



ESCUELA DE ENFERMERÍA  
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA  
SEDE FCM



# TESINA

Tema: “Las embarazadas adolescentes y sus derechos”

AUTORAS:

Berrío, Amanda

Quiroz, Soledad

**Mendoza, Febrero del 2015**

“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”.

**ACTA DE APROBACIÓN**

**Tribunal examinador:**

**Presidente:.....**

**Vocal 1:.....**

**Vocal 2:.....**

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

## **RESUMEN**

El nacimiento es un acontecimiento familiar y antiguamente era realizado en los hogares con el apoyo de mujeres entrenadas. Con el tiempo, y con el objetivo de disminuir la mortalidad materno-neonatal, el parto se hospitalizó y con ello se dejó de lado el nacimiento como algo natural, comenzando a ser un acto médico, desvalorizante, despersonalizado y poco afectuoso. Actualmente, se está comenzando a realizar diversos movimientos, uno de ellos es el modelo de Maternidad segura y centrada en la familia, con el fin de naturalizar el parto y volver a poner a la familia como protagonista de dichos sucesos.

**OBJETIVO:** El propósito de este estudio es determinar si disminuyen las complicaciones propias del parto y del post-parto en las embarazadas adolescentes que reciben acompañamiento de la persona de su confianza durante el parto.

**MATERIAL Y METODOS:** Se plantea un estudio correlacional, con un enfoque cuantitativo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 95 adolescentes embarazadas, que corresponden al 100% de las embarazadas de 12 a 19 años internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2014. Para la recolección de datos se utilizó una encuesta diseñada por las autoras.

**RESULTADOS:** El 77% de las encuestadas no entró acompañada a la sala de partos. De las 22 embarazadas que han entrado acompañadas a la sala de partos (o sea, el 23%), el 77% no presentó ningún tipo de complicaciones durante el parto y de las 73 embarazadas que no entraron acompañadas (77%) el 63% tuvo alguna complicación. El 88% de las encuestadas manifestó no haber sido informadas sobre sus derechos por el personal de salud.

**CONCLUSION:** Disminuyen las complicaciones del parto y postparto con el acompañamiento durante el mismo, y las embarazadas carecen de información sobre sus derechos por parte del personal de salud, por lo cual no hacen valer los mismos.

**PALABRAS CLAVES:** Acompañamiento, embarazo adolescente, modelo de maternidad segura y centrada en la familia, derechos, rol de enfermería.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer principalmente a Dios, que me da las fuerzas día a día para continuar ejerciendo mi profesión y para seguir mejorando como persona y como profesional.

A mi familia: a mi madre y a mi hermana, por su aliento e impulso para seguir superándome en la vida, y a mi esposo por su ayuda durante el tiempo de estudio y el apoyo que me brindó en la etapa de cursado, ya que sin su ánimo y entusiasmo por adquirir este logro, no lo hubiera conseguido.

Quiero también agradecer a los profesores, a cada uno de ellos en particular, por brindarnos sus conocimientos en esta etapa de formación y por sus esfuerzos para que seamos mejores profesionales y colegas.

Y por último, quiero agradecer a mis compañeros, a aquellos que compartieron conmigo sus fuerzas, sus ideas y sus entusiasmos a la hora de realizar los trabajos, las tareas e investigaciones.

Soledad

Quiero agradecer este trabajo a Dios, que fue mi mayor apoyo y me acompaña en cada paso y desafío. A mis hijos, que son mi mayor inspiración para esforzarme cada día. A mi esposo por su ayuda incondicional durante el tiempo de estudio y por su cariño. A mi familia, que siempre me brindó aliento en los momentos difíciles. A cada una de las personas que colaboraron para hacer posible su realización, a mis profesores, compañeros y colegas.

Amanda

## **PRÓLOGO**

El nacimiento es el hecho más importante en la vida y no hay que minimizar una ocasión como esta. El modelo de maternidad segura y centrada en la familia entiende esta importancia y la participación de la familia en el momento del nacimiento. Pero, a pesar de la implementación de este nuevo paradigma, aun se sigue viendo el empoderamiento de la medicalización del nacimiento. Aun se ve a madres atravesar solas el momento del parto y sufrir complicaciones que se podrían evitar de antemano. Y es por eso que, a través de esta investigación, se aspira demostrar lo perjudicial que puede llegar a ser esta situación para la madre y el recién nacido. Para ello se plantea un estudio correlacional con un enfoque cuantitativo sobre el grupo etario que más preocupación genera: las adolescentes embarazadas; ya que son más vulnerables debido a que aun se encuentran en una etapa de maduración y desarrollo físico y psicológico.

Asimismo, el equipo de enfermería cumple un rol muy importante durante esta etapa ya que es el que mayor tiempo pasa con las embarazadas, el que más se dedica en contenerlas y educarlas, el que más contacto tiene con ellas y, por lo tanto, sabe lo que les sucede emocionalmente. Es por eso que debe brindar información constante a las pacientes, tanto de los sucesos que implican el trabajo de parto, el parto y el puerperio, como de los derechos que poseen como embarazada, como adolescentes y como familia.

## INDICE GENERAL

Advertencia.....	II
Acta de aprobación.....	III
Resumen.....	IV
Agradecimientos.....	V
Prologo.....	VI
Índice general.....	VII
Índice de tablas y gráficos.....	IX

### **CAPITULO I. Presentación del problema**

Introducción.....	2
Descripción del problema.....	4
Formulación del problema.....	7
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
Justificación del problema elegido.....	9
Marco teórico:	
Apartado A: Embarazo adolescente.....	10
El acompañamiento en el parto.....	12
Apartado B: Maternidad segura y centrada en la familia.....	15
Ley Nacional 25.929- Ley de parto humanizado.....	22
Apartado C: El rol de enfermería.....	24
Apartado D: Descripción del lugar elegido para la investigación.....	28

### **CAPITULO II. Diseño metodológico**

Tipo de estudio.....	31
Población de estudio.....	31
Muestra de estudio.....	32
Hipótesis.....	33

<b>Variables.....</b>	<b>34</b>
<b>Análisis y procesamiento de datos.....</b>	<b>36</b>

### **CAPITULO III. Resultados, discusión y propuestas**

<b>Resultados.....</b>	<b>60</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>65</b>
<b>Propuestas.....</b>	<b>67</b>

<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>69</b>
--------------------------	-----------

### **ANEXOS**

<b>Encuesta a embarazadas.....</b>	<b>73</b>
<b>Matriz de datos.....</b>	<b>76</b>
<b>Glosario.....</b>	<b>81</b>



## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1 y gráfico 1.....	37
Tabla 2 y gráfico 2.....	38
Tabla 3 y gráfico 3.....	39
Tabla 4 y gráfico 4.....	40
Tabla 5 y gráfico 5.....	41
Tabla 6 y gráfico 6.....	42
Tabla 7 y gráfico 7.....	43
Tabla 8 y gráfico 8.....	44
Tabla 9 y gráfico 9.....	45
Tabla 10 y gráfico 10.....	46
Tabla 11 y gráfico 11.....	47
Tabla 12 y gráfico 12.....	48
Tabla 13 y gráfico 13.....	49
Tabla 14 y gráfico 14.....	50
Tabla 15 y gráfico 15.....	51
Tabla 16 y gráfico 16.....	52
Tabla 17 y gráfico 17.....	53
Tabla 18 y gráfico 18.....	54
Tabla 19 y gráfico 19.....	55
Tabla 20 y gráfico 20.....	56
Tabla 21 y gráfico 21.....	57
Tabla 22 y gráfico 22.....	58

# **CAPITULO I**

## **Planteo del problema**

## **INTRODUCCIÓN**

Hasta no hace muchos años y desde la antigüedad, el nacimiento era un acontecimiento familiar y muchas civilizaciones agregaban a este hecho innumerables significados culturales que, a través de las generaciones, han sufrido transformaciones, pero todavía se conmemora como un hecho marcador de la vida.

El nacimiento era un acontecimiento de la familia y la comunidad, que se realizaba en el hogar con la protección de mujeres entrenadas y acompañadas de la familia.

A principios del siglo XX, con el fin de reducir el número de muertes materno-neonatales, el parto comienza a hospitalizarse y medicarse. Este hecho fue considerado un gran progreso ya que efectivamente lograron disminuir el número de muertes, pero a la vez significó hospitalizar el nacimiento.

Esta hospitalización tan rígida por el concepto de personas enfermas, dejó poco a poco el nacimiento en familia y con acompañamiento familiar de lado para convertirse en un acto médico. El equipo de salud paso a ser el eje de las decisiones, aplicando técnicas y procedimientos destinados a embarazos de riesgo en todos los casos incluso aquellos totalmente normales, transformando las acciones excepcionales en rutinas. Esto provocó consecuencias iatrogénicas para la madre y el hijo, entre las cuales las principales son el estrés producido por el entorno desconocido durante parto, sumado a una atención mecanizada la cual aumenta el dolor, el miedo y la ansiedad.

El parto dejó de ser un acto privado y femenino para ser vivido de manera pública, en ambientes intimantes, con horarios restringidos de visitas, con un trato en general despersonalizado, desvalorizaste y poco afectuoso. En resumen, el nacimiento se transformó en una enfermedad y las madres y sus familias aceptaron ser dominadas, perdieron el protagonismo y aceptaron las reglas de la institución.

En los últimos años, en nuestro país y en el mundo, se está comenzando a realizar diversos movimientos con el fin de volver a poner al nacimiento como un hecho natural, vivido con una cultura donde se reconozca a los padres y la

familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido. Todo esto incluye el respeto a la privacidad, dignidad y confidencialidad, sobre todo cuando se trate de una embarazada adolescente, cuyo número de casos se ha visto aumentado en los últimos años, las cuales merecen el desarrollo de una estrategia de apoyo especial por parte del equipo de salud.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

El Hospital “Antonio J. Scaravelli” está ubicado en la calle Martín M. Güemes 1441, en el departamento de Tunuyán, en la provincia de Mendoza.

El área de perinatología de dicho hospital comprende maternidad, neonatología y sala de parto; cuenta con 8 salas y 20 camas con 20 cunas. Como normativa del servicio y por la falta de infraestructura, solo se permite un acompañante por paciente y ese acompañante debe ser de género femenino, puesto que las salas no cuentan con biombos ni cortinas para brindar intimidad y cuidar el pudor de cada embarazada o puérpera.

Actualmente, a pesar de la falta de espacio en esta área, se está queriendo implementar de a poco el modelo de maternidad segura y centrada en la familia. Dicho programa apunta a reconocer a la familia junto al equipo de salud como protagonista de la atención de la mujer embarazada. A partir de su implementación busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y mortalidad materna-neonatal. Se dice que se está queriendo implementar de a poco porque se ha notado, en algunas personas, resistencia al cambio, resistencia a la implementación de un nuevo modelo y de una nueva forma de trabajo.

En el área de perinatología se ha observado que, en la población que se atiende, hay un gran porcentaje de embarazadas adolescentes y que la mayoría de ellas presentan algunos de los siguientes riesgos sociales, o la combinación de varios de ellos, tales como: escasos recursos económicos, familia numerosa, hacinamiento, viviendas precarias, falta de servicios, familias disfuncionales, falta de contención por parte de los padres y/o de la pareja y escasa escolaridad, entre otros.

Se ha percibido también que estas embarazadas, a pesar de que el programa de Maternidad segura y centrada en la familia se está incorporando, no están informadas acerca de los derechos que tienen y que están abalados por una ley provincial, la ley N°8.130, y una ley nacional, la ley N°25.292; por lo tanto, desconocen las leyes y derechos que las amparan al momento de ingresar a

un sistema de salud en el cual se llevará a cabo un acontecimiento natural de la vida, que es el nacimiento de un nuevo ser, el ingreso de un nuevo integrante de la familia, hecho que muchas veces para estas adolescentes, es indeseado y traumático por la falta de preparación psicológica que tienen por su edad y situación.

Esto lleva a que las embarazadas adolescentes durante su internación no hagan valer su derecho a estar acompañadas por una persona de su confianza, lo cual produce que en este transcurso sientan miedo, incertidumbre y ansiedad ante este suceso nuevo y desconocido, desembocando muchas veces en complicaciones tales como: trabajos de partos prolongados, partos distócicos que culminan en cesáreas de urgencia, depresión post-parto, dificultad en la lactancia y en el vínculo con el recién nacido.

También se ha visto que son muy pocas las embarazadas en general, o sea, de cualquier edad, a las que se les permite ser acompañadas durante el parto. La mayoría de las veces las embarazadas ingresan a la sala de partos solas, refiriéndoles el personal de salud que está prohibido el ingreso de familiares a ese sector por ser un área restringida. Se ha observado que las embarazadas adolescentes que logran ingresar a la sala de partos acompañadas, son aquellas cuyos acompañantes son de personalidad fuerte, más exigentes, más demandantes y que están más informados.

Se ha detectado también que, a estas embarazadas adolescentes que ingresan acompañadas y a su acompañante, mientras se le realizan los procedimientos, reciben por parte del personal de salud más orientación y explicación de todo lo que le están realizando y lo que se le realizará a ella y al recién nacido. Brindarles esa información las tranquiliza, les disminuye la ansiedad y ayuda a la colaboración tanto de la embarazada como de su acompañante. En síntesis: resultan más beneficiadas.

En cambio, se ha notado que a aquellas embarazadas que ingresan solas, no se les brinda la debida explicación u orientación que es tan necesaria en el momento de parto, lo cual demuestra que es desventajoso en ese momento tan importante y estresante por el cual están atravesando las adolescentes. El hecho de ir explicando e informando disminuiría muchas complicaciones y

facilitaría el proceso de parto, sobre todo en las embarazadas adolescentes, ya que el parto para ellas es un acontecimiento más que nada traumático, desconocido y doloroso. Por todo eso es importante hacer hincapié en la participación del acompañante; para lograr así en conjunto un ambiente más tranquilo, seguro y de confianza, donde la embarazada adolescente se sienta contenida emocionalmente a la hora de dar a luz.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo influye en la embarazada adolescente la falta de acompañamiento durante su internación, en el área de perinatología del hospital Antonio J. Scaravelli, en el año 2014?



## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer cómo influye en la embarazada adolescente la falta de acompañamiento durante su internación en el área de perinatología del hospital Antonio J. Scaravelli en el año 2014

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Caracterizar a las embarazadas adolescentes internadas en el hospital Antonio J. Scaravelli en el 2014
- Analizar la influencia que produce la falta de acompañamiento en el trabajo de parto de las embarazadas adolescentes internadas en el hospital Antonio J. Scaravelli en el 2014
- Analizar la finalización del trabajo de parto en embarazadas adolescentes acompañadas en relación con las no acompañadas

## **JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA ELEGIDO**

Se eligió este problema porque llama la atención que por diferentes motivos o razones no se puede llevar a cabo en el servicio de perinatología del Hospital Scaravelli, la atención humanizada, que tantos beneficios trae a la madre y al recién nacido.

Existen leyes pensadas en el bienestar de la madre y el niño, todos los profesionales de la salud de ese servicio conocen el modelo de maternidad segura y centrada en la familia; entonces ¿Por qué no se implementa? ¿Por qué no se lleva a cabo?

Se ha notado además, que las más afectadas al no implementarse el parto humanizado, son las adolescentes. Son las que presentan más complicaciones tanto físicas como psicológicas.

El deseo de este trabajo es que cambie esta realidad y para ello es necesario fundamentar estas observaciones, investigar y demostrar a través de trabajos los beneficios de la implementación del modelo de la maternidad segura y centrada en la familia.

Para lograrlo, lo primordial es informar a todas las embarazadas adolescentes sobre los derechos que poseen, para que puedan hacerlos valer. Si todas exigen, se logrará el cambio. Y para exigir, primero hay que conocer.

## **MARCO TEORICO**

### **APARTADO A**

#### **EMBARAZO ADOLESCENTE**

Se considera embarazo adolescente a partir de los 10 años y hasta los 19<sup>1</sup>.

El embarazo en adolescentes no es un hecho excepcional. En algunos grupos de población más pobres o marginales las tasas de fertilidad en mujeres de 15 a 19 años son iguales a las mujeres adultas. Según las concepciones éticas personales y las posibilidades legales de cada país, muchas de estas gestaciones se interrumpen voluntariamente en el curso de las primeras semanas; las que llegan al final de la gestación presentan algunos problemas médicos y sociales, que pueden ser peligrosos para la madre y el niño. Las complicaciones del parto y el aborto en condiciones peligrosas están entre las causas principales de mortalidad de las mujeres menores de 20 años de edad. Incluso en condiciones optimas, las jóvenes madres, especialmente las que tienen menos de 17 años, tienen más probabilidad que las mujeres de alrededor de 20 años de sufrir complicaciones relacionadas con el embarazo y de morir en el parto. El riesgo de muerte puede ser de 2 a 4 veces mayor según el estado de salud y la situación socioeconómica de la mujer.

El embarazo en la adolescente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación como: hipertensión, infecciones, ruptura prematura de membranas, parto pre-término y hemorragia postparto. Además es más frecuente la práctica de la cesárea, el bajo peso al nacimiento y la prematurez, aumentando las complicaciones en el recién nacido.

