Recolección de Datos:

- 1- Encuesta

TABLA N° 1 Edad de la Embarazada

GRAFICO N° 1

	F	F %
13 a 15 años	6	20%
16 a 18 años	13	43,33%
19 a 21 años	11	36,66%
Más de 22 años	0	0%
TOTAL	30	100%



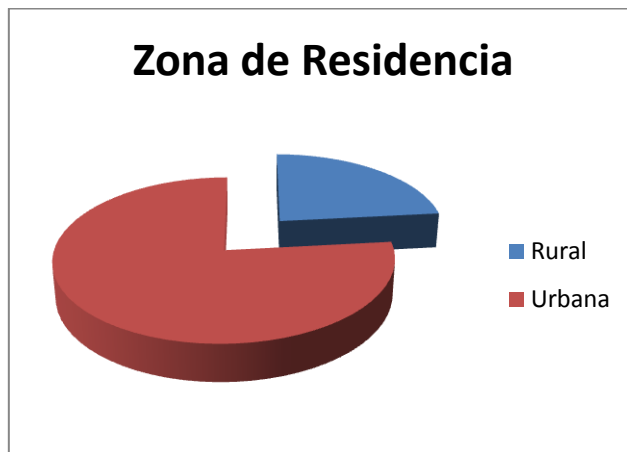
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: Las probabilidades de la mujeres embarazadas adolescentes de 13 a 15 años es del 20%, entre 16 a 18 años es del 43,33%, entre 19 a 21 años es de 36,66%, y más de 22 años es del 0%. El 53% de las embarazadas son menores de 18 años.

TABLA N° 2 Zona de residencia.

	F	F%
Rural	7	23,33%
Urbana	23	76,66%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 2



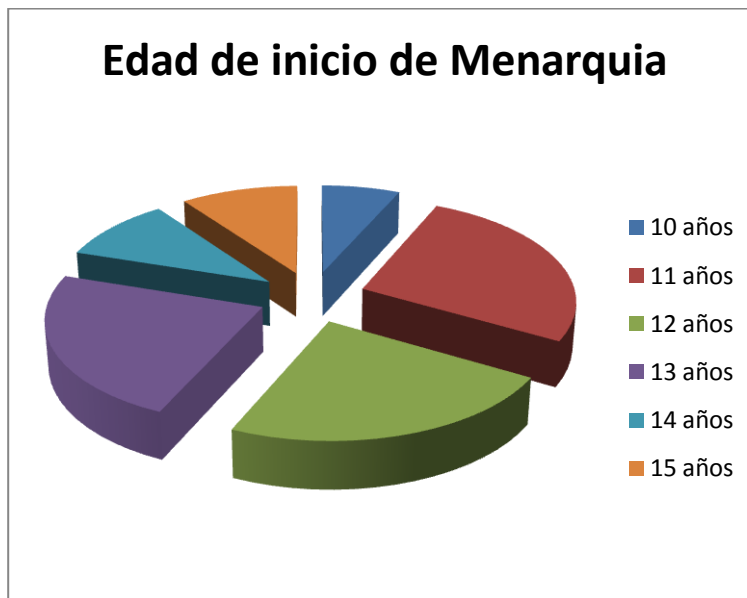
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: En Zonas Urbanas el porcentaje de las mujeres embarazadas adolescentes es del 76,66% y en Zonas Rurales es del 23,33%.

TABLA N° 3 Edad de Inicio de Menarquia

	F	F%
11 años	10	33,33%
12 años	7	23,33%
13 años	7	23,33%
14 años	3	10%
15 años	3	10%
Más	0	0%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 3



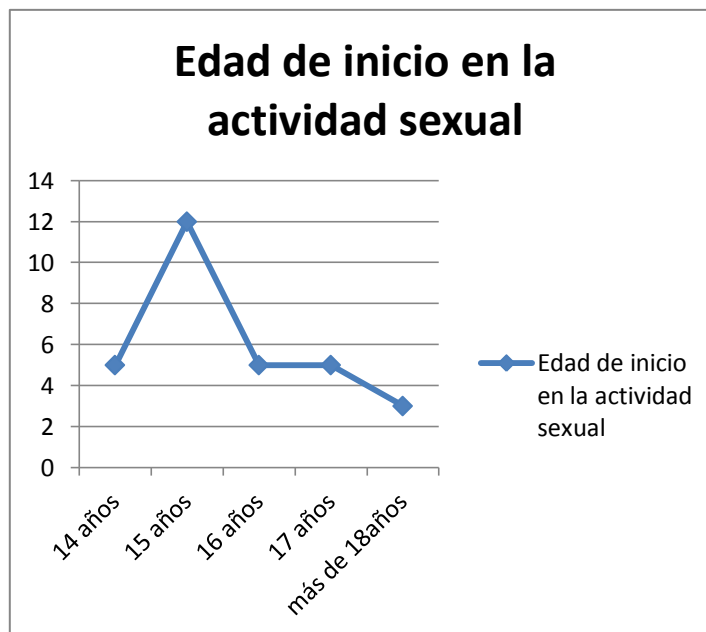
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012

Comentario: El porcentaje de inicio de Menarquía a partir de los 11 años es del 33,33%, a los 12 años es del 23,33%, a los 13 años es del 23,33%, a los 14 años es del 10%, a los 15 años es del 10% y más de 15 años es del 0%.

