

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LIC. EN MINORIDAD Y FAMILIA

TESINA DE LICENCIATURA

SALUD REPRODUCTIVA: EMBARAZO ADOLESCENTE. DETECCIÓN DEL
ALTO RIESGO MATERNO INFANTIL Y REPRODUCTIVO

HOSPITAL DR. ITALO PERRUPATO.

SAN MARTIN - MENDOZA

Alumna: Meneghelli, Laura Carolina

Legajo: 26727

Directora: Lic. Raimondi Cecilia.

Mendoza, Noviembre de 2014

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

PRESIDENTE:

VOCAL:

VOCAL:

NOTA:

OBSERVACIONES:

RESUMEN

El tema a desarrollar en esta tesina es el embarazo adolescente y su atención a partir del Programa Provincial De Salud Reproductiva y Detección De Alto Riesgo Materno Infantil.

Se busca conocer si la intervención que realiza dicho programa desde la prevención y asistencia tiene efectos positivos en las adolescentes embarazadas.

Investigaciones en el campo de las ciencias sociales, alertan sobre el hecho de que la alta frecuencia de embarazos no planeados en la población adolescente, aumenta el riesgo de exposición a un aborto inseguro, de abandono escolar y de limitaciones de acceso al mercado laboral, condicionándose así las perspectivas de desarrollo personal.

En este marco se encuentra el Programa de salud Reproductiva y Sexual cuyo objetivo es la detección de alto riesgo Materno Infantil. El mismo, se implementa en el Hospital Perrupato por un equipo de profesionales a partir de la realización de una entrevista individual a las mujeres internadas en maternidad.

Este trabajo de investigación se basará en la recolección de datos de entrevistas realizadas a mujeres embarazadas adolescentes registradas en el primer trimestre del 2013 en el Hospital Perrupato de la Ciudad de San Martín, Mendoza, y su seguimiento, luego, por parte de los agentes sanitarios.

Summary

The subject developed in this thesis is teenage pregnancy and attention from the Provincial Reproductive Health Program and Detection Of High Risk Maternal Child.

Wanted to know if the intervention makes the program from prevention and care has positive effects on pregnant teenagers.

Research in the field of social science, alert to the fact that the high frequency of unintended pregnancy in the adolescent population, the risk of exposure to unsafe abortion, school dropout and limited access to the labor market, the extent prospects and personal development.

This framework is the Program on Reproductive and Sexual Health screening aimed Materno Infantil high risk. The same is implemented in Perrupato Hospital by a team of professionals from performing single women admitted to maternity interview.

This research is based on data collection of interviews with pregnant adolescents registered in the first quarter of 2013 in the Perrupato City Hospital San Martin, Mendoza, and its follow-up, then, by health workers .

AGRADECIMIENTOS

Solo a mi mamá, que lamento en el alma que ya no este para poder verme en esta última etapa de mi carrera ya que sin ella nunca podría haber llegado hasta aquí.

A ella, que nunca me dijo no cuando le pedía cuidar a mi hijo después de haberlo tenido todo el día para yo así poder cursar esta carrera.

A ella, que siempre confió en mí, siendo una de las pocas personas que me apoyo en todos mis emprendimientos.

A vos mamá Ana por hacerme sentir tan bien a pesar de todo. Te amo mamá.

ÍNDICE

Título	2
Hoja de Evaluación	3
Agradecimientos	4
Resumen	6
Introducción	11
Primera Parte	
Capítulo I: Adolescencia Y Embarazo Adolescente	
ADOLESCENCIA	14
1.1 Definición	14
1.2 Fases o momentos de la adolescencia	14
2 Visión Biológica	15
2.1 Maduración sexual	15
2.2 Características del crecimiento	17
2.3 Finalización de la adolescencia	18
3 Pensamiento adolescente	18
4 Visión Sociológica	19
4.1 Construcción de Vínculos	19
4.2 El adolescente en relación con sus padres	19
4.3 Los adultos en relación a los adolescentes	20
5 Visión Psicológica	22
5.1 Construcción de identidades	23
5.2 Modelos de identificación	24
5.3 Autoestima	24
6 Principales manifestaciones de la adolescencia	25

6.1 Imagen corporal	25
6.2 Los duelos y las nuevas adquisiciones	26
6.3 Postmodernidad ¿Duelos Vigentes?	26
6.4 Aburrimiento, estado permanente	27
6.5 Salida exogámica	27
7 La sexualidad	29
7.1 Derechos de los adolescentes acerca de su sexualidad	31
7.2 Embarazo adolescente	32
7.2.1 Concepto de embarazo adolescente	32
7.2.2 Prevención del embarazo adolescente	33
7.2.3 Factores de riesgo del embarazo adolescente	34
7.2.4 Consecuencias del embarazo adolescente	36
7.2.4.1 Riesgos clínicos	36
7.2.4.2 Consecuencias psicosociales	
Capítulo II: “Salud Sexual y Reproductiva. Programa Provincial de Salud Reproductiva y Detección de Alto Riesgo Materno Infantil”	
1.¿ Qué es la Salud?	40
2.¿ Qué es la Sexualidad?	40
2.1 Mitos sobre sexualidad	41
3.¿ Qué son los derechos humanos?	41
3.1 Derechos Sexuales y Reproductivos	42
3.2 Los Derechos Sexuales y Reproductivos según la UNFP	43
3.3 En los servicios de salud se tiene derecho a:	44
4 Derechos sexuales y reproductivos en las leyes Argentinas	45
4.1 La Salud Sexual y La Salud Reproductiva según las normas vigentes	45
5. La situación en Argentina y en la Provincia de Mendoza	45

6. Ley N° 6.433 Programa Provincial de Salud Reproductiva.	46
6.1 Objetivo General de la Ley.	47
6.2 Objetivos Específicos.	48
6.3 Finalidad del Programa.	48
6.4 Servicios del Programa.	48
7. Algunas de las leyes Nacionales vinculadas a la salud Sexual y Reproductiva vigentes en todo el país.	50
7. Ejecución del Programa de Salud Reproductiva en la Ciudad de San Martín.	