El problema del embarazo en la adolescencia tiene implicaciones importantes en la salud pública, siendo una preocupación tanto desde el punto de vista médico como psicosocial, ocurriendo con mayor frecuencia en adolescentes de medios socioeconómicos bajos, en familias desintegradas, numerosas o monoparentales, afectadas por el desempleo y que es un

---

<sup>1</sup> [www.who.int/topic/adolescent\\_health/es](http://www.who.int/topic/adolescent_health/es).

fenómeno que se había presentado previamente en las propias madres de las adolescentes. El embarazo en la adolescente ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde la perspectiva de sus complicaciones médicas. Sin embargo, existen estudios que no han observado un incremento en la frecuencia de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las condiciones al nacimiento del hijo de madre adolescente han sido reportadas como satisfactorias en relación a madres de 20 a 34 años. Aunque no se encontraron en las adolescentes, mayores riesgos de salud materna y perinatal, no se eliminan las complicaciones sociales y psicológicas de tener un hijo en la adolescencia, ni la de otros riesgos a la salud como: la mayor mortalidad infantil en el primer año de vida y el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual. Las principales causas de morbilidad durante el embarazo en la adolescencia son las infecciosas, incrementándose el nacimiento pretérmino y la ruptura de membranas, así como es más frecuente la preeclampsia y anemia. En relación a la vía del nacimiento, el mayor número de cesáreas no pudo sustentarse, reportando que en general las condiciones de los neonatos y la valoración de Apgar fueron buenas. Se ha reportado el incremento en el riesgo de presentar un parto pretérmino o muerte perinatal en embarazos en menores de 17 años, sin embargo este riesgo se reduce al controlar los efectos de las características económicas, ya que estos problemas se deben a la pobreza, nivel de escolaridad bajo, falta de recursos de atención para la salud y el rechazo de la sociedad. Se ha recomendado que es importante incluir al embarazo en adolescentes como un programa prioritario de salud reproductiva ya que debe prevenirse una secuencia de embarazos no deseados, fomentando el crecimiento de la adolescente, disminuyendo las repercusiones en la relación con su hijo y con resto de su entorno. Se planeó realizar este estudio con el objetivo de determinar si en el embarazo en la adolescencia son más frecuentes los problemas médicos maternos y perinatales, así como si son más desfavorables las condiciones socioculturales que presentan las madres adolescentes.

A nivel psicológico, el embarazo en la adolescencia representa una crisis que se superpone con la crisis propia de la etapa. Tanto la adolescencia como el

embarazo constituyen crisis del desarrollo, las cuales son universales y previsibles; y como tales pueden representar cambios permanentes en el status y en la función de los miembros de la familia. A su vez, ambas crisis comprenden profundos cambios somáticos y psicosociales, con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos actuales y anteriores. La adolescente frente al embarazo puede adoptar diferentes actitudes y/o conductas, que dependerán de su historia personal y del contexto familiar, cultural y social. Es por eso que se afirma que el acompañamiento durante el parto, parto y puerperio, por la persona de confianza de la embarazada es muy importante.

### EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO

Cada parto es una experiencia única, irrepetible. Los factores que determinan el modo en que nacerá un bebé son múltiples; pero, aunque parezca paradójico, uno de los más importantes (la voluntad de la embarazada, su derecho a elegir) recién empieza a reincorporarse con mayor fuerza, solo en algunos ámbitos de nuestra cultura. Durante muchos años el conocimiento y la elección de las distintas alternativas para el parto pasaron de las madres y las comadronas, a las manos de los especialistas; el parto se convirtió en un hecho de la medicina, dirigido por médicos.

Muchas mujeres saben que se sentirán fuertes en el momento del parto si alguno de su confianza está presente y las ayuda. En muchos países es común que el padre participe en el parto, o una amiga cercana a la parturienta, alguien que se mantenga firme, fuerte, dé aliento y contagie sentido del humor. A veces puede colaborar en la filmación del parto, permitiéndole al padre disfrutar de ese momento único y apoyar a la madre cuando más lo necesite. Es importante que el obstetra y su equipo se sientan cómodos con tantas personas presentes. El problema es cuando varios miembros de la familia están pidiéndole a la mujer estar también presentes en el momento del parto. Ella debe tener en cuenta que el nacimiento es un evento íntimo, casi espiritual, y a pesar de lo importante y valioso que resulta que los seres queridos estén a su lado en ese momento, también es importante poner las cosas en perspectiva y considerar

que pueden surgir inconvenientes y que demasiadas personas pueden entorpecer el desenvolvimiento profesional de médicos y enfermeros

Una buena manera de ayudar a la mujer en los momentos previos al parto, es que la pareja esté al lado de ella satisfaciendo sus necesidades y deseos. Desde lo más simple, como conseguirle almohadas extra para ayudarla a apoyarse mejor, hasta pedirle al personal médico del hospital que espere hasta que haya pasado una contracción antes de hacerle algún control, etc. Significa estar atentos a las preferencias de la mujer con respecto a las intervenciones, ya sea desde un control electrónico del feto, hasta una medicación para el dolor. Esto es algo que ambos deben decidir muy bien y con anterioridad a la fecha fijada para el parto. Deben tenerse en cuenta las informaciones sobre las opciones con material de lectura, clases de parto y charlas con otros padres. Los sentimientos de las gestantes también son importantes; por eso, este es el momento de ser sinceros uno con el otro. Por ejemplo, si el hombre no puede ver sufrir a su mujer, pero ella prefiere no tomar medicamentos, deben ponerse de acuerdo antes del parto y no en medio de este.

Durante el parto, no se debe dudar en hablar sobre lo que la pareja desea; es probable que la mujer no pueda hacerlo al estar concentrada en el trabajo de parto. Se debe pensar que los médicos querrán ayudarlos en todo lo que puedan, pero no pueden adivinar sus pensamientos. Por lo general, el personal del hospital sigue una rutina; entonces depende de la pareja aclarar si desean un cambio. Por el bien de la mujer, el compañero debe evitar una mala relación con quienes lo rodean. Debe ser positivo, no agresivo, ni tampoco pasivo. Debe sentirse libre de hacer preguntas. Siempre hay un tiempo para ello y tiene el derecho de saber que está ocurriendo (incluyendo los riesgos, beneficios y alternativas). Puede también pedir una segunda opinión antes de aceptar un cambio de planes. Al hacerlo, se debe tener una actitud abierta; después de todo, los planes muchas veces deben cambiar por la seguridad de la madre o del bebé.

Asimismo es importante, como el acompañamiento durante el parto, el acompañamiento prenatal. Como el final del embarazo suele hacerse un tanto largo, es una ocasión estupenda para afinar los últimos detalles y descansar. Al

papá le corresponde brindar apoyo en el momento de las contracciones y estar presente (si es posible) en la sala de partos. Debe utilizar la intuición masculina para ser capaz de juzgar la actitud y el ánimo de la madre. Debe sostenerla y ayudarla para que se recueste en el compañero cuando se sienta angustiada por el dolor abdominal. Hablarle dulcemente mientras la acaricia con lentitud y tranquilidad. Fijarse si hay signos de tensión en el cuello, los hombros o la frente y masajear suavemente esas zonas. Siempre ser positivo, elogiarla y evitar las críticas. Comentarle los logros que ha tenido hasta ahora; muchas veces las mujeres se sienten abrumadas, porque piensan en todo lo que falta; si el trabajo de parto es largo y agotador, tratar de que ella se relaje entre las contracciones para que pueda conservar la energía. Si no experimenta náuseas, procurar que se alimente todo lo que desee. No permitir que se sienta incomoda al expresar su malestar. Alentarla para que se muestre lo más desinhibida posible.

Colaborar con las respiraciones, probablemente, en las clases prenatales ya que ambos practicaron un método. Cada madre tiene su propio ritmo y es conveniente adaptarse a sus necesidades, aunque no es imprescindible repetir exactamente la rutina que se enseñó en las clases. Tratar de no molestarse si ella se torna agresiva o malhumorada, pues esto suele suceder cuando el dolor es muy intenso. Un acompañante siempre será de utilidad, no solo como soporte emocional, sino también al tomar decisiones importantes y hablar con los profesionales de la salud. Pedirle al médico los calmantes, puede ser una iniciativa materna pero es recomendable realizar una práctica de respiración durante 15 minutos antes de que se los suministren.

La presencia del padre en el parto es esencial en tres aspectos:

- Permite al padre tomar sin tardanza su lugar en la relación triangular afectiva padre-madre-hijo/a. Los tres implicados se encuentran igualmente gratificados
- Es el padre el que constituye el recurso afectivo de la madre; él la sostiene, la acoge y le da aliento.
- Juega un papel de mayor importancia en el encuentro del bebé con el mundo exterior.

## APARTADO B

### MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA.

Este modelo fue desarrollado a lo largo de los últimos 35 años, se realizó de manera progresiva<sup>2</sup>. En los últimos años se comenzó a estructurar su marco teórico, con el fin de compartirlo mejorarlo y replicarlo.

Tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad. Implementa prácticas seguras y de probada efectividad.

El modelo se sustenta en 5 ejes y 16 principios. A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño y que contribuya a mejorar la calidad de la atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país.

#### **Eje Conceptual 1: Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.**

Toda maternidad segura y centrada en la familia considera como una de sus prioridades y cuenta con un alto grado de convencimiento y compromiso, para promover un cambio en la cultura organizacional. Se sustenta en tres principios:

**1)-** El modelo es coherente con el pensamiento universal vigente de medicina centrada en el o la paciente y seguridad del paciente. El paciente es la mujer

---

<sup>2</sup> Maternidad segura y centrada en la familia: conceptualización e implementación del modelo. segunda edición. Editorial Silvia Ortiz especialista en salud de la UNICEF y Migue Larguita. Presidente de la fundación Neonatología junio de 2012.



embarazada, su hijo antes y después de nacer y su familia, entendida como toda configuración vincular en la que exista al menos un adulto responsable a cargo de los menores del grupo. Representan así, la unidad mínima funcional del tejido social.

**2)-** El modelo es un cambio de paradigma que suma lo humanístico y lo científico. Los avances científicos y el consecuente mayor conocimiento diagnóstico y terapéutico en la asistencia obstétrica, permiten la atención adecuada de las patologías previas y concomitantes del embarazo y de las complicaciones del mismo. Las tecnologías cada vez más precisas permiten realizar el diagnóstico temprano de situaciones y decidir la mejor alternativa para garantizar la salud materna en condiciones que antes comprometían gravemente su vida y la de su hijo en gestación.

Permite un diagnóstico precoz con un mejor abordaje para el futuro del bebé y para la contención familiar. Este progreso indiscutible debe ahora acompañarse con acciones que incluyan la participación de la familia y devuelvan el protagonismo a la mujer embarazada, luego puérpera. En resumen lo humanístico a lo tecnológico.

**3)-** Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma. El error ha servido tradicionalmente para aprender lo que no había que hacer y lo que no era verdad. Se trata de un problema intelectual y científico que simplemente desafiaba misterios en la adquisición de conocimientos, y su análisis constituía una excelente herramienta docente; luego sumo la reacción de castigar al responsable del error, suponiendo que el error era producto de la incapacidad o irresponsabilidad individual, y era necesaria la culpa. Ese error pasó luego a constituir una problemática ética y legal de responsabilidad y castigo que cuando era considerado producto de mala práctica, determino que se ocultaría, disimularía con falsedades o trasladaría a la propia responsabilidad del otro. Es necesario avanzar más allá de “que le pasó a esa enfermera o ese medico” y avanzar al “por qué” sucedió, tratando de encontrar las causas primarias o

factores determinantes tratar de corregirlos o mejorarlos. Podemos comenzar este camino a un nuevo paradigma.

## **Eje conceptual 2: Protección de los derechos de la madre y de su hijo o hija.**

El modelo<sup>3</sup> protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija. La protección de los derechos humanos es un derecho esencial del modelo que se sustenta en los siguientes principios:

- 4)- Tiene avales nacionales y de diferentes organismos internacionales.
- 5)- No es objetivo de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos. Los agentes de salud no deben sentirse desplazados por la familia; su rol asistencial será por demás valorado puesto que es inherente a la posibilidad de las personas de ejercer el derecho a la vida. El reconocimiento de estas acciones por parte de los grupos familiares es altamente gratificante para los agentes involucrados en la asistencia perinatal.
- 6)- Enfrenta la equidad y la discriminación. Se basa en el derecho de todas las madres y sus hijos a recibir atención adecuada independientemente de su cultura, su condición socioeconómica o su edad. Promueve fuertemente el respeto por las tradiciones culturales, las preferencias y los valores de las pacientes su situación familiar y estilo de vida. Apoyado en el desarrollo de habilidades técnicas y en la capacitación continua; y afirmado en la responsabilidad, compromiso, comunicación y valores del equipo de salud.
- 7)- Admite la publicidad en el marco de la ética. La comunicación a la comunidad de los aspectos de salud presenta dificultades para su comprensión

---

<sup>3</sup> Maternidad segura y centrada en la familia: conceptualización e implementación del modelo. segunda edición. Editorial Silvia Ortiz especialista en salud de la UNICEF y Migue Larguita. Presidente de la fundación Neonatología junio de 2012.

y difusión. En este sentido, los objetivos y las acciones del modelo no tienen ninguna de estas limitaciones. Por el contrario la sociedad y sus integrantes deben conocer este programa para reclamarlo como un derecho. La capacidad de “apropiarse” de la intervención acelerará los tiempos para su replicación.

**Eje conceptual 3: Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo y el puerperio.**

Promueve el empoderamiento de la mujer y su pareja para el cuidado de su hijo antes y después de nacer, también durante la internación de sus hijos, el contacto con el recién nacido con otros miembros de la familia<sup>4</sup>.

**8)-** Empodera a la familia y tiene beneficios agregados. El equipo de salud brinda información a la pareja de manera clara y comprensible incluyendo aspectos como la evolución del embarazo lo esperable dentro de la normalidad, la aparición de situaciones que requieran tratamiento o internaciones. La permanencia de los padres se ve facilitada por la posibilidad de acceder a una residencia con oferta de cama y comida. En estos casos la participación activa de los padres en los servicios de neonatología tiene múltiples beneficios potenciales:

- Ahorra horas de enfermería neonatal.
- Disminuya el riesgo de infección intrahospitalaria.
- Incrementa el porcentaje de alimentación a pecho al alta en recién nacidos prematuros.
- Implementa el monitoreo multiparamétrico de los hijos que incluye la detección precoz de apneas, respiración periódica, cambios de coloración, de tono, de llanto, y de tolerancia a la alimentación y no requiere mantenimiento previo ni insumos.

---

<sup>4</sup> Maternidad segura y centrada en la familia: conceptualización e implementación del modelo. segunda edición. Editorial Silvia Ortiz especialista en salud de la UNICEF y Migue Larguita. Presidente de la fundación Neonatología junio de 2012.

- Contribuye a identificar problemas en el funcionamiento del servicio cuya solución mejoraría la calidad y la seguridad de la atención.
- Facilita el acceso a la planificación familiar.
- Facilita la detección de acciones, conductas de riesgo, violencia y riesgo social sanitario.
- Incrementa la adherencia a los programas de seguimiento en consultorios externos.

**9)-** Es gratificante para todos los agentes de salud. La salud pública que enfrenta una situación de crisis, de la cual los agentes de salud no están exentos; el modelo por sí solo no puede corregir esta realidad, pero si ofrece la posibilidad de que los agentes de salud se sientan gratificados por el reconocimiento de las familias beneficiadas.

**10)-** Posibilita el compromiso y la participación comunitaria. La comunidad, ahora informada sobre el modelo, tiene la posibilidad de participar activamente. En el caso de las familias de pueblos indígenas y países migrantes, la comunidad informada debe participar como parte cooperante de las decisiones en materia de servicios de salud, administración y prestación de servicios, atendiendo y respetando sus tradiciones y culturas.

#### **Eje conceptual 4: Uso de prácticas efectivas y seguras.**

Promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la madre y su hijo durante el embarazo el parto y el puerperio<sup>5</sup>.

**11)-**Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia. La comunidad científica pretende que las intervenciones sean objeto de evaluación con metodología de investigación acorde, para ser consideradas

---

<sup>5</sup> Maternidad segura y centrada en la familia: conceptualización e implementación del modelo. segunda edición. Editorial Silvia Ortiz especialista en salud de la UNICEF y Migue Larguita. Presidente de la fundación Neonatología junio de 2012.

beneficiosas o por el contrario, perjudiciales. A pesar de que existen limitaciones en esta concepción, su validez es reconocida y, en este sentido, el modelo también cumple ampliamente con esta exigencia.

**12)-** Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua. La medicina moderna está centrada en el paciente y su seguridad, el objetivo es alcanzar calidad continua para lo cual el modelo es un excelente marcador porque implementa acciones de calidad y promueve barreras para minimizar la ocurrencia de eventos adversos.

**13)-** Promover acciones costo-efectivas, replicables y seguras. Los planes sociales, especialmente los que se aplican en salud, tienen como prerrequisito ser de impacto social, innovadores, eficientes, eficaces, seguros en resumen costo-efectivos. El modelo pretende alcanzar este objetivo promoviendo intervenciones de relativo bajo costo y de probada efectividad clínica.