TABLA N° 4 Edad de inicio en la actividad sexual

	F	F%
14 años	5	16,67%
15 años	12	40%
16 años	5	16,67%
17 años	5	16,67%
Más de 18 años	3	10%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 4



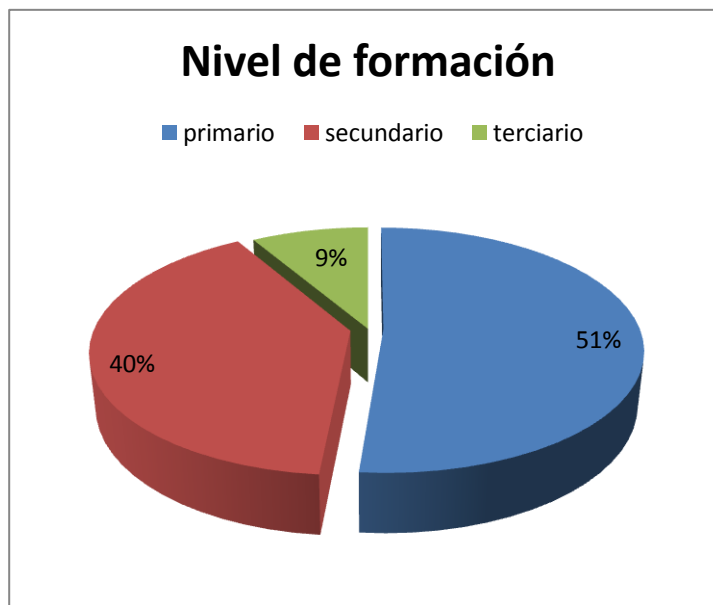
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: El inicio en la actividad sexual a partir de los 14 años es del 16,67%, a los 15 años es del 40%, a los 16 años es del 16,67%, a los 17 años es del 16,67% y más de 18 años es del 10%.

TABLA N° 5 Nivel de formación

	F	F%
Primario	17	56,67%%
Secundario	10	33,33%
Universitario	3	10%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 5



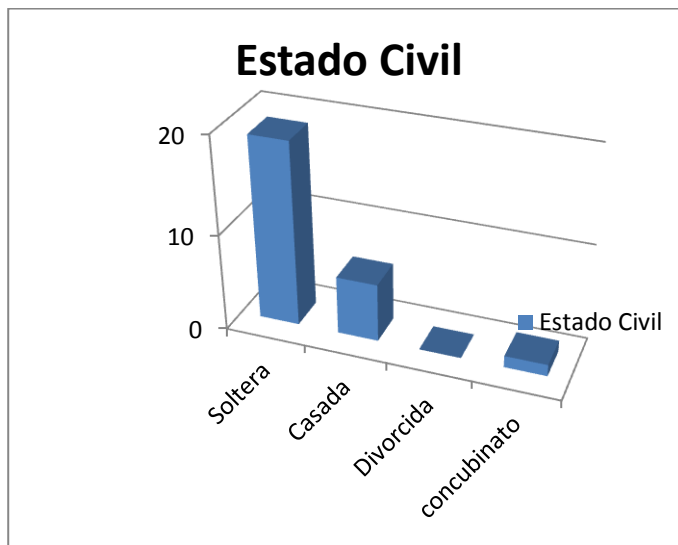
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: El nivel de formación en el nivel secundario es del 33,33%, el nivel secundario es del 56,67% y el nivel universitario es del 10%.

TABLA N° 6 Estado Civil

	F	F%
Soltera	19	63,33%
Casada	6	20%
Divorciada	0	0%
Concubinato	5	16,67%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 6



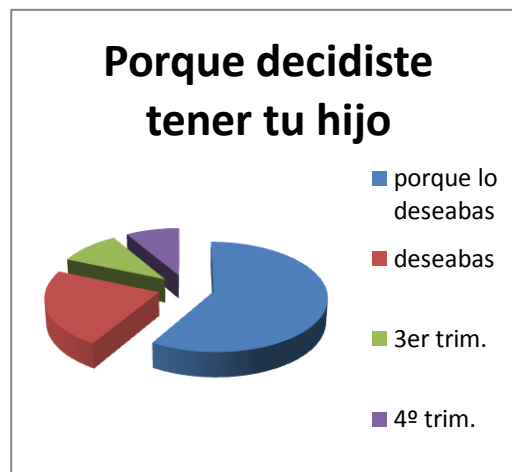
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: El estado civil de solteras es del 63,33%, casadas es del 20%, divorciadas es del 0% y concubinato es del 16,67%.

TABLA N° 7 Porque decidiste tener tu hijo

	F	F%
Porque lo deseabas	8	26,67%
Porque quedaste embarazada	12	40%
Tenias miedo de hacerte una extracción	4	13,33%
No me di cuenta a tiempo	2	6,67%
Tenía miedo de decírselo a tus padres	4	13,33%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 7



Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: El porcentaje de las mujeres que deseaban tener un hijo es del 26,67%, de las mujeres que quedaron embarazadas es del 40% de la mujeres que tuvieron miedo de hacer una extracción es del 13,33%, de las mujeres que no se dieron cuenta es del 6,67%, y de las mujeres que tuvieron miedo de decírselo a los padres es del 13,33%.

TABLA N° 8 Tuviste apoyo familiar

	F	F%
Si	25	83,33%
No	5	16,67%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 8



Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: El porcentaje de las mujeres embarazadas que tuvieron apoyo familiar es del 83,33% y las que no tuvieron apoyo familiar es del 16,67%.

TABLA N° 9 Ingresos económicos

	F	F%
1000	13	43,33%
2000	10	33,33%
3000	3	10%
Más de 3000	4	13,33%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 9



Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: El ingreso económico de las mujeres embarazadas de 1000 es del 43,33%, de 2000 es del 33,33%, de 3000 es del 10% y más de 3000 es del 13,33%.

TABLA N° 10 Alguien te hablo de educación sexual

	F	F%
Si	26	86,67%
No	4	13,33%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 10



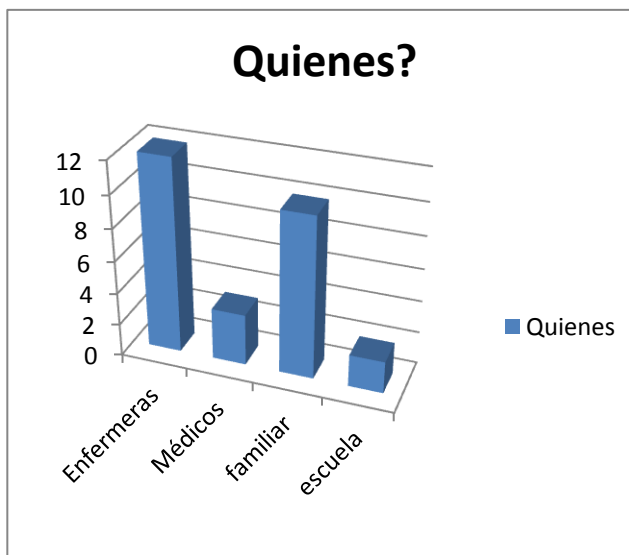
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1ºtrimestre del año 2012.

Comentario: El 86,67% del porcentaje si tuvieron educación sexual y el 13,33% no tuvieron educación sexual.

TABLA N° 11¿Quienes?

	F	F%
Enfermeras	13	43,33%
Médicos	7	23,33
Familiar	10	33,33%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 11



Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1ºtrimestre del año 2012.

Comentario: El 43,33% de las mujeres embarazadas tuvieron información por parte de las enfermeras, el 23,33% por médicos, el 33,33% por parte de la familia.

TABLA N° 12 Información sobre anticonceptivos

	F	F%
Si	19	63,33%
No	11	36,76%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 12



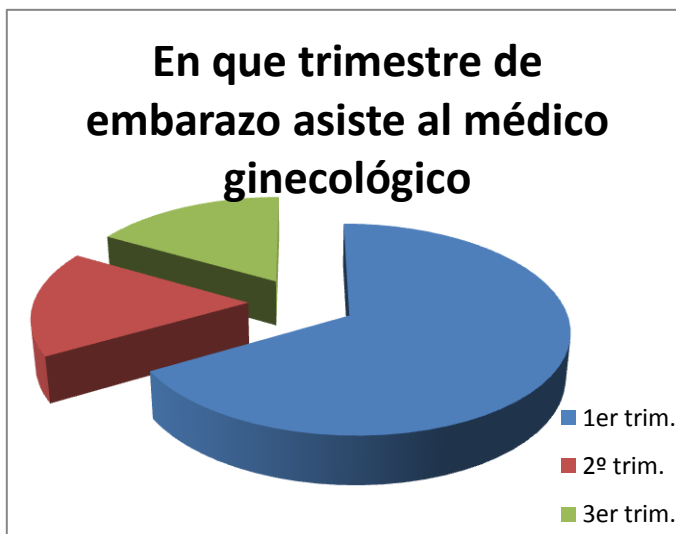
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1ºtrimestre del año 2012.

Comentario: El 63,33% tuvieron información anticonceptivos y el 36,76% no la tuvieron, las mujeres embarazadas.

TABLA N° 13 En que trimestre de embarazo asististe al médico ginecológico

	F	F%
1º Trimestre	20	66,67%
2º Trimestre	5	16,67%
3º Trimestre	5	16,67%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 13



Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1ºtrimestre del año 2012.

Comentario: En el primer trimestre asistieron el 66,67%, en el segundo trimestre el 16,67% y en el tercer trimestre asistieron el 16,67%.

TABLA N° 14 Que estudios te realizaste en el embarazo

	F	F%
Análisis	24	44,44%
Ecografía	24	44,44%
Colposcopia y Pap	6	11,11%
TOTAL	54	100%

GRAFICO N° 14



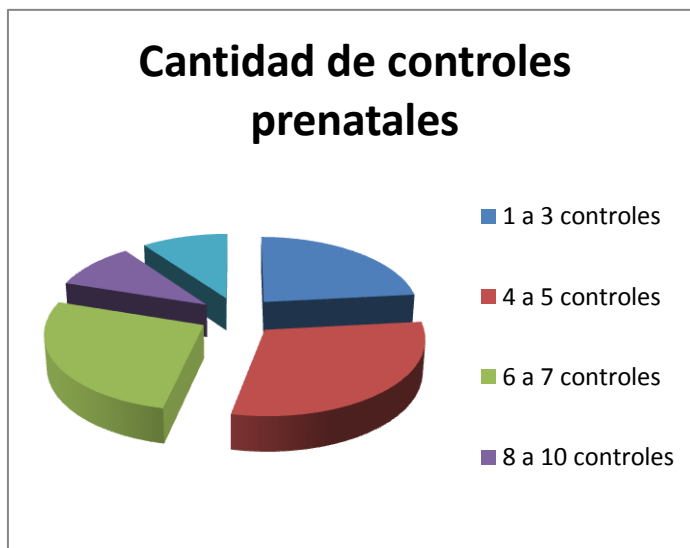
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1° trimestre del año 2012.

Comentario: Los estudios en análisis fue del 44,44%, ecografía 44,44% y los estudios de colposcopia y Pap fue del 11,11%.

TABLA N° 15 Cantidad de controles Prenatales

	F	F%
1 a 3 controles	7	23,33%
4 a 5 controles	9	30%
6 a 7 controles	8	26,67%
8 a 10 controles	3	10%
Más de 10 controles	3	10%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 15



Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

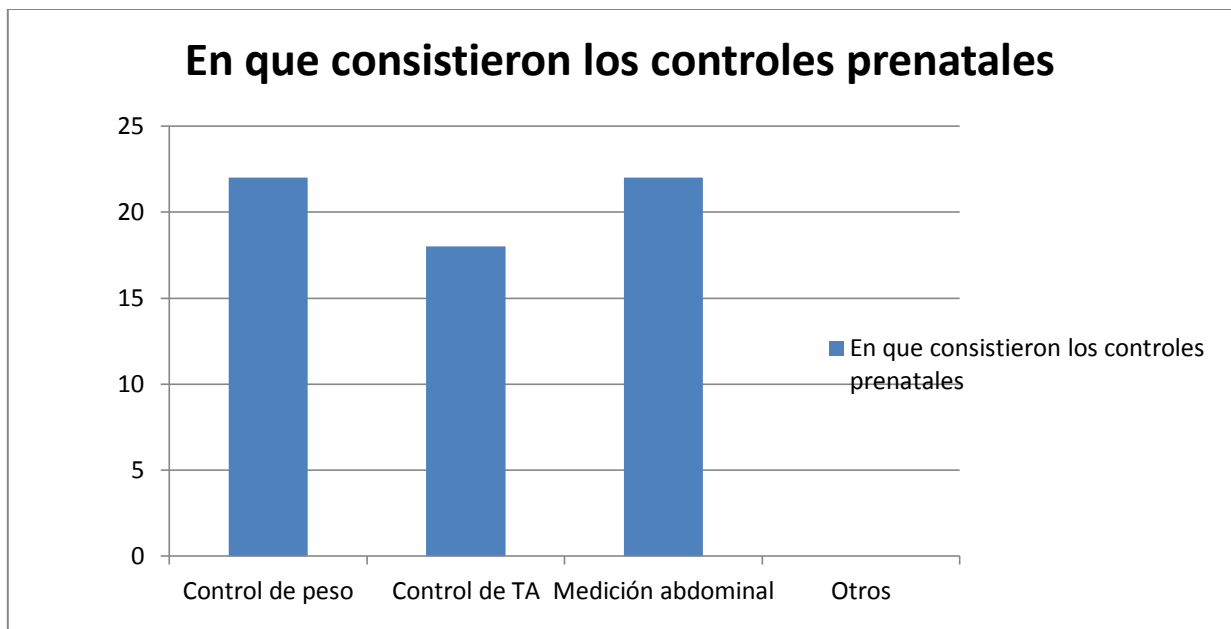
Comentario: La cantidad de controles prenatales entre 1 a 3 es del 23,33%, de 4 a 5 controles es del 30%, de 6 a 7 26,66%, de 8 a 10 controles es del 10% y más de 10 controles es del 10%.