**14)-** Contribuye al cumplimiento de los objetivos del milenio. La reducción de la mortalidad durante el embarazo el parto y el puerperio y la reducción de la mortalidad infantil se encuentran entre las metas establecidas por dos de los diez objetivos del milenio.

**15)-** Sus resultados pueden ser cuantificados. Toda iniciativa necesita ser evaluada periódicamente para confirmar el impacto social deseado y modificar los aspectos problemáticos. El modelo tiene la posibilidad de ser monitoreado con una guía que cuantifica el cumplimiento de los pasos e identifica fortalezas y barreras.

**Eje conceptual 5: Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa HAMN (Hospital Amigo de la Madre y del Niño).**

**16)-**El modelo es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias. Para posibilitar su verdadero protagonismo es necesario que

las maternidades cumplan con todas las actividades asistenciales. Además, en todas las áreas se jerarquiza la pesquisa de determinantes sociales de impacto desfavorable para su correspondiente abordaje.

## DIEZ PASOS DE LA MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA

La maternidad segura y centrada en la familia como estrategia abarca 10 pasos que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del Recién Nacido en el seguimiento ambulatorio<sup>6</sup>.

**Paso N°1-** Reconocer el concepto de maternidad segura y centrada en la familia como política de la institución. Hay consenso institucional para desarrollar el modelo, presupuesto destinado para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario que lidera las acciones necesarias.

**Paso N°2-** Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el control prenatal. Se facilita la asistencia, se promueve la articulación entre las distintas áreas de la maternidad para facilitar la realización de estudios diagnósticos, se informa sobre los derechos.

**Paso N°3-** Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y parto. Se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y el parto, se alienta a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta, posiciones, tiempos en el parto, etc. Se estimula la lactancia precoz y el vínculo temprano madre-hijo.

**Paso N°4-** Priorizar la internación conjunta madre-hijo sanas con la participación de la familia. Se facilita el acompañamiento durante la internación y la visita de los padres y demás familiares.

---

<sup>6</sup> Maternidad segura y centrada en la familia: conceptualización e implementación del modelo. segunda edición. Editorial Silvia Ortiz especialista en salud de la UNICEF y Migue Larguita. Presidente de la fundación Neonatología junio de 2012.

**Paso N°5-**Facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal. Padre y madre tienen ingreso irrestringido en la internación neonatal y se facilita la visita de hermanos y abuelos del recién nacido. Se promueve el contacto piel a piel y la lactancia materna.

**Paso N°6-**Contar con una residencia para madres. En un ambiente cómodo y confortable.

**Paso N°7-**Contar con un servicio voluntario hospitalario, el voluntariado realiza acciones de apoyo a las embarazadas y a sus familiares.

**Paso N°8-**Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

**Paso N°9-** Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna.

**Paso N°10-**Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la transformación en maternidad segura y centrada en la familia.

Dada la importancia de estos puntos es que se expone en forma sintética los derechos de las madres durante esta etapa.

#### LEY NACIONAL 25.929 – LEY DE PARTO HUMANIZADO<sup>7</sup>.

Todas las instituciones públicas, privadas y de las obras sociales están obligadas a cumplir la **Ley Nacional 25.929** y, quienes no la respeten, podrán ser sancionados. La legislación indica que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

---

<sup>7</sup>Ley nacional de parto humanizado:  
[www.unicef.org/argentina/spanish/partohumanizado/ley\\_de\\_parto\\_humanizado.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/partohumanizado/ley_de_parto_humanizado.pdf)

- A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- A ser tratada con respeto y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Teniendo en cuenta la importancia de los derechos de las madres, el rol de enfermería es fundamental



## APARTADO C

### EL ROL DE ENFERMERIA

El rol de enfermería<sup>8</sup> es muy importante no solo a la hora de realizar procedimientos sino también por la contención que brinda en estos momentos. Brinda acompañamiento durante todo el proceso de parto, está presente en cada etapa por la que transita la gestante desde su ingreso al centro asistencial. Por eso es importante el papel que desempeña, y más aun sería que dicho personal tomara consciencia del papel que puede llegar a ejercer en ese momento y la responsabilidad que implica.

El rol asistencial de enfermería desde el ingreso de la gestante al hospital incluye las siguientes etapas:

#### **1) Recepción de la madre en el hospital:**

- Trato amable y personalizado.
- Registro de datos sin errores
- Información general del funcionamiento del centro.
- Explicaciones claras y concretas.
- Acogida cálida y respetuosa de las gestantes, llamándola por su nombre.
- Obtención de datos clínicos de enfermería.
- Valoración de las expectativas de las gestantes en cuanto a la atención del parto.
- Toma sistemática de los signos vitales.
- Localización inmediata del médico ginecólogo.

---

<sup>8</sup>Consejería de salud, (2005), "Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado, 2da Edición, Sevilla, España.

**2) Acompañar a la madre y sus familiares al área de urgencias obstétricas:**

- Traslado inmediato y confortable
- Trato cordial y educado.
- Explicación adecuada de la mecánica del área.

**3) Valoración clínica de la gestante:**

- Registro de datos en la historia clínica de datos actuales como de los precedentes de la cartilla perinatal.
- Entregar y hacer firmar la hoja de consentimiento informado.
- Informar sobre todo las acciones que se realizaran.

**4) Tramitación del ingreso hospitalario:**

- Sin demoras y errores administrativos
- Ubicación adecuada en la sala (unidad del paciente) y permitiendo a la gestante estar acompañada por la persona de su elección en todo momento.

**5) Recepción y preparación de la gestante para el periodo de dilatación:**

- Proveer la confianza y la tranquilidad y ofertar la ayuda en el proceso estableciendo un vínculo profesional.
- Realizar oferta explícita a la mujer de acompañamiento, si lo desea, en el periodo de dilatación y en el parto.
- Retirada de objetos que lleve la gestante (joyas) así como esmaltes y maquillajes.
- Preguntar sobre la existencia de prótesis no fijas.
- Aplicar medidas higiénicas selectivas, evitando el rasurado pélvico y genitales externos así como la administración sistémica del enema, a menos que lo solicite la gestante.

- Informar a la gestante y al acompañante (principalmente a su pareja) sobre el estado del feto y el curso del trabajo de parto.
- Continuidad de los cuidados. Control de signos vitales entre otros.
- En gestantes que opten por la realización de la epidural se realizara canalización intravenosa.
- Se sugerirá una dieta absoluta con la toma de pequeños sorbos de agua.
- Observar la pérdida de líquidos por genitales.
- Evaluación de expectativas y nivel de conocimiento de la gestante respecto al parto.
- Detección de problemas de comunicación.
- Informar sobre el protocolo de identificación del recién nacido.
- Establecer cuidados, cumplimentar los registros de forma clara y concisa.
- Valorar el estado de ánimo y ofrecer apoyo emocional y físico en todo momento.
- Atención y acompañamiento continuo profesional.
- Valorar los signos vitales y el grado de hidratación periódicamente en un lapso no mayor a cuatro horas en entre cada control.
- Garantizar la intimidad de la gestante en todo momento, sobre todo en las exploraciones vaginales.

#### **6) Asistencia en el periodo expulsivo:**

- Traslado a la sala de parto en el momento y de manera adecuada asegurando la confortabilidad e informando a los familiares.
- Garantizar el derecho a la intimidad de la mujer.
- Valoración sistémica del periodo expulsivo y de la madre y el niño con el registro exhaustivo de datos.
- Ofertar diferentes alternativas sobre la postura que la gestante puede adoptar durante el parto y facilitar la elección.

- Favorecer la asistencia del acompañante y el contacto físico madre-neonato-pareja cuando no se precisen cuidados especiales.

#### **7) Atención al recién nacido:**

- Valoración clínica del recién nacido.
- Recepción: estimulación, secado, corte del cordón umbilical, baño, colocación de vacunas y profilaxis ocular, comprobación de orificios, etc.
- Facilitar, instruir en la lactancia materna y colaborar en las primeras tomas.
- Dar pautas de puericultura.
- Signos de alarma en el cuidado del recién nacido.
- Valorar el vínculo madre- hijo.
- Explicar a los padres el cuidado y la higiene del niño.

#### **8) Prestación de cuidados en el puerperio:**

- Valoración clínica, aspecto de loquios, hemorragia, signos vitales.
- Prestación de cuidados y aplicación de tratamiento médico.
- Aconsejar de ambulación precoz.
- Aconsejar a los padres sobre los programa de planificación familiar.

#### **9) Alta hospitalaria:**

- Entregar informe de alta
- Facilitar a las madres el contacto con el equipo de salud.
- Informar sobre la visita puerperal para realizar control del binomio madre-hijo.

## APARTADO D

### DESCRIPCION DEL LUGAR ELEGIDO PARA LA INVESTIGACION:

#### “HOSPITAL ANTONIO J. SCARAVELLI”

El Hospital “Antonio J. Scaravelli” está ubicado en la calle Martín M. Güemes 1441, en el departamento de Tunuyán, en la provincia de Mendoza.

El hospital fue fundado en el año 1930.

Al principio se llamaba “6 de Septiembre”, en alusión a la Revolución que el año anterior había derrocado al presidente Hipólito Irigoyen. Luego fue rebautizado “Carlos Ponce”. Hasta ese entonces se ubicaba en la calle San Martín. Era un hospital pabellonado.

En el año 1989 se inauguró el nuevo edificio, que se encuentra en la calle Güemes 1441 y Uruguay y hoy es el hospital Regional Antonio Scaravelli, en honor al Dr. Antonio Scaravelli, que tanto había luchado y aportado al crecimiento de dicho hospital.

Por ser un hospital regional, su área de influencia es el Valle de Uco y zona sur del departamento de Lujan de Cuyo, específicamente el distrito de Ugarteche. Alrededor de 100.000 personas viven en esa zona.

El Hospital cuenta con un servicio de Emergencias (Guardia) y una unidad de traslado propia. Cuenta con 2 quirófanos y una Sala de partos. Tiene 7 servicios de internación, con 33 salas: Neonatología, UTI, Perinatología, Clínica Quirúrgica, Traumatología, Clínica Médica y Pediatría. Cuenta también Consultorios Externos con las siguientes especialidades: Clínica Médica, Cardiología, Cirugía, Traumatología, Odontología, Oftalmología, Ginecología, Psicología, Neurología, Kinesiología, Fonoaudiología, Otorrinolaringología y Acción Social.

Posee Laboratorio propio, Microbiología y Bacteriología, Hemoterapia, Radiología y Ecografía.

El área de Perinatología del hospital está constituida por el servicio de maternidad, sala de parto (quirófano) y neonatología.

El servicio de maternidad cuenta con 22 camas y 22 cunas para la atención de la madre y el recién nacido. Neonatología cuenta con 10 unidades para internación.

# **CAPITULO II**

## **Diseño metodológico**

## **TIPO DE ESTUDIO**

Para alcanzar los objetivos generales y específicos propuestos en este trabajo de investigación se realiza un estudio de variables cualitativas (embarazo adolescente; acompañamiento). De acuerdo al enfoque es **cuantitativo**, porque se utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar la teoría expuesta. El tipo de estudio es **correlacional**, porque se procura conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular, en este caso la relación entre el embarazo adolescente y el acompañamiento. Tales correlaciones se sustentan en la hipótesis expuesta. Es de **corte transversal**, ya que se ha trabajado en un lapso específico de tiempo. La muestra que se ha tomado es un subgrupo de embarazadas de edad entre 12 a 19 años que concurren al Hospital Scaravelli. La fuente de información es primaria (directamente la paciente) y el instrumento de medición que se ha utilizado fue un cuestionario mixto (con preguntas cerradas y abiertas) diseñado por las autoras.

Con respecto al lugar de desarrollo es de campo, porque observamos el fenómeno en su ambiente natural. Según la población es **no probabilístico**, ya que la muestra no es aleatoria, sino elegida (embarazadas entre 12 y 19 años exclusivamente). Nuestra investigación es **inductiva**, porque partimos de un caso general para concluir en un caso particular y el objetivo es encaminado a conclusiones.

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Para esta investigación se ha seleccionado como población a las embarazadas adolescentes entre 12 y 19 años exclusivamente, del servicio de Perinatología del Hospital J. A. Scaravelli, en la ciudad de Tunuyán, provincia de Mendoza. Se ha tomado al 100% de la población, siendo el total de encuestadas, 95 embarazadas.



## **MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

Por la cantidad de la población fue necesario tomar el 100% de las embarazadas adolescentes entre 12 y 19 años exclusivamente, del servicio de Perinatología del Hospital J. A. Scaravelli, durante el 3 trimestre del año 2014 (julio, agosto y septiembre), para que la muestra sea representativa.

## **HIPÓTESIS**

Disminuirían significativamente las complicaciones propias del parto (como el trabajo de parto prolongado, el parto distócico, la cesárea de urgencia, la episiotomía, el desgarro vaginal, entre otras) y las complicaciones del post parto (como las hemorragias, la depresión postparto, el puerperio patológico, entre otras) en adolescentes que reciben acompañamiento de la persona de su confianza durante el mismo.

## VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Características de las embarazadas adolescentes	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 a 13 años</li> <li>• 14 a 15 años</li> <li>• 16 a 17 años</li> <li>• 18 a 19 años</li> </ul>
	N° de paras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• 3 o mas</li> </ul>
	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primario incompleto</li> <li>• Primario completo</li> <li>• Secundario incompleto</li> <li>• Secundario completo</li> </ul>
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• En pareja</li> </ul>
	Situación laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabaja en relación de dependencia.</li> <li>• Trabaja por cuenta propia.</li> <li>• No trabaja</li> </ul>
Acompañamiento familiar	Presencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continua</li> <li>• Intermitente</li> </ul>
	Contención emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinda contención</li> <li>• No brinda contención</li> </ul>
	Persona de confianza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esposo/Pareja</li> <li>• Madre</li> <li>• Hermana</li> <li>• Amiga</li> <li>• Suegra</li> <li>• Cuñada</li> <li>• Tía</li> </ul>
	Experiencia en la función de acompañante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucha</li> <li>• Poca</li> <li>• Ninguna</li> </ul>
	Tipo de relación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena</li> <li>• Regular</li> <li>• Mala</li> </ul>

Complicaciones perinatales	En la madre adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de parto prolongado</li> <li>• Parto distócico</li> <li>• Cesáreas de urgencia</li> <li>• Episiotomía</li> <li>• Desgarros del tejido vaginal</li> <li>• Hemorragia</li> <li>• Depresión post-parto</li> </ul>
	En el recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recién nacido deprimido</li> <li>• Hipoxia</li> <li>• Hipotonía muscular</li> <li>• LAM (liquido amniótico meconial)</li> <li>• DEL (dificultad en la lactancia)</li> <li>• Dificultad en el vinculo madre-hijo</li> </ul>

# **ANALISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS**

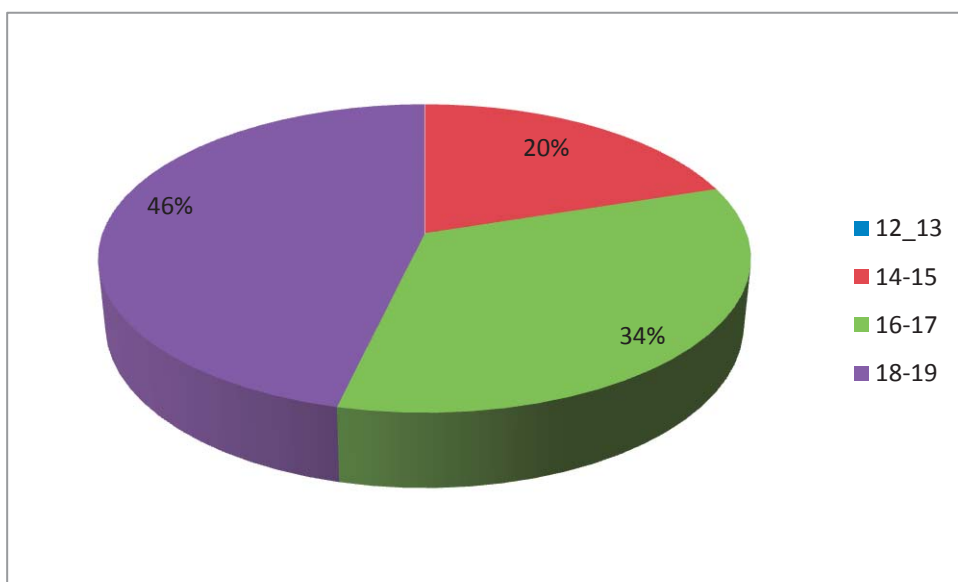
### **TABLA N°1**

La siguiente tabla hace referencia a la edad de las embarazadas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli. Se han agrupado a las edades cada 2 años, lo que nos separa a las adolescentes en 4 grupos o etapas: las adolescentes de menor edad (12-13 años), las adolescentes de baja edad (14-15 años), las adolescentes de mediana edad (16-17 años) y las adolescentes de mayor edad (18-19 años).

EDAD	F.A	F%
12-13	0	0
14-15	19	20
16-17	32	34
18-19	44	46
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Grafico N°1**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a las edades, la mayoría de las puérperas adolescentes tienen entre 18-19 años, siendo su porcentaje el 46%. El 34% tienen entre 16-17 años y un 20% tienen entre 14-15 años. No hubo embarazadas adolescentes de 12-13 años.

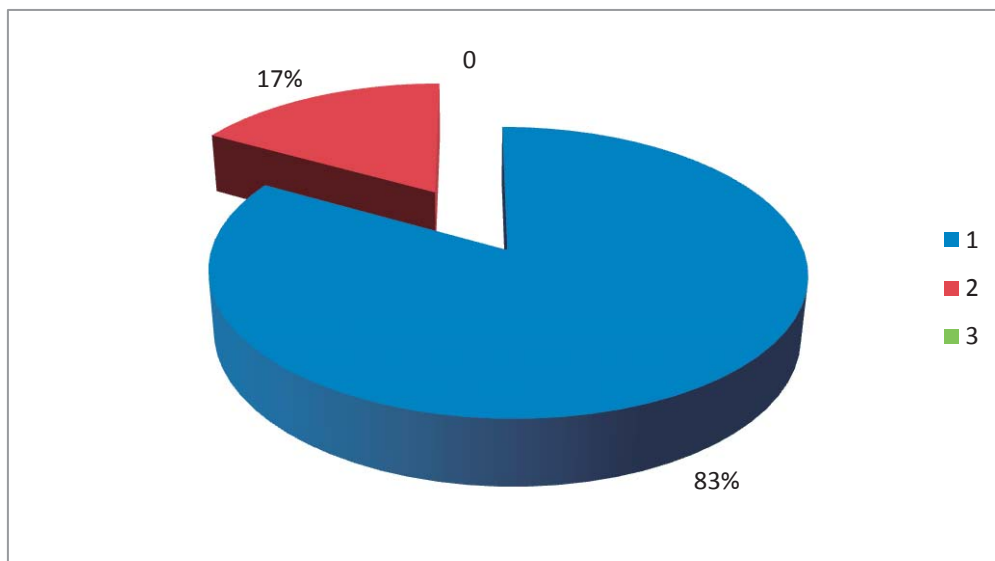
## **TABLA N°2**

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad de hijos que tienen las puérperas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli, con este parto.

CANTIDAD DE HIJOS	F.A	F%
1	79	83
2	16	17
3	0	0
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

## **Grafico N°2**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a la cantidad de hijos, el 83% de las puérperas adolescentes tienen 1 hijo, o sea, son primigestas. El 17% tienen, con este parto, el segundo hijo y el 0% tienen 3 o más niños.

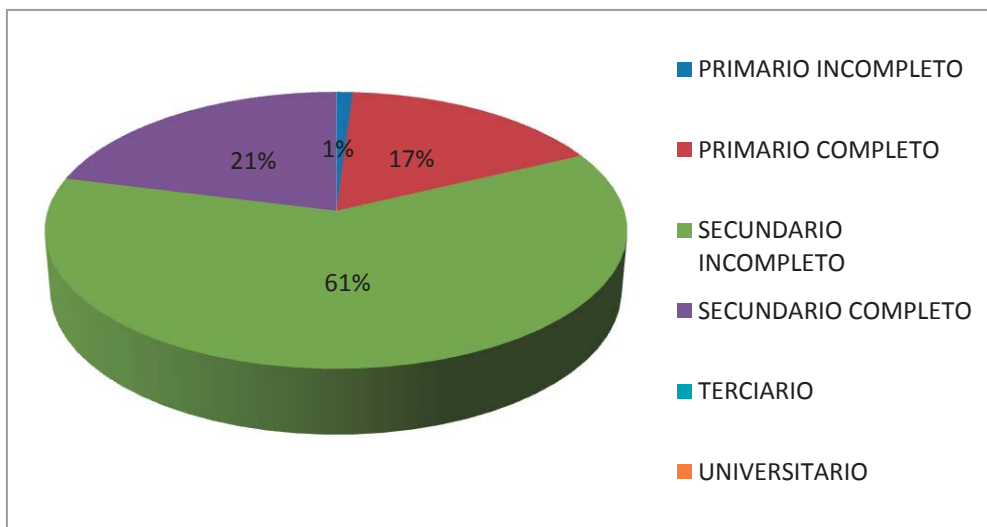
### **TABLA N°3**

La siguiente tabla hace referencia a la escolaridad que tienen las puérperas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli.

ESCOLARIDAD	F.A	F%
PRIMARIO INCOMPLETO	1	1
PRIMARIO COMPLETO	16	17
SECUNDARIO INCOMPLETO	58	61
SECUNDARIO COMPLETO	20	21
TERCIARIO	0	0
UNIVERSITARIO	0	0
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Grafico N°3**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente al nivel de escolaridad de las puérperas adolescentes, la mayoría tienen el secundario incompleto, siendo su porcentaje el 61%, un 21% tienen el secundario completo, el 17% tienen el primario completo y un 1% tienen el primario incompleto. No hay ninguna embarazada que esté cursando el nivel superior.



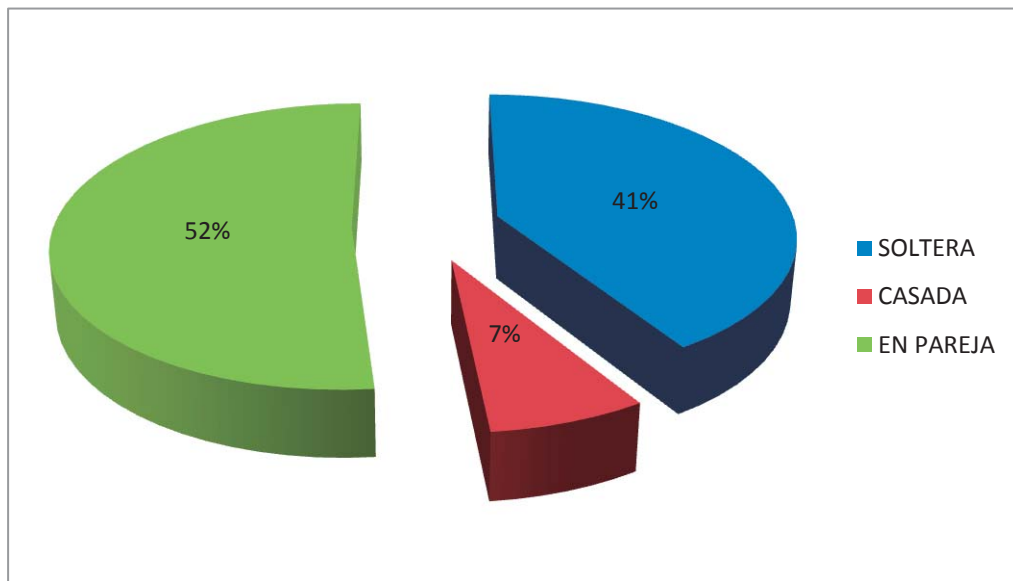
#### **TABLA N°4**

La siguiente tabla hace referencia al estado civil de las embarazadas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli.

ESTADO CIVIL	F.A	F%
SOLTERA	39	41
CASADA	7	7
EN PAREJA	49	52
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

#### **Grafico N°4**



**COMENTARIO:** Según la tabla que hace referencia al estado civil de las embarazadas adolescentes que se encuentran internadas, la mayoría se encuentra en pareja, siendo su porcentaje el 52%; el 41% son solteras y un 7% están casadas.

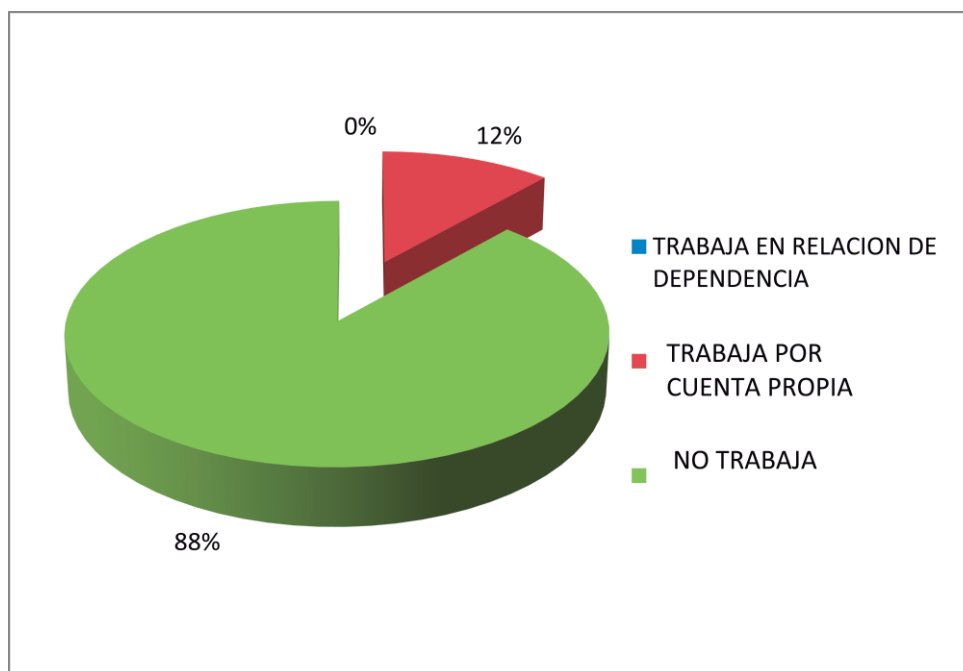
### **TABLA N°5**

La siguiente tabla hace referencia a la situación laboral que tienen las puérperas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli.

SITUACION LABORAL	F.A	F%
TRABAJA EN RELACION DE DEPENDENCIA	0	0
TRABAJA POR CUENTA PROPIA	11	12
NO TRABAJA	84	88
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Grafico N°5**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a la situación laboral de las puérperas adolescentes, la mayoría no trabaja, siendo el porcentaje de las mismas el 88% y un 12% trabaja por cuenta propia.

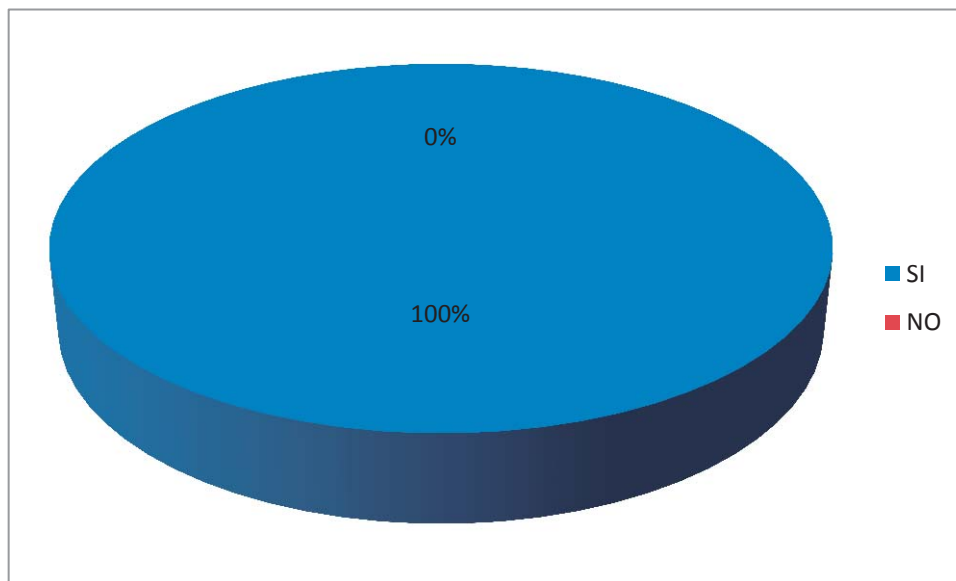
### **TABLA N°6**

La siguiente tabla hace referencia al acompañamiento que tuvieron las puérperas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli, si fueron acompañadas durante la internación o no.

PRESENCIA DE ACOMPAÑANTE	F.A	F%
SI	95	100
NO	0	0
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°6**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente al acompañamiento que recibieron las puérperas adolescentes, todas tuvieron por lo menos un acompañante, siendo el porcentaje de las puérperas acompañadas el 100%.

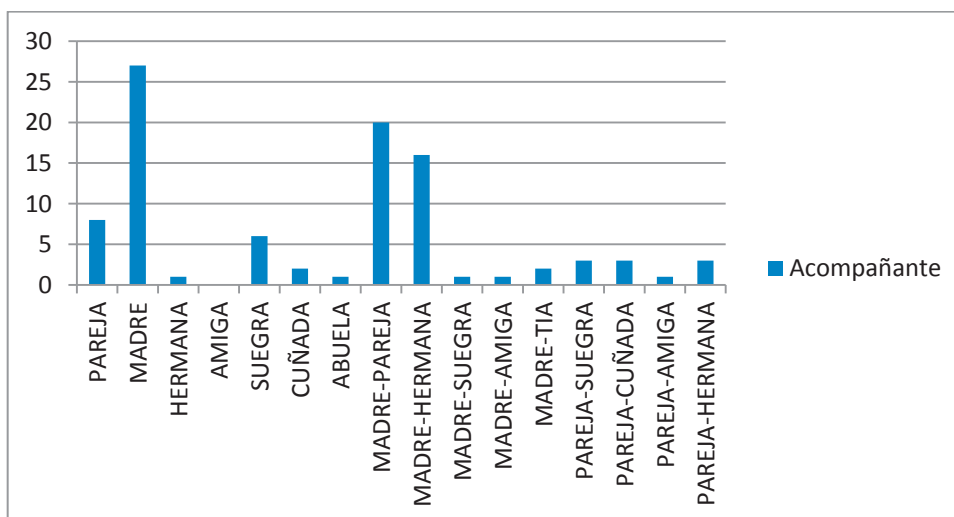
## TABLA N°7

La siguiente tabla hace referencia a las personas que tuvieron las puérperas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli, como acompañantes durante la internación.

PERSONA ACOMPAÑANTE	F.A	F%	PERSONA ACOMPAÑANTE	F.A	F%
PAREJA	8	8	PAREJA	38	40
MADRE	27	28	MADRE	67	71
HERMANA	1	1	HERMANA	20	21
AMIGA	0	0	AMIGA	2	2
SUEGRA	6	6	SUEGRA	10	11
CUÑADA	2	2	CUÑADA	5	5
ABUELA	1	1	ABUELA	1	1
MADRE-PAREJA	20	21			
MADRE-HERMANA	16	17			
MADRE-SUEGRA	1	1			
MADRE-AMIGA	1	1			
MADRE-TIA	2	2			
PAREJA-SUEGRA	3	3			
PAREJA-CUÑADA	3	3			
PAREJA-AMIGA	1	1			
PAREJA-HERMANA	3	3			
TOTAL	95	100			

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014

## Gráfico N°7



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a las personas que acompañaron a las puérperas adolescentes, la madre aparece como cuidadora en un 71% de las veces y la pareja está presente en un 40% de las veces acompañando a la adolescente.

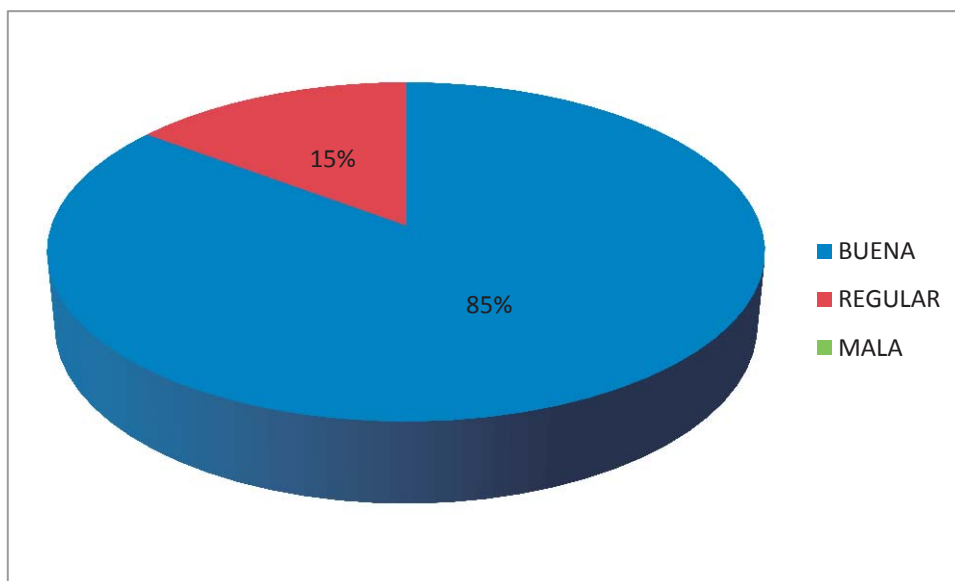
### **TABLA N°8**

La siguiente tabla hace referencia al tipo de relación que tienen las púerperas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli, con sus acompañantes, durante la internación.

RELACION CON EL ACOMPAÑANTE	F.A	F%
BUENA	81	85
REGULAR	14	15
MALA	0	0
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°8**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente al tipo de relación que tienen las adolescentes con las personas que las acompañaron durante su internación, la mayoría tienen una buena relación con sus acompañantes, siendo el porcentaje correspondiente de las mismas el 85%, y solo un 15% tienen una regular relación con su acompañante.