TABLA N° 16 En que consistieron los controles prenatales

	F	F%
Control de peso	22	35,48%
Control de TA	18	29,03%
Medición abdominal	22	35,48%
Otros	0	0%
TOTAL	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

GRAFICO N° 16

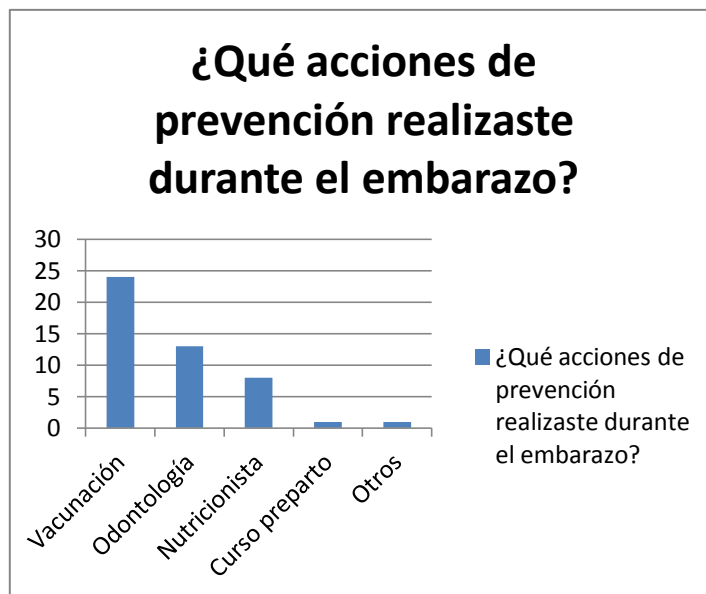


Comentario: Los controles prenatales en control de peso fue del 35,48%, control de TA 29,03%, medición abdominal fue de 35,48% y otros del 0%.

Tabla Nº 17 ¿Qué acciones de prevención realizaste durante el embarazo?

	F	F%
Vacunación	24	51,065
Odontología	13	27,66%
Nutricionista	8	17,02%
Curso parto	1	2,13%
Otros	1	2,13%
Total	47	100%

GRAFICO Nº 17



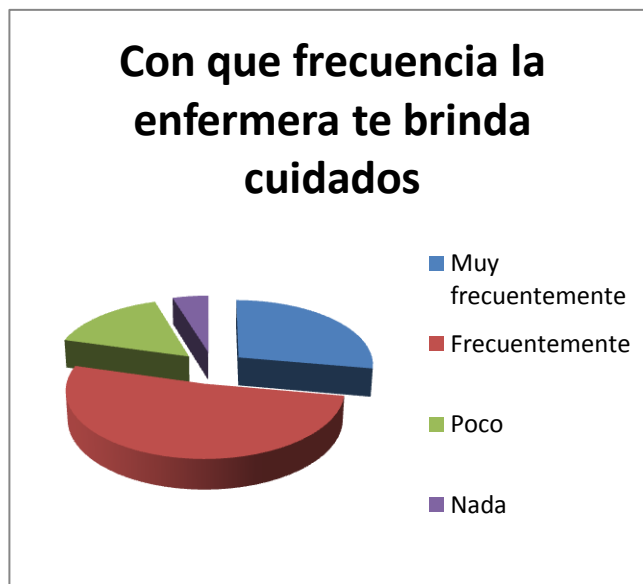
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012

Comentario: Las prevenciones que se realizó durante en el embarazo en vacunación fue del 51,06%, odontología 27,66%, nutricionista 17,02%, curso de parto fue del 2, 13% y otros 2,13%

TABLA N° 18 Con qué frecuencia la enfermera te brinda cuidados

	F	F%
Muy frecuentemente	10	33,33%
Frecuentemente	13	43,33%
Poco	5	16,67%
Nada	2	6,67%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 18



Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1° trimestre del año 2012.

Comentario: El porcentaje de las enfermeras brindan cuidado muy frecuente es del 33,33%, frecuentemente es del 43,33%, poco el porcentaje es del 16,67%, y nada es del 6,67%.

TABLA N° 19 El enfermero tiene comunicación con tu familia

	F	F%
Siempre	8	26,67%
Casi siempre	12	40%
A veces	5	16,67%
Nunca	5	16,67%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 19



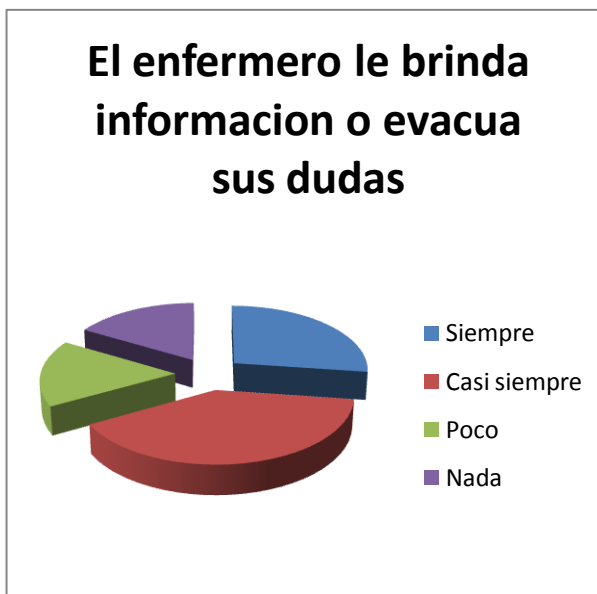
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: El 26,67% el enfermero siempre tiene comunicación con la familia, el 40% casi siempre, a veces el 16,67%, y nunca 16,67%.