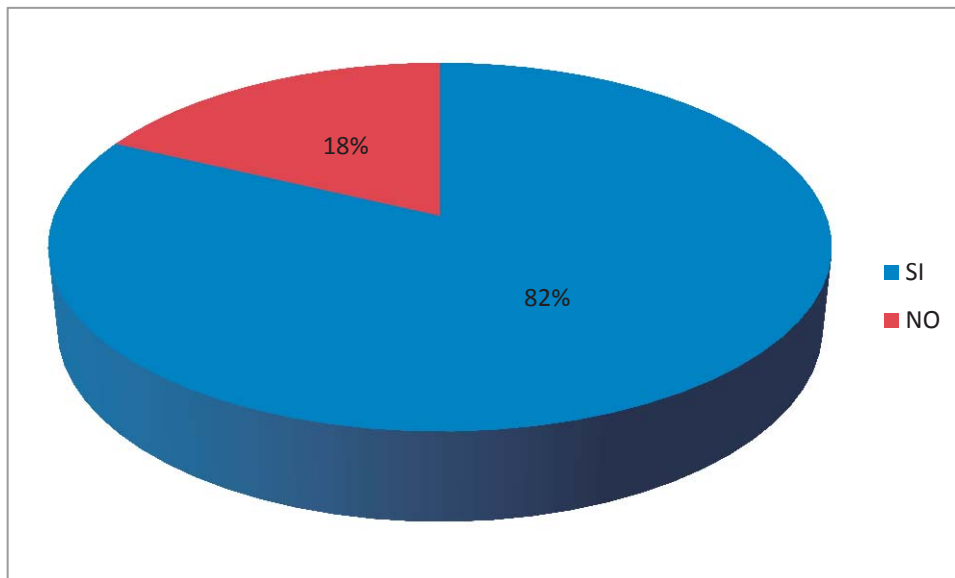
### **TABLA N°9**

La siguiente tabla hace referencia al tipo de frecuencia del acompañamiento que tienen las puérperas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli, con sus acompañantes durante la internación, si fue de forma permanente o no.

ACOMPANAMIENTO PERMANENTE	F.A	F%
SI	78	82
NO	17	18
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°9**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a la frecuencia de acompañamiento que tienen las adolescentes, la mayoría tienen acompañamiento permanente, siendo el porcentaje correspondiente del mismo el 82% y solo el 18% no tuvo compañía de forma permanente.

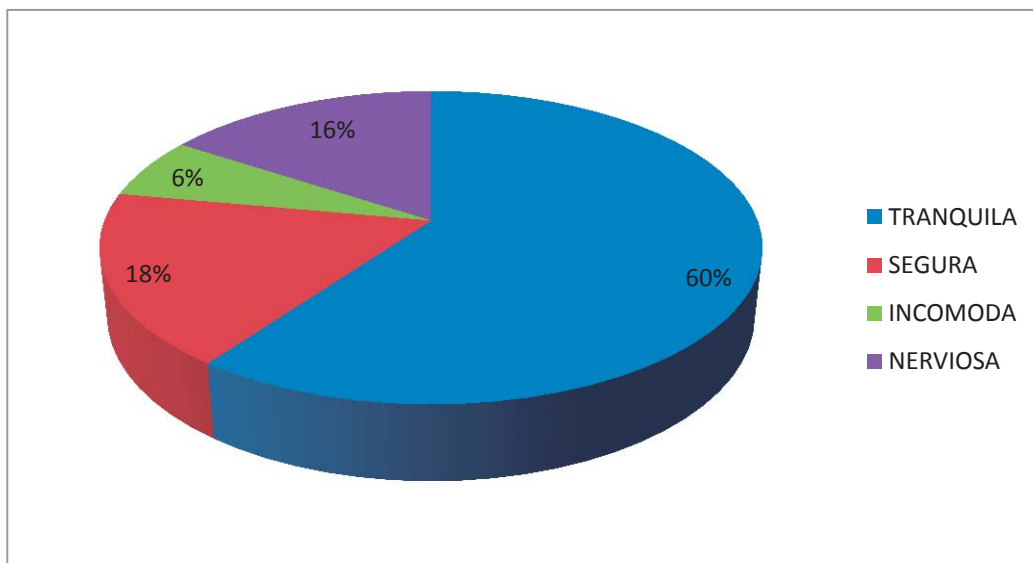
### **TABLA N°10**

La siguiente tabla hace referencia al sentimiento que genera el acompañamiento en las adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli

SENTIMIENTOS POR ACOMPAÑAMIENTO	FA	F%
TRANQUILA	57	60
SEGURA	17	18
INCOMODA	6	6
NERVIOSA	15	16
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°10**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente al sentimiento que genera en la adolescente internada el tener acompañamiento, el 60% se siente tranquila con su acompañante presente y el 18% se siente segura. Sin embargo, a un 16% su acompañante la hace sentir nerviosa y a un 6% su acompañante la hace sentir incomoda.

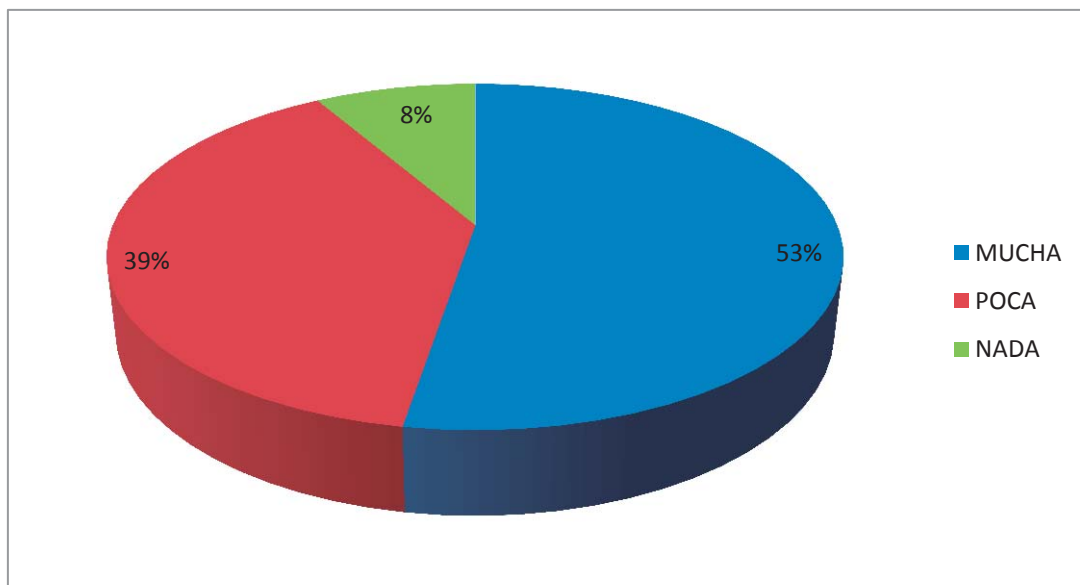
### **TABLA N°11**

La siguiente tabla hace referencia a los conocimientos en cuidados que poseen los acompañantes de las adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli

EXPERIENCIA EN CUIDADO	FA	F%
MUCHA	50	53
POCA	37	39
NADA	8	8
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°11**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a la experiencia en cuidados que posee el acompañante de la adolescente internada, el 50% tiene mucha experiencia en cuidados, un 37% tiene poca experiencia y el 8% no posee experiencia.



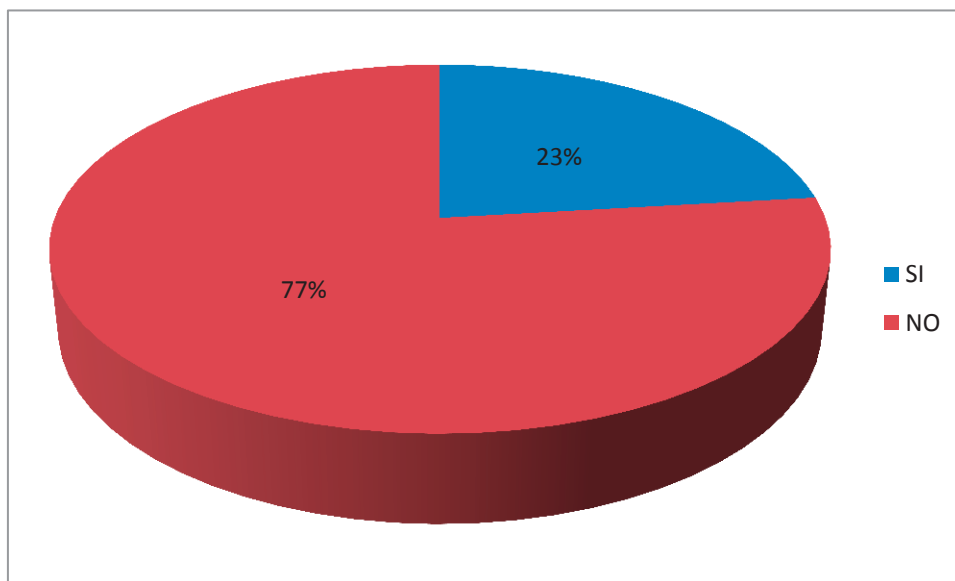
### **TABLA N°12**

La siguiente tabla hace referencia a la presencia de los acompañantes de confianza de las adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli, en la sala de partos, en el momento del nacimiento del bebé.

PRESENCIA DE ACOMPAÑANTES EN EL PARTO	FA	F%
SI	22	23
NO	73	77
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°12**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a la presencia de los acompañantes de confianza de las adolescentes que se encuentran internadas, en la sala de partos, el 77% no entró acompañada a la sala de partos y solo el 23% entraron a la sala de partos con acompañantes.

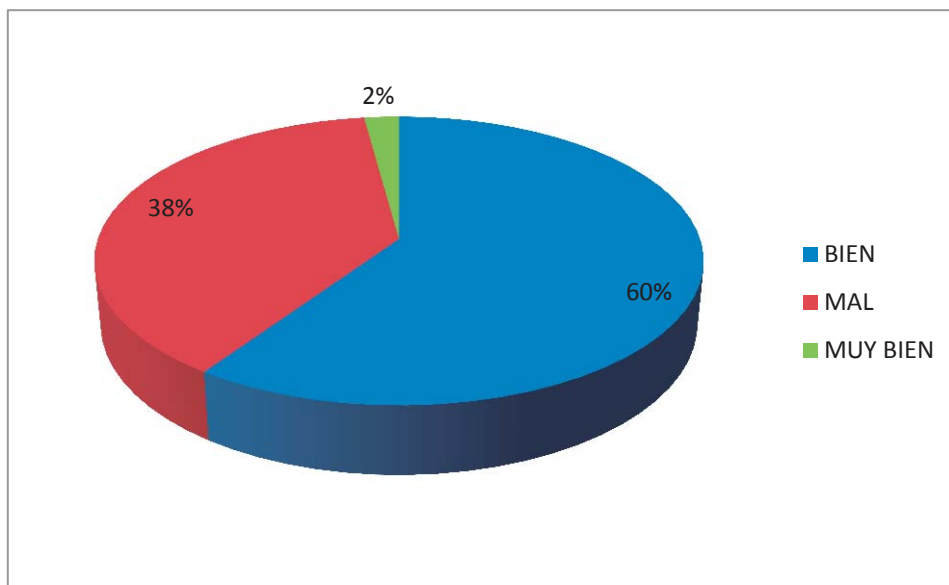
### **TABLA N°13**

La siguiente tabla hace referencia al sentimiento que genera la ausencia de los acompañantes de confianza durante el parto, de las adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli.

SENTIMIENTO POR AUSENCIA DE ACOMPAÑANTE EN EL PARTO	FA	F%
BIEN	56	60
MAL	36	38
MUY BIEN	2	2
TOTAL	94	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°13**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente al sentimiento que genera en la adolescente internada el no tener acompañamiento en el momento del parto, el 60% se sintió bien con respecto a no ser acompañada durante el parto, el 38% se sintió mal sin su acompañante presente, y un 2% se sintió muy bien.

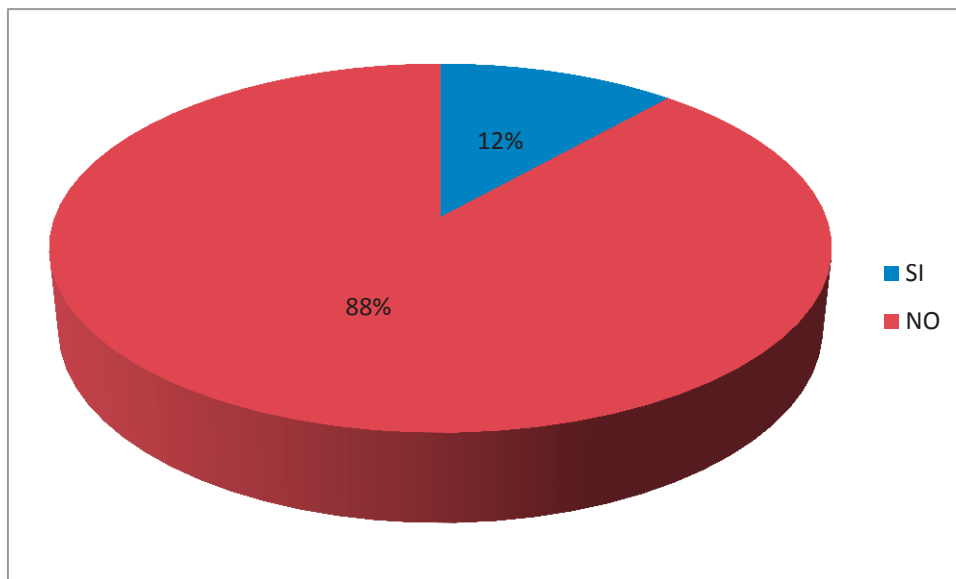
#### **TABLA N°14**

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad de adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli, que fueron informadas por el personal de salud sobre sus derechos como embarazadas.

CONOCE SUS DERECHOS	FA	F%
SI	11	12
NO	84	88
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

#### **Gráfico N°14**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a la cantidad de adolescentes que fueron informadas por el personal de salud sobre sus derechos como embarazadas, el 88% no fueron informadas sobre sus derechos y solo el 12% si lo fueron.

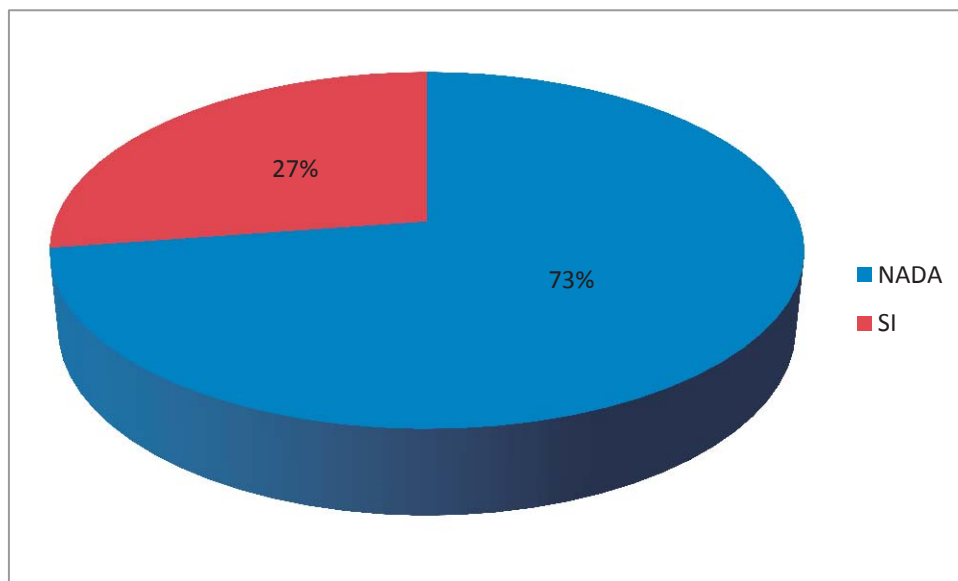
### **TABLA N°15**

La siguiente tabla hace referencia al deseo de las adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli, de realizar algún cambio de la experiencia vivida durante su internación.

DESEO DE CAMBIOS	FA	F%
NADA	69	73
SI	26	27
TOTAL	95	100

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014

### **Gráfico N°15**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente al deseo de realizar algún cambio de la experiencia vivida durante su internación que tienen las embarazadas adolescentes, el 73% no quiere cambiar nada, y el 27% quiere cambiar algo.