TABLA N° 20 El enfermero le brinda información o evacua sus dudas

	F	F%
Siempre	8	26,67%
Casi siempre	12	40%
poco	5	16,67%
Nada	5	16,67%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 20



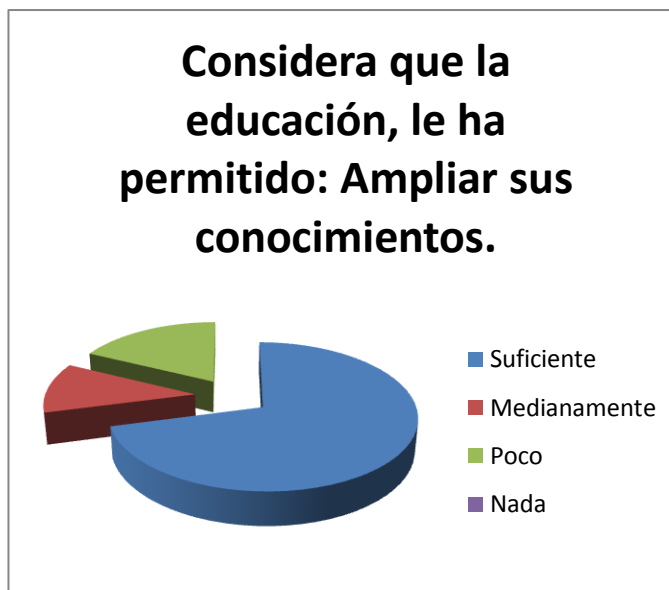
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1° trimestre del año 2012.

Comentario: El enfermero brinda información o evacua sus dudas siempre el 26,67% siempre, el 40% casi siempre, poco el 16,67% y nada 16,67%.

TABLA N° 21 Considera que la educación, le ha permitido: ampliar sus conocimientos.

	F	F%
Suficiente	20	66,67%
Medianamente	6	20%
Poco	4	13,33%
nada	0	0%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 21



Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: El porcentaje que la educación ha permitido ampliar los conocimientos suficiente es del 66,67%, medianamente es del 20%, poco el 13,33% y nada el 0%.

TABLA N° 22 Manejar sus miedos

	F	F%
Suficiente	15	50%
Medianamente	13	43,33%
Poco	2	6,67%
Nada	0	0%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 22



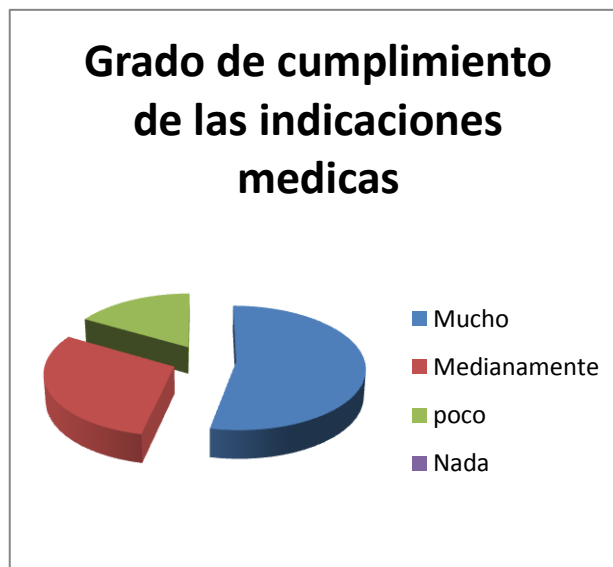
Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: El 50% pudo manejar sus miedos, el 43,33% medianamente, el 6,67% poco y nada el 0%.

TABLA N° 23 Grado de cumplimiento de las indicaciones medicas

	F	F%
Mucho	16	53,33%
Medianamente	9	30%
Poco	5	16,67%
Nada	0	0%
TOTAL	30	100%

GRAFICO N° 23



Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: El grado de cumplimiento de las indicaciones medicas son las siguientes: mucho es del 53,33%, 30% medianamente, poco es del 16,67 y nada es del 0%.

TABLAS BIVARIADAS

TABLA N° 24: el enfermero tiene comunicación con su familia y edad de la embarazada.

El enfermero tiene comunicación con su familia	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	F	Fr%
Edad de la embarazada						
13 a 15	1	3	1	1	6	20%
16 a 18	2	6	2	3	13	43.3%
19 a 21	5	3	2	1	11	36.6%
F	8	12	5	5	30	100%

Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: podemos decir que la comunicación enfermero – familia se produce en mayor cantidad en adolescentes entre 16 y 21 años y en menor porcentaje en adolescentes de 13 y 15 años.

TABLA N° 25: zona de residencia y edad de la embarazada.

Edad de la embarazada	Urbana	Rural	F	Fr%
13 a 15	5	1	6	20%
16 a 18	8	5	13	43.3%
19 a 21	10	1	11	36.6%
F	23	7	30	100%

Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: entre estas dos variables observamos que la mayor cantidad de adolescentes embarazadas residen en zona urbana y un bajo porcentaje en zona rural.

TABLA N° 26: nivel de formación y edad de inicio sexual.

Nivel de formación	Primario	Secundario	Universitario	F	Fr%
Edad de inicio sexual					
14	4	1	1	6	20%
15	7	5	0	12	40%
16	1	2	2	5	16.3%
17	1	2	2	5	16.3%
Más	2	0	0	2	6.6%
F	15	10	5	30	100%

Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: observamos que es mayor el porcentaje en adolescentes de 15 años el inicio sexual, solo pudiendo terminar su nivel de formación primario.

TABLA N° 27: ingresos económicos y porque decidió tener a su hijo.