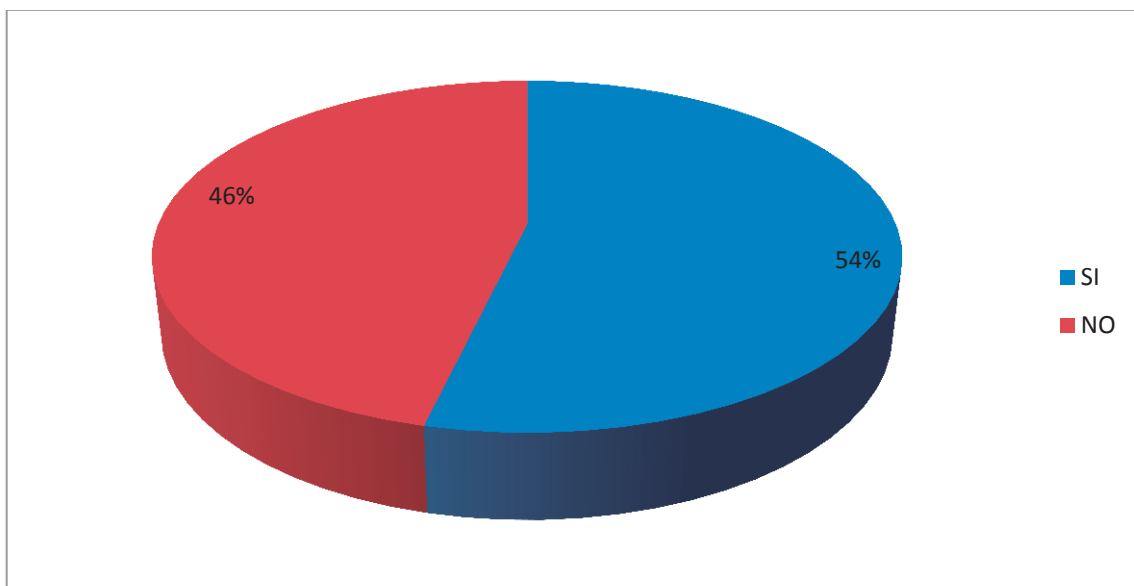
### **TABLA N°16**

La siguiente tabla hace referencia a la presencia de complicaciones durante el parto que sufrieron las adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli.

COMPLICACIONES EN LA MADRE	FA	F%
SI	51	54
NO	44	46
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°16**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a la presencia de complicaciones durante el parto que sufrieron las adolescentes internadas, el 54% sufrió alguna complicación y el 46% no tuvo ninguna complicación durante el parto.

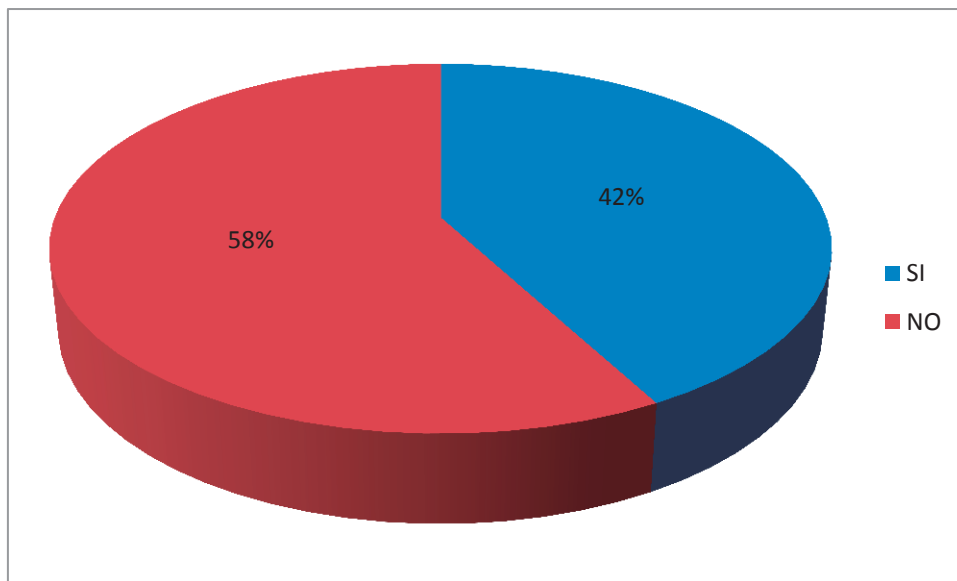
**TABLA N°17**

La siguiente tabla hace referencia a la presencia de complicaciones en los bebés de las embarazadas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli que sufrieron complicaciones.

COMPLICACIONES EN EL BEBÉ	FA	F%
SI	40	42
NO	55	58
TOTAL	95	100

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014

**Gráfico N°17**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a la presencia de complicaciones en los bebés de las embarazadas adolescentes internadas, el 58% no tuvieron ninguna complicación y el 42% sufrieron alguna complicación

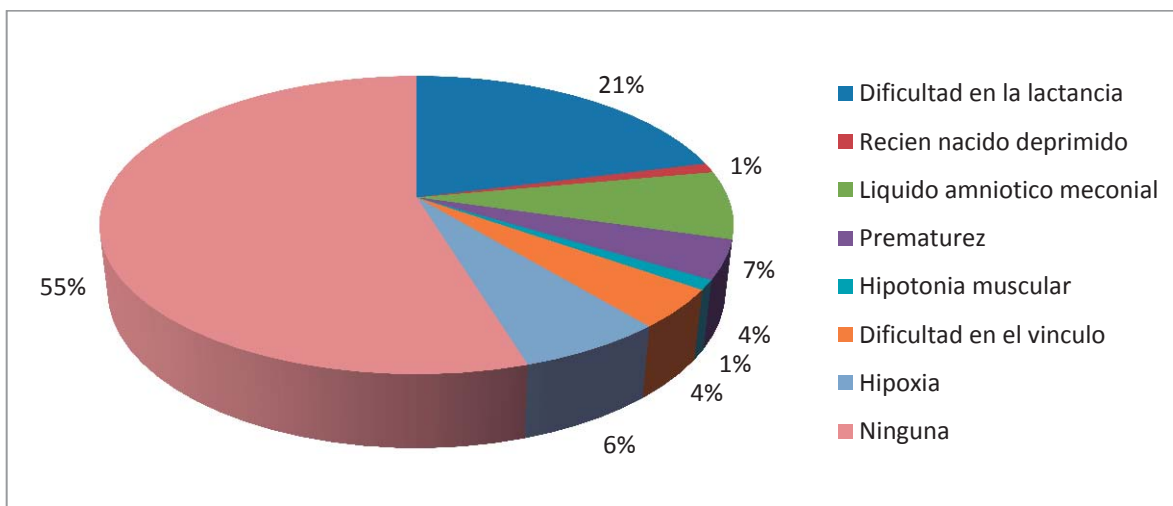
### **TABLA N°18**

La siguiente tabla hace referencia a los tipos de complicaciones que sufrieron los bebés de las embarazadas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli.

TIPOS DE COMPLICACIONES	FA	F%
Dificultad en la lactancia	20	21
Recién nacido deprimido	1	1
Líquido amniótico meconial	7	7
Prematurez	4	4
Hipotonía muscular	1	1
Dificultad en el vínculo	4	4
Hipoxia	6	6
Ninguna	52	55
TOTAL	95	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°18**



**COMENTARIO:** Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente al tipo de complicaciones que sufrieron los recién nacidos de las embarazadas adolescentes internadas, la mayoría no presentó ninguna complicación, el 21% presentó dificultad en la lactancia, un 7% presentó líquido amniótico meconial y un 6% presentó Prematurez, entre otros.

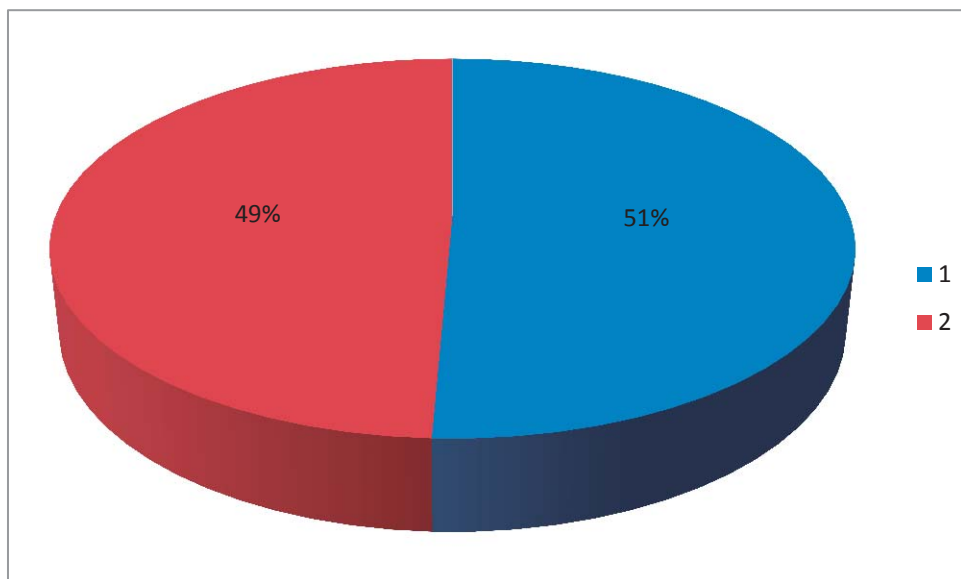
### **TABLA N°19**

Tomando solamente al grupo de embarazadas que no fueron acompañadas durante el parto (73), la siguiente tabla y grafico hace referencia al sentimiento que le genero a la adolescente el hecho de no ser acompañada en ese momento.

NO ACOMPAÑAMIENTO	F.A	F%
BIEN	37	51
MAL	36	49
TOTAL	73	100

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014

### **Gráfico N°19**



**COMENTARIO:** De las 95 embarazadas encuestadas, 73 no entraron acompañadas a la sala de partos. De estas 73 embarazadas, el 51% se sintió conforme con esta situación o no le dio relevancia al hecho de ser acompañada durante el parto, y el 49% se sintió mal por esa situación.



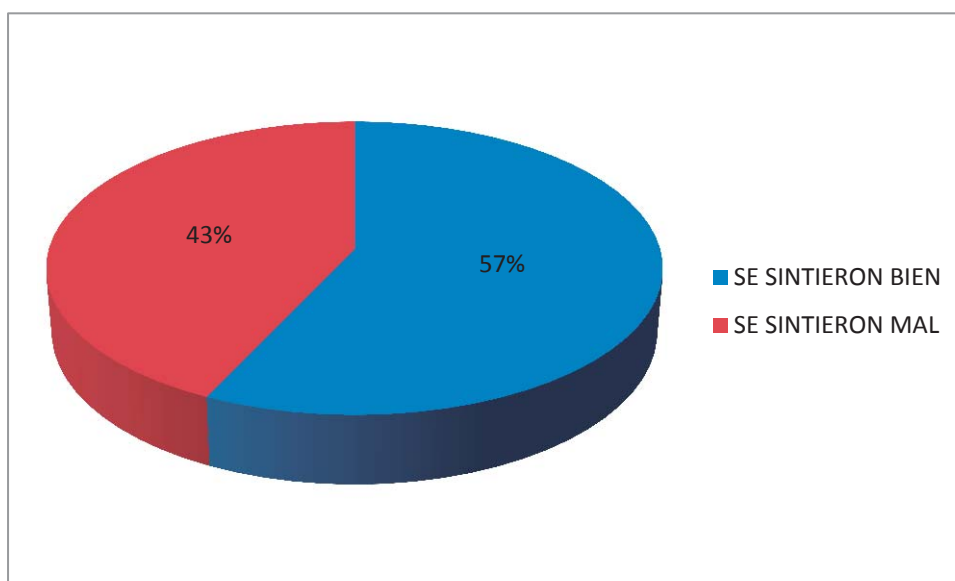
### **TABLA N°20**

Tomando solamente al grupo de embarazadas de 18-19 años (que es el predominante entre las edades de 12 y 19 años) que no fueron acompañadas durante el parto (35), la siguiente tabla y gráfico hace referencia al sentimiento que le generó a la adolescente de 18-19 años, el hecho de no ser acompañada en el momento del parto.

EMBARAZADAS DE 18-19 AÑOS	F.A	F%
SE SINTIERON BIEN	20	57
SE SINTIERON MAL	15	43
TOTAL	35	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°20**



**COMENTARIO:** De las 35 embarazadas encuestadas de 18-19 años, el 43% se sintió conforme con respecto a no ser acompañadas durante el parto o no le dio relevancia al hecho de ser acompañada durante el parto, y el 57% se sintió mal por esa situación.

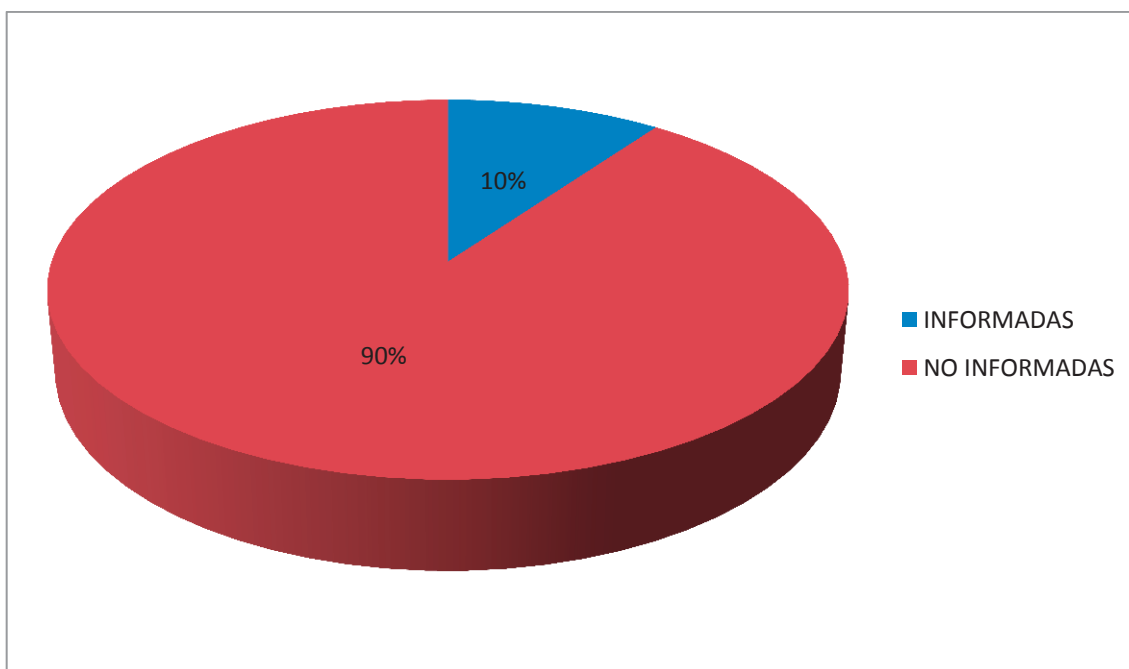
### **TABLA N°21**

La siguiente tabla y grafico hace referencia a si las adolescente de 18-19 años que se sintieron bien al no ser acompañadas durante el parto, recibieron información sobre sus derechos como embarazadas

EMB. 18-19 QUE SE SINTIERON BIEN	F.A	F%
INFORMADAS	2	10
NO INFORMADAS	18	90
TOTAL	20	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°21**



**COMENTARIO:** De las 20 embarazadas encuestadas de 18-19 años que se sintieron bien al no ser acompañadas durante el parto, el 90% no recibió información sobre sus derechos como embarazadas por parte del equipo de salud, y el 10% si fue informada sobre sus derechos como adolescentes y embarazadas.

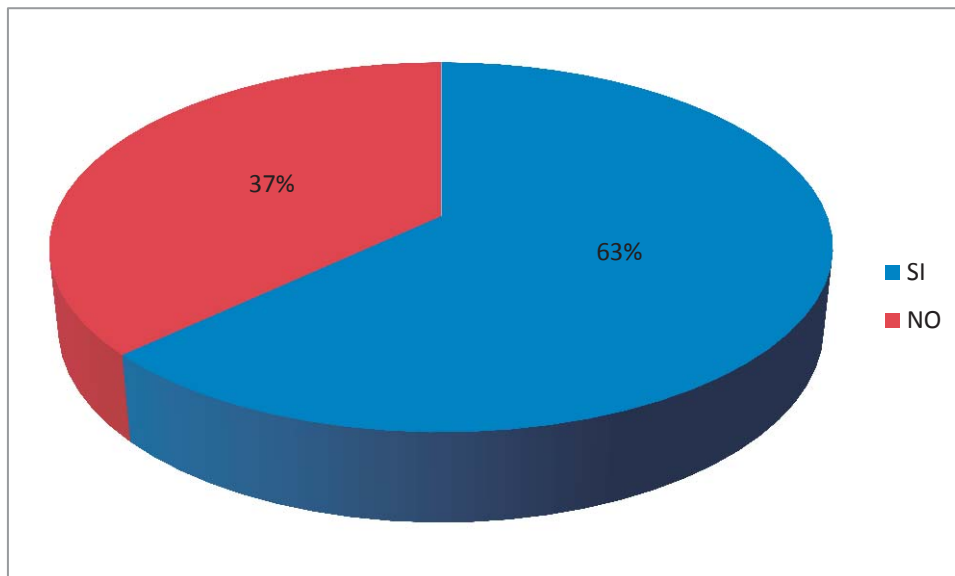
### **TABLA N°22**

Tomando solamente al grupo de las embarazadas que no recibieron acompañamiento durante el momento del parto (73), la siguiente tabla y gráfico hacen referencia al tipo de frecuencia de complicaciones que presentan estas embarazadas adolescentes que se encuentran internadas en el servicio de Perinatología del Hospital Scaravelli.

COMPLICACIONES EN EMBARAZADAS NO ACOMPAÑADAS	F.A	F%
SI	46	63
NO	27	37
TOTAL	73	100

**Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Mendoza, 2014**

### **Gráfico N°22**



**COMENTARIO:** De las 73 adolescentes embarazadas que no recibieron acompañamiento durante el momento del parto, el 63% presentó algún tipo de complicación, mientras el 37% no presentó ninguna.