Ingresos económicos	1000	2000	3000	Más	F	Fr%
Porque decidió tener su hijo						
Porque lo deseaba	5	0	1	2	8	26.6%
Porque quede embarazada	4	4	2	2	12	40%
Miedo a una extracción	1	3	0	0	4	13.3%
No me di cuenta a tiempo	1	1	0	0	2	6.6%
Miedo de decirles a mis padres	2	2	0	0	4	13.3%
Otras	0	0	0	0	0	0%
F	13	10	3	4	30	100%

Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: Podemos observar que las embarazadas de menor ingreso económico son las que manifiestan que decidieron tener a su hijo solo porque quedaron embarazadas.

TABLA N° 28: edad de inicio sexual y edad de inicio menarquico

Edad de inicio sexual Edad de inicio menarquico	14	15	16	17	Más	F	Fr%
11	5	1	2	2	0	10	33,3%
12	0	4	2	1	0	7	23.3%
13	0	6	0	1	0	7	23.3%
14	0	0	1	1	1	3	10
15	0	1	0	0	2	3	10%
Más	0	0	0	0	0	0	0%
F	5	12	5	5	3	30	100%

Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: observamos que la edad del inicio menarquico es de un 33.3% son adolescentes de 11 años, y que la mayor cantidad de adolescentes se inician sexualmente a los 15 años.

TABLA N° 29: apoyo familiar y estado civil.

Apoyo familiar	Si	No	F	Fr%
Estado civil				
Soltera	17	2	19	63.3%
Casada	3	2	5	16.3%
Divorciada	0	0	0	0%
Otros	5	1	6	20%
F	25	5	30	100%

Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: podemos decir que el mayor número de adolescentes embarazadas son solteras y que cuentan con un 63.3% con el apoyo familiar.

TABLA N° 30: acciones de prevención en el embarazo e ingresos económicos.

Acciones de prevención en el embarazo	Vacunación	Odontología	Nutricionista	Curso Parto	Otros	F	Fr%
Ingresos económicos							
1000	12	6	5	1	1	25	53.1%
2000	6	2	2	0	0	10	21.2%
3000	3	2	0	0	0	5	10.6%
Más	3	3	1	0	0	7	14.8%
F	24	13	8	1	1	47%	100%

Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: se puede observar que entre estas dos variables el grupo de menor ingreso económico realiza la mayor cantidad de acciones en prevención durante el embarazo.

TABLA N° 31: cumplimiento de las indicaciones que dio el equipo de salud y el enfermero le brindo información.

Cumplimiento de las indicaciones que dio el equipo de salud El enfermero le brindo información	Mucho	Medianamente	Poco	Nada	F	Fr%
Siempre	7	1	0	0	8	26.6%
Casi siempre	6	6	0	0	12	40%
Poco	3	1	1	0	5	16.3%
Nada	0	1	4	0	5	16.6%
F	16	9	5	0	30	100%

Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1° trimestre del año 2012.

Comentario: Podemos decir que entre las embarazadas encuestadas refieren que siempre reciben información por parte de los enfermeros y que el 40% cumplen con las indicaciones dadas por el equipo de salud.

TABLA N° 32: cantidad de controles y en que trimestre del embarazo asistió al médico.

Cantidad de controles	1 a 3	4 a 5	6 a 7	8 a 10	Más	F	Fr%
En que trimestre del embarazo asistió al médico							
1er trimestre	2	8	6	2	2	20	63.3%
2do trimestre	2	1	2	0	0	5	16.3%
3er trimestre	3	0	0	1	1	5	13.3%
F	7	9	8	3	3	30	100%

Fuente: datos obtenidos de la sala de maternidad segundo piso, del Hospital Luis Lagomaggiore 1º trimestre del año 2012.

Comentario: Podemos observar que en el primer trimestre se han realizado los mayores números de controles, con un total de 63.3%

Resultado de la Encuesta

Para el presente estudio se entrevistaron a 30 adolescentes embarazadas, internadas en el servicio de Maternidad del segundo piso del Hospital "Luis Lagomaggiore", encontrando los siguientes resultados.

Condiciones socio- demográficas de las adolescentes embarazadas estudiadas, se encontró que el 63% (19) de las adolescentes tenían entre 13 a 18 años y el 36% (11) entre 19 a 21 años. Ver tabla N°1.

En relación a la residencia de las adolescentes, el 100% (23) vive en zona urbana (7) en zona rural. Ver tabla N°2.

En relación al inicio menarquico, se encontró que el 80% de las adolescentes estudiadas tenían entre 11 a 13 años y el 20 % restante de 14 a 15 años. Ver tabla N°3.

Respecto a la edad en que las adolescentes iniciaron su vida sexual se encontró que 56% la iniciaron entre los 14 y 15 años y el 44% la iniciaron después de los 16 años. Ver tabla N°4.

El nivel de formación de las adolescentes fue, 57% nivel primario, 33% nivel secundario y solo el 10% universitario. Ver tabla N°5

Estado civil de las adolescentes estudiadas el 63% son solteras, 20% son casadas y el 17% viven en unión libre. Ver tabla N°6.

En relación con el embarazo actual, porque decidiste tener tu hijo, se encontró que el 40% porque quedaste embarazada, el 27% porque lo deseaba, el 13% tenía miedo de hacerse una extracción, 13% tenía miedo de decírselos a sus padres, 7% no se dio cuenta a tiempo. Ver tabla N°7.

Con respecto al apoyo familiar el 83% de las adolescentes tuvieron el apoyo familiar y el 17% restante no. Ver tabla N°8.

El ingreso económico mensualmente en los hogares de las adolescentes fue el 43% de 1000 pesos, el 33% de 2000 pesos y el 10% de 3000 pesos y más de 3000 el 13%. Ver tabla N°9

En relación a la educación sexual si tenían conocimiento el 87% no tenían conocimiento el 13%. Ver tabla N°10.

En relación a quienes le brindaron información, el 43% fueron enfermeros el 33% familiares y el 23% médicos. Ver tabla N°11.

Con respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos el 63% de las adolescentes tenían conocimiento y el 37% no. Ver tabla N°12.

En relación a la edad gestacional que se captaron las adolescentes embarazadas fue, en el 1er trimestre el 67% en el 2do trimestre 17% y en el 3er trimestre el 17%. Ver tabla N°13.