# **CAPITULO III**

## **Resultados, discusiones y propuestas**

## **RESULTADOS**

La muestra corresponde a 95 encuestadas. Las mismas son embarazadas adolescentes entre 12 y 19 años exclusivamente, del servicio de Perinatología del Hospital J. A. Scaravelli, durante el 3° trimestre del año 2014 (julio, agosto y septiembre)

1) Según la matriz de datos analizada, las edades de las embarazadas adolescentes internadas en el servicio de Perinatología del hospital Scaravelli, están representadas por: el 46% entre 18 a 19 años de edad, el 34% entre 16 a 17 años y un 20% tienen entre 14-15 años. No hubo embarazadas adolescentes de 12-13 años.

2) La cantidad de hijos con este parto está representada por: el 83% de las puérperas adolescentes tienen 1 hijo, o sea, son primigestas. El 17% tienen, con este parto, el segundo hijo y el 0% tienen 3 o más niños con este parto.

3) El nivel de escolaridad de las puérperas adolescentes está representado por: el 61% tiene el secundario incompleto, un 21% tienen el secundario completo, el 17% tienen el primario completo y un 1% tienen el primario incompleto. No hay ninguna embarazada que esté cursando el nivel superior.

4) El estado civil de las embarazadas adolescentes está representado por: el 52% está en pareja, el 41% son solteras y un 7% están casadas.

5) La situación laboral de las puérperas adolescentes está representada por: el 88% no trabaja y un 12% trabaja por cuenta propia.

6) El acompañamiento que recibieron las puérperas adolescentes, está representado por: el 100% tuvieron por lo menos un acompañante, siendo el porcentaje de las puérperas acompañadas el 100%.

7) Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a las personas que acompañaron a las puérperas adolescentes, la madre aparece como cuidadora en un 71% de las veces y la pareja está presente en un 40% de las veces acompañando a la adolescente.

8) El tipo de relación que tienen las adolescentes con las personas que las acompañaron durante su internación, está representado por: el 85% tienen una buena relación con sus acompañantes y un 15% tienen una regular relación con su acompañante. Ninguna tiene mala relación con su acompañante.

9) La frecuencia de acompañamiento que tienen las adolescentes está representado por: el 82% tienen acompañamiento permanente y el 18% no tuvo compañía de forma permanente.

10) El sentimiento que genera en la adolescente internada el tener acompañamiento está representado por: el 60% se siente tranquila con su acompañante presente y el 18% se siente segura. Sin embargo, a un 16% su acompañante la hace sentir nerviosa y a un 6% su acompañante la hace sentir incomoda.

11) La experiencia en cuidados que posee el acompañante de la adolescente internada está representada por: el 50% tiene mucha experiencia en cuidados, el 37% tiene poca experiencia y el 8% no posee experiencia.

12) La presencia de los acompañantes de confianza de las adolescentes que se encuentran internadas, en la sala de partos, está representada por: el 77% no entro acompañada a la sala de partos y solo el 23% entraron a la sala de partos con la persona de su confianza.

13) El sentimiento que genera en la adolescente internada el no tener acompañamiento en el momento del parto está representado por: el 60% se

sintió bien con respecto a no ser acompañada durante el parto, el 38% se sintió mal sin su acompañante presente, y un 2% se sintió muy bien.

14) La cantidad de adolescentes que fueron informadas por el personal de salud sobre sus derechos como embarazadas está representada por: el 88% no fueron informadas sobre sus derechos y solo el 12% si lo fueron.

15) El deseo por parte de las embarazadas adolescentes de realizar algún cambio de la experiencia vivida durante su internación está representado por: el 73% no quiere cambiar nada, y el 27% quiere cambiar algo.

16) La presencia de complicaciones durante el parto que sufrieron las adolescentes internadas está representada por: el 54% sufrió alguna complicación y el 46% no tuvo ninguna complicación durante el parto.

17) La presencia de complicaciones en los bebés de las embarazadas adolescentes internadas está representada por: el 58% no tuvieron ninguna complicación y el 42% sufrieron alguna complicación.

18) Las complicaciones que sufrieron los recién nacidos de las embarazadas adolescentes internadas están representadas por: el 66% no presentó ninguna complicación, el 21% presentó dificultad en la lactancia, un 7% presentó liquido amniótico meconial y un 6% presentó prematurez, entre otros.

19) De las 95 embarazadas encuestadas, 73 no entraron acompañadas a la sala de partos. De estas 73 embarazadas, el 51% se sintió conforme con esta situación o no le dio relevancia al hecho de ser acompañada durante el parto, y el 49% se sintió mal por esa situación.

20) De las 35 embarazadas encuestadas de 18-19 años, el 43% se sintió conforme con respecto a no ser acompañadas durante el parto o no le dio

relevancia al hecho de ser acompañada durante el parto, y el 57% se sintió mal por esa situación.

21) De las 20 embarazadas encuestadas de 18-19 años que se sintieron bien al no ser acompañadas durante el parto, el 90% no recibió información sobre sus derechos como embarazadas por parte del equipo de salud, y el 10% si fue informada sobre sus derechos como adolescentes y embarazadas.

22) Si solamente analizamos al grupo de las embarazadas que no recibieron acompañamiento durante el momento del parto, correspondiente a 73 adolescentes, podemos notar que el 63% presentó algún tipo de complicación, mientras el 37% no presentó ninguna.

Podemos decir que del total de las embarazadas adolescentes encuestadas, la edad promedio es entre 18 y 19 años, siendo su porcentaje el 46%; el 61 % de las embarazadas tiene el secundario incompleto, el 52% está en pareja, el 17% ya tiene su segundo hijo y solo un 12% trabaja.

Teniendo en cuenta al grupo de las embarazadas de 18 y 19 años, que corresponde al 46% de las encuestadas, podemos decir de las mismas que: el 11% está casada, el 74% está en pareja y el 16% es soltera. En base a estos datos podemos decir que el 85% de estas chicas cuenta con la presencia del padre del niño. Teniendo en cuenta el modelo de “Maternidad segura y centrada en la familia”, este dato es muy importante ya que demuestra que las madres cuentan con un entorno de contención y de apoyo favorable.

Según el modelo de “Maternidad segura y centrada en la familia”, el acompañamiento en el momento del parto es muy importante. Según las encuestas, encontramos también que del 100% de las encuestadas, el 77% (73) no estuvo acompañada en el momento del nacimiento. De estas 73 embarazadas, el 63% presentó alguna complicación en el parto, el 49%



manifestó sentirse mal por no haber sido acompañada, y el 51% manifestó no sentirse mal o no le dio relevancia a este hecho.

Tomando el grupo de edad predominante, que es el de 18-19 años (44 embarazadas), podemos decir que el 80% no entro acompañada a la sala de partos, y de ese 80%, el 57% no se sintió mal por ello y el 43% se sintió mal. Del 57% que se sintió mal, un 90% no recibió información sobre sus derechos como embarazada y solo un 10% si lo recibió.

También se ha analizado al otro grupo de mayor porcentaje con respecto al estado civil de estas pacientes, las solteras (41%); en base a esta característica llegamos a la conclusión que estas embarazadas están cursando un embarazo no deseado o accidental; y se ha observado que de las mismas, el 9% tiene una regular relación con su acompañante, que en estos casos el 100% es la madre, lo cual las hace sentir nerviosas e incómodas durante la internación y las hace sentir bien con respecto a no ser acompañadas durante el parto. De estas embarazadas, el 7% presentó complicaciones durante el parto, a lo cual le atribuimos este fenómeno al hecho de no haber tenido un buen apoyo emocional por parte del acompañante en este embarazo no deseado y, por supuesto, en la internación.

También se ha observado que, de las 22 embarazadas que han entrado acompañadas a la sala de partos (o sea, el 23%), el 77% no presentó ningún tipo de complicaciones durante el parto y el 100% se sintió bien y muy bien por haber sido acompañadas durante el mismo.

## **CONCLUSIÓN**

Podemos decir que de las embarazadas adolescentes internadas en el servicio de perinatología, la mayoría tenían entre 18 y 19 años, estaban en pareja, eran primigestas, no trabajaban y tenían el secundario incompleto. En base a estas características y teniendo en cuenta el modelo de maternidad segura y centrada en la familia destacamos la presencia del padre del bebé y a la vez el apoyo para esta embarazada adolescente que ejerce su pareja en este momento tan importante de su vida. Estas embarazadas recibieron acompañamiento permanente durante el trabajo de parto por parte de su pareja e incluso de otros familiares, pero al momento de entrar a la sala de partos se encontraron solas. Llegamos a la conclusión de que este hecho se presentaba porque las embarazadas carecían de información sobre sus derechos por parte del personal de salud, ya que la mayoría manifestó que no sabía que, según la ley de parto humanizado, su pareja o cualquier familiar de su confianza podía entrar a la sala de partos si ella lo deseaba.

También se observó que un gran porcentaje de las embarazadas adolescentes que entraron solas a la sala de partos (el 63%), tuvieron algún tipo de complicación. Este fenómeno se debe a que estas embarazadas sintieron miedo e inseguridad por el entorno y por lo desconocido, según lo que ellas manifestaron (un 49%). Pero también se observó que un 51% de estas embarazadas no le dio relevancia al hecho de entrar solas a la sala de partos e, incluso, cuando el parto terminó, no tenían el deseo ni el interés de cambiar nada de su experiencia vivida, y eso también se debe a la falta de información, al hecho de creer que las cosas son así, por creer que esas son las reglas de la institución y que es algo normal, y aceptarlo.

Por otro lado, se ha observado que recibir acompañamiento durante el parto disminuye las complicaciones del mismo. Afirmamos esto ya que la mayoría de las encuestadas (el 63%) que entró acompañada a la sala de partos, no

presentó ningún tipo de complicaciones y se sintió muy bien por haber tenido compañía y apoyo por la persona de su confianza durante el parto.

También, en base a los resultados obtenidos, podemos afirmar que otro grupo de mayor porcentaje con respecto al estado civil de estas pacientes son las solteras (41%); de acuerdo a esta característica llegamos a la conclusión que estas embarazadas están cursando un embarazo no deseado o accidental, que por este hecho tienen una regular relación con su acompañante, que en estos casos es la madre. Este tipo de relación las hace sentir nerviosas e incómodas durante la internación, o sea en el preparto y en el postparto, y las lleva a desear entrar solas a la sala de partos. De estas embarazadas, la mayoría presentó complicaciones durante el parto, a lo cual le atribuimos este fenómeno al hecho de no haber tenido un buen apoyo emocional por parte del acompañante en este embarazo no deseado y, por supuesto, en la internación.

## **PROPUESTAS**

**INTRAHOSPITALARIA:** A las embarazadas adolescentes que son atendidas en el servicio de perinatología del hospital Scaravelli, sería fundamental que se les brinde información por parte del personal de salud, sobre sus derechos como embarazadas y las leyes del parto humanizado. Además es muy importante incluir en la explicación, sobre todo, como se desarrollará el trabajo de parto, tanto los signos y síntomas, como el parto, el parto en si mismo y el puerperio; para que no sea tan traumático este hecho nuevo y desconocido para ellas. Una buena opción sería por medio de implementación de folletos informativos, y no solo eso sino también a través de charlas educativas habitación por habitación.

**EN CONSULTA PRENATAL:** Como se observó mucha inseguridad y miedo por parte de las adolescentes, otra manera de informarlas sería en el momento de los controles prenatales y además, reforzar la educación sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, ya que se observó que el 54% tenía entre 14 y 17 años y el 17% ya tenía su segundo hijo con este parto

**EN CURSOS DE PREPARTO:** una buena propuesta sería implementar cursos de parto para adolescentes en el hospital, a modo de también tener un seguimiento de las mismas ya que varias presentaban escasos controles prenatales, y en el mismo, informarlas.

**EN LAS ESCUELAS:** Como se ha observado que un 58% de embarazadas estaba en edad escolar y un 54% tenía entre 14 y 17 años sería importante que se brindara educación sexual, métodos anticonceptivos y planificación familiar en las escuelas, por medio de personal de salud, para disminuir o evitar futuros embarazos no deseados,

La idea a través de este trabajo es, no solamente abarcar a las embarazadas que ya están en el momento del parto para informarlas, sino en todos los

ámbitos donde se desenvuelve: en la escuela, en los controles prenatales, en los cursos de parto y en el hospital. De esta manera se logrará brindarles información no solo sobre sus derechos a la hora de entrar a la sala de partos sino también que estén preparadas para este momento y para futuras complicaciones y a su vez que pueda evitar por todos los medios posibles, un futuro embarazo adolescente.

# **BIBLIOGRAFIA**

## **BIBLIOGRAFIA**

- **Uranga, Alfredo** (2004), “Guía para la atención del parto normal en maternidades centrada en la familia”, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud, Argentina
- **Ortiz, Silvia; Larguita, Migue** (2012). “Maternidad segura y centrada en la familia: conceptualización e implementación del modelo, Segunda edición”. Argentina
- **Consejería de salud,** (2005), “Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado, 2da Edición, Sevilla, España.
- **Zamora Editores LTDA.** (2008) “Manual de enfermería Zamora”, Bogotá D.C, Colombia.
- **OMS:** [www.who.int/topic/adolescent\\_health/es](http://www.who.int/topic/adolescent_health/es).
- **Ley nacional de parto humanizado:**  
[www.unicef.org/argentina/spanish/ley\\_de\\_parto\\_humanizado.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf)
- **Programa Nacional del Ministerio de Salud de la Nación para embarazadas:** <http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer>
- **Diccionario de la Real Academia Española:**  
<http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- <http://www.definicionabc.com/>
- <http://es.thefreedictionary.com/>

- <http://es.wikipedia.org/>
- <http://www.nuevelunas.org.mx/parto.html>



**ANEXOS**

**ENCUESTA A EMBARAZADAS DEL SERVICIO DE PERINATOLOGIA  
DEL HOSPITAL "ANTONIO J. SCARAVELLI"**

1. Edad: ..... años

2. Cantidad de hijos (con este parto)

- 1
- 2
- 3 o más

3. Escolaridad

- Primario incompleto
- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario
- Universitario

4. Estado civil

- Soltera
- En pareja
- Casada

5. Situación laboral

- No trabaja
- Trabaja por cuenta propia
- Trabaja en relación de dependencia

6. ¿Tuviste compañía durante tu internación?

- Si
- No

7. ¿Qué persona te acompañó durante tu internación?

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| • Esposo/Pareja <input type="checkbox"/> | • Suegra <input type="checkbox"/> |
| • Madre <input type="checkbox"/>         | • Tía <input type="checkbox"/>    |
| • Hermana <input type="checkbox"/>       | • Cuñada <input type="checkbox"/> |
| • Amiga <input type="checkbox"/>         | • Otro <input type="checkbox"/>   |

8. ¿Qué tipo de relación tenés con ese acompañante?

- Buena
- Regular
- Mala

9. ¿Te acompañó de forma permanente?

- Si
- No

10. ¿Cómo te sentiste con su compañía?

- Tranquila
- Segura
- Nerviosa
- Incomoda

11. ¿Tu acompañante tenía experiencia en los cuidados que necesitabas durante tu internación?

- Mucha
- Poca
- Nada

12. ¿Te permitieron entrar acompañada a la sala de parto o quirófano?

- Si
- No

13. ¿Cómo te sentiste al respecto de eso? (a ser acompañada o no)

- Muy bien
- Bien
- Mal

14. ¿Recibiste información por parte del personal de salud sobre tus derechos como embarazada?

- Si
- No


15. Si pudieras cambiar algo, ¿qué cambiarías de tu experiencia vivida durante tu internación?

.....


.....

.....

16. ¿Sufriste alguna complicación durante el parto?

- No
- Si  
  - ◆ Trabajo de parto prolongado
  - ◆ Parto distócico
  - ◆ Cesárea de urgencia
  - ◆ Episiotomía
  - ◆ Desgarro del tejido vaginal
  - ◆ Hemorragias
  - ◆ Depresión postparto
  - ◆ Otras

17. ¿Tu bebé sufrió alguna complicación?