Los estudios realizados durante el embarazo fueron un 44% análisis, el 44% ecografías, 11% colposcopia y Pap. Ver tabla N°14.

Con respecto al número de controles prenatales que acudieron las adolescentes. De 1 a 3 controles el 23%, de 4 a 5 controles el 30%, de 6 a 7 controles el 27%, de 8 a 10 controles el 10% y más de 10 controles el 10%. Ver tabla N°15.

En relación a la apreciación de la calidad de la atención, el enfermero le brinda información o evacua sus dudas, un 27% siempre un 40% casi siempre y en un 17% poco y un 17% nada. Ver tabla N°20.

Con respecto a la educación, le ha permitido: ampliar sus conocimientos el 67% fue suficiente el 20% medianamente y el 13% poco. Ver tabla N°21

En relación al cumplimiento de las indicaciones médicas, mucho el 53% medianamente el 30% y poco el 17%. Ver tabla N°23.

Discusión

El embarazo en adolescentes es en la actualidad un problema de salud pública y va en aumento.

El embarazo en la adolescencia independientemente de la edad, constituye un riesgo para la madre como para el hijo, los resultados obtenidos por la presente investigación, donde la edad más afectada y más frecuente fue entre los 13 y 18 años.

Actualmente la menarquia se inicia alrededor de los 11 a 13 años lo que conduce a las adolescentes sean más fértiles, a una edad menor, esto asociado a que la adolescente no sean capaces de entender todas las consecuencias de iniciar la actividad sexual precozmente, la necesidad de probar su fecundidad son consideradas factores de riesgo que predisponen el embarazo en las adolescentes y está en relación con los datos obtenidos en la presente investigación, las adolescentes tienen una menarquia a temprana edad y por lo tanto un inicio temprano de la actividad sexual.

Otros datos obtenidos en nuestra investigación es que un alto porcentaje de las adolescentes embarazadas tienen bajo nivel de formación, bajos recursos económicos y que en la mayoría de los casos cuentan con el apoyo familiar, siendo en muchos casos los padres de las mismas los que se hacen cargo de los gastos y crianzas de sus hijos, convirtiéndose en madres solteras.

Por otro lado el bajo nivel de ingresos económicos no posibilita, que se realicen los controles ni las acciones de prevención durante el embarazo.

Podemos decir que las adolescentes embarazadas han recibido una adecuada información por parte de los enfermeros en el transcurso de su internación y en menor grado por parte de otro personal de salud.

CAPITULO III

Conclusión

Concluimos que el Rol Enfermero como profesionales y educadores de la salud es bueno pero debemos mejorar las estrategias para incentivar los controles prenatales en tiempo y forma en las adolescentes

La condición de ser adolescente no debería implicar necesariamente una conducta diferente hacia los controles prenatales.

Se observa que las adolescentes realizan el control prenatal de forma inadecuada, esta actitud frente a los controles se corresponde con algunas de las características del adolescente en los que los mandatos culturales, socioeconómicos y educativos marcan su conducta.

Este trabajo nos permite fundamentar lo importante que resulta el control en este grupo de gestantes, ya que la precocidad y el aumento del número de controles durante el embarazo redundaría en una disminución de la Mortalidad Perinatal evitable, y tendría que ser acompañada de una disminución de la solicitud de días de internación en las unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Incentivando la promoción madre- hijo previniendo posibles complicaciones.

Entendemos a este control prenatal como uno de los pilares básicos de la Atención Primaria, tratando de poner allí a recursos humanos formados y motivados para esta atención fundamental. Además los lugares donde se efectúe esta atención deben contar con sus estadísticas y las de los Hospitales de referencia para conocer la real importancia de su labor y el impacto beneficioso que su tarea puede llegar a ejercer sobre la comunidad en que actúan.

Al mismo tiempo, se debería favorecer el acceso de toda embarazada al sistema, estableciéndose que toda la atención y las prestaciones que sean necesarias para la misma no impliquen gasto alguno para ese grupo familiar.

Recomendaciones

- Es necesario crear programas para fomentar la información y los servicios requeridos por los jóvenes para concientizarlos y lograr una sexualidad responsable.
- Asimismo, es necesario crear centros de apoyo y espacios diferenciados especialmente para adolescentes embarazadas en la comunidad.
- Se debe fomentar la educación sexual para ayudar a prevenir el embarazo no intencional.

- Informar a la comunidad en general mediante charlas, bien sea en centros De salud o en la comunidad, sobre planificación familiar, en que se basa, sus beneficios y las consecuencias de no tomar previsión sobre este tema tan importante para un mejor desarrollo y funcionamiento núcleo familiar.

- Promover campañas de concientización a la población, dirigidas específicamente, a las mujeres en edad reproductiva para incentivarlas a la realización de un adecuado control prenatal y así evitar cualquier tipo de complicación durante el embarazo, parto y mermar así la morbimortalidad materno y neonatal.

- Fomentar la educación por parte de los profesionales de la salud en los aspectos específicos de la salud sexual y reproductiva para mejorar las condiciones en las que se produce el embarazo para que así la madre pueda percibir la importancia del control prenatal y esté siempre motivada y/o dispuesta a la realización del mismo, asistiendo al número de consultas necesarias para que este sea lo más eficaz posible.

Bibliografía

1 artículo DIARIO “El observador” Dra. Silvia Lima Directora de la Soc. Uruguaya de Ginecología de la Infancia y adolescentes

2 Diario los Andes- Informe Provincial de Embarazos de adolescentes- Mendoza 02-03-2010.

3 Informes de Naciones Unidas. La población Mundial- Diario Clarín 12-10-2005

4 Prof. Dr. Juan R. Issier Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107

Agosto 2001.

5 FAO/OMS/ONU: Necesidades de energía y proteínas (1985)

6 Asociación Argentina de Perinatología Bs As 1995.

7 Bethea. Enfermería Materno Infantil México Interamericana 1977

ANEXOS Y APÉNDICE



Es un cuestionario anónimo, parte de un estudio de Investigación con el objetivo Conocer como inciden los factores condicionantes de los controles prenatales de Madres adolescentes durante el 1er trimestre del año 2012.

La presente encuesta está confeccionada por alumnos de licenciatura en Enfermería de la Universidad de Cuyo para completar y finalizar nuestra tesis.

1- Edad de la embarazada: 13 a 15.....

16 a 18.....

19 a 21.....

2- Zona de Residencia: Urbana:Rural:

3- Edad de inicio de menarquia: 11.....

12.....

13.....

14.....

15.....

Más de 15.....

4- Edad de inicio de la actividad sexual: 14 años.....

15 años.....

16 años.....

17 años.....

Más.....

5- Nivel de formación: Primaria: si..... no.....

Secundaria: si..... no.....

Universitaria: si..... no.....

6- Estado civil: Soltera:

Casada:

Divorciada:

Otros:

7- Porque decidiste tener tu hijo (marque con una x)

a- Porque lo deseabas:

b- Porque quedaste embarazada:

c- Tenías miedo de hacerte una extracción:

d- No me di cuenta a tiempo:

e- Tenías miedo de decírselo a tus padres:

f- Otras causas.....

8- Ha tenido apoyo familiar: Si.....

No.....

9- Ingresos económicos:

De 1000.....

De 2000.....

De 3000.....

Más.....

10-Alguien te hablo de educación sexual: Si.....

No.....

11-Quiénes: Enfermeras:.....

Médicos:

Familiar:

12-Alguien te hablo de métodos anticonceptivos: Si.....

No.....

13- En que trimestre de embarazo cuantas asististe al ginecólogo:

14-¿Qué estudios realizaste en el embarazo?

Análisis.....

Ecografía.....

Otros.....

15-Cuantos controles tuviste en el embarazo.

1 a 3.....

4 a 5.....

6 a 7.....

8 a 10.....

Más.....

16-¿En que consistieron esos controles?

Control de peso.....

Control de TA.....

Medición de abdomen.....

Otros.....

17-¿Qué acciones de prevención, realizaste durante el embarazo?

Vacunación.....

Odontología.....

Nutricionista.....

Preparto.....

Otros controles clínicos.....

En tu opinión:

18-¿Con que frecuencia la enfermera le brinda cuidados?

Muy frecuente.....

Frecuentemente.....

Poco.....

Nada.....

Consideras que:

19- El enfermero tiene comunicación con su familiar.

Siempre.....

Casi siempre.....

A veces.....

Nunca.....

20-El enfermero le brinda información o evacua sus dudas.

Siempre.....

Casi siempre.....

Poco.....

Nada.....

21- ¿Considera que la educación brindada, le ha permitido?

Ampliar su conocimiento:

Suficiente.....

Medianamente.....

Poco.....

Nada.....

22- Manejar sus miedos:

Suficiente.....

Medianamente.....

Poco.....

Nada.....

23- ¿Cumpliste con las indicaciones que te dio el equipo de salud?

Grado de Cumplimiento: Mucho.....

Medianamente.....

Poco.....

Nada.....

Gracias por su colaboración.

MATRIZ DE DATOS DE ENCUESTAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL "LUIS LAGOMAGGIORE" EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD

Encuestas	13-15	16-18	19-21	Urbana	Rural	11	12	13	14	15	mas	14	15	16	17	mas	Primario	Secundario	Universitario	Soltera	Casada	Divosida	Otros	Porque lo deseaba	Porque quedé	
	1- Edad de la embarazada			2- Zona de residencia		3- Edad de inicio de la menarquia					4- Inicio de la actividad sexual					5- Nivel de formación			6- Estado civil				7- Po			
1		X		X				X					X				X			X						
2			X	X						X			X				X			X					X	
3		X		X			X						X				X			X						
4		X		X				X					X				X			X						
5	X			X			X						X				X			X						X
6			X	X		X								X				X		X						X
7			X	X					X					X					X				X			X
8			X	X		X								X			X			X						X
9			X	X			X							X					X	X					X	
10			X	X					X						X		X			X					X	
11		X		X			X							X				X		X					X	
12			X	X		X								X					X	X					X	
13			X	X				X						X			X			X					X	
14		X		X				X						X			X			X						X
15		X		X		X								X				X		X						X
16		X			X			X						X				X		X						X
17	X			X		X						X					X			X						
18	X			X		X						X					X			X						
19			X	X			X							X				X					X			
20		X			X		X							X				X					X			X
21	X			X		X						X					X			X						
22			X	X		X									X			X					X			
23		X		X			X							X			X			X						X
24		X		X		X						X						X				X				X
25			X	X	X			X					X	X				X			X				X	
26	X			X		X						X					X					X			X	
27	X			X				X							X		X				X					X
28		X		X					X						X											X
29		X		X						X					X		X						X			
30		X		X						X					X						X					

MATRIZ DE DATOS DE ENCUESTAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL "LUIS LAGOMAGGIORE" EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD

¿Porque decidiste tener tu hijo			Preguntas																	
Miedo a extracción	No me di cuenta	Miedo a decirlo	8- Apoyo familiar		9- Ingresos economicos				10- Informacion sexual		11- Quienes			12- Informacion de metodos anticonceptivos		13- Trimestre que fuiste al médico			14- Estudios realizados	
			si	no	1000	2000	3000	mas	si	no	Enfermera	Medico	Familiar	Si	No	1er	2do	3er	Analisis	Ecigráfia
	X		X		X	X				X					X				X	X
			X		X					X			X		X				X	X
X			X		X					X			X		X				X	X
				X					X				X		X				X	X
			X		X				X		X		X		X				X	X
				X				X					X		X			X	X	X
			X		X				X				X		X				X	X
			X		X				X				X		X				X	X
			X		X				X				X		X				X	X
			X		X				X				X		X				X	X
		X	X		X				X		X		X		X				X	X
X			X		X				X		X		X		X				X	X
			X		X				X		X		X		X				X	X
		X	X		X				X				X		X		X		X	X
			X		X				X				X		X				X	X
			X		X				X				X		X				X	X
			X		X				X		X		X		X				X	X
			X		X				X		X		X		X				X	X
			X		X				X		X		X		X				X	X
X			X		X				X		X		X		X				X	X
X			X		X				X		X		X		X				X	X