- No
- Si  
  - ◆ Recién nacido deprimido
  - ◆ Hipoxia
  - ◆ Hipotonía muscular
  - ◆ Líquido amniótico meconial
  - ◆ Dificultad en la lactancia
  - ◆ Dificultad en el vínculo
  - ◆ Otras

MATRIZ DE DATOS

ENCUESTA A PUERPERAS ADOLESCENTES DURANTE JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2014 EN EL SERVICIO DE PERINATOLOGIA DEL HTAL. SCARAVELLI

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	14	1	P.C	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	SI	NO	BIEN	NADA	NO	SI	DEL
2	14	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	SI	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
3	14	1	P.C	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	SI	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
4	14	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	REGULAR	SI	NERV	NADA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	DIF.VINC
5	14	1	P.C	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
6	14	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE-TIA	BUENA	SI	TRANQ	POCA	NO	NO	BIEN	SI	SI	NO	NINGUNA
7	14	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	REGULAR	SI	NERV	POCA	NO	SI	BIEN	NADA	SI	SI	DEL
8	15	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	SI	NO	M.BIEN	NADA	NO	SI	RND
9	15	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	SI	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
10	15	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	REGULAR	SI	NERV	POCA	NO	SI	MAL	NADA	NO	SI	LAM
11	15	1	P.C	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	SI	NO	M.BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
12	15	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
13	15	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	NO	TRANQ	POCA	NO	NO	BIEN	SI	NO	SI	PREM
14	15	1	P.I	SOLTERA	T.P.C.P	SI	MAD-HNA	BUENA	NO	NERV	POCA	NO	SI	BIEN	SI	SI	SI	LAM
15	15	1	P.C	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	NERV	MUCHA	NO	NO	BIEN	SI	SI	NO	NINGUNA
16	15	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE-TIA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	SI	NO	NO	NINGUNA
17	15	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	TRANQ	POCA	NO	NO	BIEN	SI	SI	NO	NINGUNA
18	15	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	REGULAR	SI	NERV	POCA	NO	SI	BIEN	NADA	SI	SI	DEL
19	15	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	SI	SI	SI	DEL
20	16	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	CUÑADA	BUENA	SI	SEG	POCA	NO	SI	BIEN	SI	SI	NO	NINGUNA

21	16	1	S.C	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	POCA	SI	NO	BIEN	NADA	SI	SI	NINGUNA
22	16	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	SI	SI	M.BIEN	NADA	NO	SI	HTM
23	16	1	P.C	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	SEG	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
24	16	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	REGULAR	SI	INC	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	DEL
25	16	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	REGULAR	SI	NERV	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	DEL
26	16	1	P.C	PAREJA	N.T	SI	MAD-AMIG	BUENA	SI	SEG	MUCHA	NO	SI	BIEN	SI	SI	NO	NINGUNA
27	16	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	LAM
28	16	2	S.I	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	NERV	MUCHA	NO	NO	M.BIEN	NADA	SI	SI	PREM
29	16	1	P.C	PAREJA	N.T	SI	PAREJA-SUEG	BUENA	NO	TRANQ	MUCHA	SI	NO	MAL	SI	SI	NO	NINGUNA
30	16	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	SEG	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
31	16	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	REGULAR	SI	NERV	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	SI	DIF.VINC
32	16	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MADRE	REGULAR	SI	INC	POCA	NO	SI	BIEN	NADA	SI	SI	DIF.VINC
33	16	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	REGULAR	SI	NERV	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	DEL
34	16	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	SI	BIEN	NADA	SI	SI	DEL
35	17	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	SI	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
36	17	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	SI	NO	NO	NINGUNA
37	17	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	SUEGRA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	SI	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
38	17	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	DEL
39	17	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	NADA	SI	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
40	17	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	DEL
41	17	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	REGULAR	SI	INC	POCA	NO	NO	MAL	SI	SI	SI	LAM
42	17	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	SEG	MUCHA	SI	NO	BIEN	NADA	NO	SI	DEL
43	17	2	S.I	PAREJA	N.T	SI	SUEGRA	REGULAR	NO	INC	MUCHA	NO	SI	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
44	17	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	SI	BIEN	SI	NO	SI	NINGUNA
45	17	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	NERV	POCA	NO	NO	BIEN	SI	SI	SI	DEL

46	17	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	NO	SEG	MUCHA	NO	NO	MAL	SI	NO	SI	LAM
47	17	1	P.C	CASADA	N.T	SI	PAREJA	BUENA	NO	TRANQ	NADA	SI	NO	M.BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
48	17	1	P.C	CASADA	N.T	SI	PAREJA-CUÑ	BUENA	NO	TRANQ	POCA	NO	SI	BIEN	SI	SI	SI	LAM
49	17	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MADRE	BUENA	NO	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
50	17	1	S.C	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	SEG	POCA	SI	SI	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
51	17	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	SI	BIEN	SI	SI	SI	DEL
52	18	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	PAREJA-HNA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	SI	SI	NO	HIPOXIA
53	18	2	P.C	PAREJA	N.T	SI	PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
54	18	1	P.C	PAREJA	N.T	SI	ABUELA	BUENA	SI	NERV	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
55	18	2	S.C	PAREJA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
56	18	2	S.C	PAREJA	N.T	SI	SUEGRA	BUENA	NO	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	SI	SI	NO	HIPOXIA
57	18	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
58	18	2	S.C	PAREJA	N.T	SI	PAREJA-HNA	BUENA	SI	TRANQ	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
59	18	1	S.C	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	NO	NERV	POCA	NO	NO	M.BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
60	18	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	SEG	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
61	18	1	S.C	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	SEG	POCA	SI	SI	M.BIEN	NADA	NO	SI	PREM
62	18	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	PAREJA-SUEG	REGULAR	NO	INC	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
63	18	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	PAREJA-HNA	BUENA	SI	NERV	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	PREM
64	18	1	S.C	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HNA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	M.BIEN	SI	SI	NO	HIPOXIA
65	18	1	S.C	CASADA	T.P.C.P	SI	PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	NADA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	DEL
66	18	2	S.I	CASADA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	LAM
67	18	1	S.I	PAREJA	T.P.C.P	SI	PAREJA	REGULAR	SI	NERV	NADA	NO	NO	MAL	NADA	NO	SI	DEL
68	18	1	S.C	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	NO	SEG	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
69	18	2	S.C	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	SEG	POCA	SI	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
70	18	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA

71	19	2	S.I	PAREJA	N.T	SI	PAREJA-CUÑ	BUENA	SI	TRANQ	POCA	NO	NO	BIEN	SI	NO	SI	DEL
72	19	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	POCA	NO	NO	BIEN	SI	NO	NO	NINGUNA
73	19	1	S.C	PAREJA	T.P.C.P	SI	MAD-HINA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
74	19	1	S.I	CASADA	N.T	SI	SUEGRA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
75	19	2	S.I	PAREJA	N.T	SI	SUEGRA	BUENA	SI	SEG	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	HIPOXIA
76	19	2	P.C	SOLTERA	N.T	SI	HERMANA	BUENA	SI	SEG	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
77	19	1	S.I	CASADA	T.P.C.P	SI	MAD-HINA	BUENA	SI	SEG	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
78	19	2	S.I	PAREJA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	NADA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	HIPOXIA
79	19	2	P.C	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	HIPOXIA
80	19	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	PAREJA	BUENA	SI	SEG	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	SI	DEL
81	19	1	S.I	PAREJA	T.P.C.P	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	POCA	SI	SI	BIEN	NADA	NO	SI	DEL
82	19	1	S.C	CASADA	N.T	SI	PAREJA-AMI	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	SI	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
83	19	2	S.C	PAREJA	T.P.C.P	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	SI	SI	NO	NINGUNA
84	19	2	P.C	SOLTERA	N.T	SI	SUEGRA	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
85	19	1	P.C	PAREJA	N.T	SI	CUÑADA	BUENA	SI	SEG	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
86	19	1	S.C	PAREJA	T.P.C.P	SI	PAREJA	BUENA	SI	TRANQ	NADA	SI	NO	BIEN	NADA	NO	SI	DEL
87	19	1	S.C	PAREJA	N.T	SI	MAD-PAREJA	BUENA	NO	TRANQ	MUCHA	SI	NO	BIEN	SI	NO	SI	DEL
88	19	1	S.C	PAREJA	T.P.C.P	SI	PAREJA-SUEG	REGULAR	NO	INC	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
89	19	1	S.C	PAREJA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	POCA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	NO	NINGUNA
90	19	1	S.C	PAREJA	T.P.C.P	SI	PAREJA	BUENA	NO	TRANQ	NADA	SI	NO	BIEN	NADA	NO	SI	DIF.VINC
91	19	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	PAREJA-CUÑ	BUENA	NO	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	SI	SI	NINGUNA
92	19	1	S.I	PAREJA	N.T	SI	MAD-SUEG	BUENA	NO	TRANQ	POCA	SI	NO	BIEN	SI	NO	NO	NINGUNA
93	19	2	S.C	PAREJA	T.P.C.P	SI	MAD-PAREJA	BUENA	SI	SEG	POCA	SI	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
94	19	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MADRE	BUENA	SI	TRANQ	MUCHA	NO	NO	BIEN	NADA	NO	NO	NINGUNA
95	19	1	S.I	SOLTERA	N.T	SI	MAD-HINA	BUENA	SI	TRANQ	POCA	NO	NO	BIEN	SI	SI	NO	NINGUNA



## REFERENCIAS:

- 1) Numero de encuestada
  - 2) Edad
  - 3) Cantidad de hijos con este parto
  - 4) Nivel de escolaridad
  - 5) Estado civil
  - 6) Situación laboral
  - 7) Presencia de acompañante durante la internación
  - 8) Personas que estuvieron como acompañantes
  - 9) Tipo de relación con ese acompañante
  - 10) Acompañamiento de forma permanente
  - 11) Sentimiento que genera la compañía de ese acompañante
  - 12) Experiencia del acompañante en cuidados
  - 13) Presencia de acompañante en la sala de partos
  - 14) Sentimientos que generó el ser o no ser acompañada durante el parto
  - 15) Recibimiento de información por parte del personal de salud
  - 16) Deseo de cambiar algo de la experiencia vivida durante la internación
  - 17) Presencia de complicaciones durante el parto
  - 18) Presencia de complicaciones neonatales en el recién nacido
  - 19) Tipo de complicaciones neonatales que presentaron los recién nacidos
- P.I:** Primario incompleto  
**P.C:** Primario completo  
**S.I:** Secundario incompleto  
**S.C:** Secundario completo  
**N.T:** No trabaja  
**T.P.C.P:** Trabaja por cuenta propia  
**MAD-HNA:** Madre y hermana  
**MAD-PAREJA:** Madre y pareja  
**MAD-AMIGA:** Madre y amiga  
**MAD-SUEG:** Madre y suegra  
**PAREJA-SUEG:** Pareja y suegra  
**PAREJA-CUÑ:** Pareja y cuñada  
**PAREJA-HNA:** Pareja y hermana  
**PAREJA-AMI:** Pareja y amiga  
**TRANQ:** Tranquila  
**SEG:** Segura  
**INC:** Incomoda  
**NERV:** Nerviosa  
**DIF.VINC:** Dificultad en el vinculo  
**DEL:** Dificultad en la lactancia  
**LAM:** Liquido amniótico meconial  
**PREMAT:** Prematurez  
**HTM:** Hipotonía muscular  
**RND:** Recién nacido deprimido  
**M.BIEN:** Muy bien

## GLOSARIO

**Adolescencia:** La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango varía según las diferentes fuentes y opiniones medicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años y su finalización a los 19 o 20.

**Atención humanizada:** Es un modelo de atención que posee principios, enfoques y fundamentos para su práctica. Tipo de atención basada en los derechos y necesidades emocionales, físicas, psíquicas y sociales de la mujer, su bebé y su familia.

**Cesárea:** Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto.

**Confidencialidad:** Que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas

**Contención:** La contención es entendida como un procedimiento clínico que realiza el equipo de salud, bajo estrictas medidas que aseguren el respeto de los derechos de las personas, la vida del paciente y la integridad física de los funcionarios que participan. Acto de recibir, contener, acoger al contenido, proteger, cuidar.

**Derecho:** La palabra derecho proviene del término latino *directum*, que significa “lo que está conforme a la regla”. El derecho se inspira en postulados de justicia y constituye el orden normativo e institucional que regula la conducta humana en sociedad. La base del derecho son las relaciones sociales, las cuales determinan su contenido y carácter. Dicho de otra forma, el derecho es un conjunto de normas que permiten resolver los conflictos en el seno de una sociedad.

**Dignidad:** Cualidad del que se hace valer como persona, se comporta con responsabilidad, seriedad y con respeto hacia sí mismo y hacia los demás y no deja que lo humillen ni degraden.

**Embarazo:** Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

**Empoderamiento:** Adquisición de poder e independencia por parte de un grupo social desfavorecido para mejorar su situación.

**Estrés:** Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

**Hacinamiento:** El término hacinamiento hace referencia a un estado de cosas lamentable que se caracteriza por el amontonamiento o acumulación de individuos o de animales en un mismo lugar, el cual a propósito que no se haya físicamente preparado para albergarlos. Es decir, la cantidad de los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio es superior a la capacidad que tal espacio debería y puede contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene.

**latrogenia:** También llamado acto médico dañino, es el acto médico debido, del tipo dañino, que a pesar de haber sido realizado debidamente no ha conseguido la recuperación de la salud del paciente, debido al desarrollo lógico e inevitable de determinada patología terminal. Este acto médico tiene resultados negativos temporales, debido a factores propios de la patología enfrentada o a factores propios, peculiares y particulares del paciente (ya sea su hábito constitucional, su sistema inmunológico, su forma de reaccionar o disreaccionar, o cualquier factor desconocido pero evidentemente existente). Al ser un acto médico debido, al igual que el acto médico eficaz, no genera

responsabilidad. Algunos ejemplos son la flebitis post-catéter, la infección urinaria leve después de mantener por varios días una sonda vesical, la flebitis de las piernas después de la extirpación de un apéndice gangrenado, etc. La iatrogenia es un estado, enfermedad o afección causado o provocado por los médicos, tratamientos médicos o medicamentos. La afección, enfermedad o muerte iatrogénica puede también ser provocada por las medicinas alternativas.

**Lactancia materna:** Es un tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre. La leche, justamente, es un alimento de características únicas que permite que la madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre-hijo.

**Maternidad:** Estado o cualidad de Madre. La maternidad comienza a desarrollarse mediante la educación que los niños reciben en su familia. Particularmente la relación que tiene con su madre influye significativamente en la formación de esta cualidad. Los niños suelen sentir predilección por las muñecas y las casitas, desempeñando en el juego, el rol de madre. Reproducen, con hijas de juguetes, el comportamiento que sus madres mantienen hacia ellas y sus hermanos. Si la madre es una persona dulce y cariñosa, la niña tratará así a su muñeca; si la mamá es una persona agresiva con su hija, esta regañará constantemente a su bebé de juguete. Además de la familia, la escuela juega un importante papel en la formación de la maternidad, gracias a las enseñanzas y al ejemplo de sus profesores; recordamos que una buena maestra es para sus alumnos una segunda madre. También la religión influye en la formación de la maternidad, aportando valores morales y religiosos imprescindibles para el matrimonio y la educación de los hijos. No debemos confundir la maternidad con la capacidad física de engendrar hijos e hijas. Los animales también engendran y satisfacen las necesidades de alimentación, y de protección de sus crías hasta que estas pueden buscarse, por sí mismas, el sustento. En cambio, la mujer que es verdaderamente madre ama a sus hijos, los protege durante toda la vida y jamás los abandona.

**Materno-neonatal:** Referente a la madre y al neonato. Un neonato, o recién nacido, es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o pos-término.

**Medicalización:** Proceso por el que ciertos fenómenos que formaban parte de otros campos, como la educación, la ley, la religión, etc., han sido redefinidos como fenómenos médicos. El diccionario de salud pública de Kishore<sup>9</sup> conceptualiza la medicalización como “la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas”. Y añade que incluye una gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo.

**Morbilidad:** Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

**Mortalidad:** Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

**Neonatología:** Parte de la pediatría que se ocupa del estudio y la asistencia de los recién nacidos

**Paradigma:** Un paradigma es el resultado de los usos, y costumbres, de creencias establecidas de verdades a medias; un paradigma es ley, hasta que es desbancado por otro nuevo.

**Parto:** Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases: la

---

<sup>9</sup> Kishore J. A, Dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications 2002.

fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento. También llamado nacimiento; es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de una persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

**Parto distócico:** También llamado parto anormal. Es un parto complicado, que tiene dificultades. Esto sucede cuando el feto tiene anomalías tanto anatómicas como funcionales; esto puede ser tanto por la madre, pelvis, útero o cervix, o una mezcla de algunos de ellos que llevan a tener complicaciones con el parto normal de una mujer.

**Parto humanizado:** Es aquel parto en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar. Se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia.

**Perinatología:** Rama de la medicina que se ocupa del estudio de la anatomía y fisiología de la madre y de su hijo no nacido y del recién nacido, y del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que aparecen durante la gestación, el parto y el puerperio.

**Preparto:** Es un periodo excluido del trabajo del parto el cual no tiene un inicio definido, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la madre para darse cuenta que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata. Este periodo puede durar hasta dos semanas y finaliza con la dilatación del útero. No todas las embarazadas perciben que están pasando por la etapa del preparto, por tanto, comienzan directamente con las contracciones rítmicas características

del trabajo de parto. Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa a veces el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis.

**Privacidad:** Es el ámbito de la vida personal de un individuo que se desarrolla en un espacio reservado y debe mantenerse confidencial. Es la zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia.

**Pudor:** Vergüenza de exhibir el propio cuerpo desnudo o de tratar temas relacionados con el sexo. Sentimiento que mueve a ocultar o evitar hablar con otras personas sobre ciertos sentimientos, pensamientos o actos que se consideran íntimos.

**Puérpera:** Mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 40 días o 6 semanas posterior al evento obstétrico

**Puerperio:** En la fisiología humana, el puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato.

**Respeto:** Consideración, acompañada de cierta sumisión, con que se trata a una persona o una cosa por alguna cualidad, situación o circunstancia que las determina y que lleva a acatar lo que dice o establece o a no causarle ofensa o perjuicio.

**Sala de partos:** Unidad hospitalaria utilizada para partos obstétricos.