SEGUNDA PARTE

Capítulo III: “Marco Metodológico”	53
1. Objetivo General de la Tesina.	54
2. Objetivos Específicos.	54
3. Hipótesis	54
4. Método	54
5. Diseño de Investigación	55
6. Procedimiento e instrumentos utilizados	56
6.1 Entrevista	56
6.2 Análisis de Documentos	56
7. Presentación y análisis de los resultados obtenidos.	57
7.1 Tabla de la Muestra.	59
7.2 Gráficos.	64
A- Edad de las embarazadas	64
B- Lugar de Residencia.	64
C- Nivel de Instrucción.	65
D- Variables Incluyentes.	67

E- Planificación del Embarazo	67
F- Uso de Métodos Anticonceptivos	67
8. Intervención de los Agentes Sanitarios en el Programa Provincial de Salud Reproductiva.	68
9. Conclusiones Finales.	71
10. Propuesta de Trabajo.	72
Material Adjunto.	75
Referencias Bibliográficas.	87

INTRODUCCIÓN

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales, psicológicos, que según sus condiciones sociales, puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para la población. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas.

Es por las características especiales que conlleva un embarazo adolescente, que debe asistirse complementándose no solo con lo estrictamente médico sino también con aspectos psicológicos y sociales.

Basándose en estos aspectos generales, surge en octubre del 2000 la sanción de la ley provincial sobre Salud Reproductiva N° 6.344, cuyos objetivos generales son posibilitar a toda la población el acceso a la información y a los servicios que le permitan la toma de decisión, responsable y voluntaria sobre sus pautas reproductivas, respetando la ética y las convicciones personales; proteger la vida desde el momento de la concepción y promover el desarrollo integral de la familia.

Entre las estrategias de abordaje de esta problemática se encuentra la realización de entrevistas cerradas a las pacientes internadas en el área de maternidad. Esta planilla de detección de alto riesgo materno infantil y reproductivo se completa por personal de dicha área (Obstetras y trabajadoras sociales) donde se obtiene información personal de la paciente. Datos tales como edad, domicilio, nivel de instrucción, número de gestas, etc.

En el primer capítulo, en una primera parte, se dará a conocer características principales de la etapa adolescente, sus cambios vitales más significativos y las nuevas formas de relacionarse con su entorno.

En una segunda parte, se ampliarán aspectos teóricos acerca de la problemática del embarazo adolescentes, su concepción, prevención del mismo, sus riesgos clínicos, consecuencias personales, etc.

En el segundo capítulo, se expondrán aspectos legales acerca de las leyes relacionadas con la sexualidad y la reproducción, los derechos y deberes como ciudadanos dueños de su sexualidad. Luego se detallarán los objetivos, finalidades, servicios y alcances de la Ley N° 6433, Programa Provincial de Salud Reproductiva.

El abordaje metodológico se llevó a cabo teniendo siempre en cuenta la problemática a tratar, haciendo un esfuerzo por no extenderse sobre otros temas íntimamente relacionados, ya que el embarazo adolescente es una problemática multicausal, que se puede analizar desde variadas disciplinas o puntos de vista.

Vale resaltar que la presente tesina fue orientada hacia el embarazo adolescente ya que se cree una de las problemáticas que podría llegar a originar situaciones de alta vulnerabilidad social, como aborto, deserción escolar, maltrato infantil, violencia familiar, etc.

CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA Y EMBARAZO ADOLESCENTE

1 ADOLESCENCIA

Se dice que la etapa adolescente se caracteriza por la sucesión de grandes cambios. También se la conoce por marcar el límite entre el niño-adulto de un sujeto. Es un proceso donde el/la joven va descubriendo su autonomía e identidad.

Cada adolescente es diferente, posee particularidades propias de su historia. Sin embargo, estudios clínicos y experiencias profesionales y docentes, posibilitan la afirmación de ciertos conceptos, parámetros y procesos como así también determinadas características y situaciones que suelen reiterarse una y otra vez en todo adolescente.

1.1 Definición

Según la OMS (2011), la adolescencia es un período en el desarrollo biológico, social, psicológico y sexual inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

1.2 Fases o Momentos De La Adolescencia.

Susana Quiroga (2000), profesora de Adolescencia de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, divide la adolescencia en tres momentos:

Adolescencia Temprana (entre 13 y 15 años), en la que se suelen intensificar las conductas rebeldes y el mal desempeño escolar;

Adolescencia Media (entre 15 y 18 años), donde ubica los primeros noviazgos y la formación de grupos de pares; y

Adolescencia Tardía (entre 18 y 28 años), que es el tiempo de resolución de las problemáticas que conducirán al adolescente hacia la adultez. Entre estas

problemáticas menciona: rechazo a la autoridad de los padres, independencia económica, vivienda independiente, constitución de una pareja estable, elección de una profesión y/o un trabajo. Al principio de esta última etapa prima la confusión, luego aparece una mayor capacidad de reflexión y finalmente, afirma Quiroga, aumenta la tolerancia a la frustración y la aceptación de la incoherencia y complejidad del mundo adulto.

2 Visión Biológica

La adolescencia puede ser definida biológicamente, como la transición física marcada por el inicio de la pubertad y la terminación del crecimiento físico, cognitivo, como los cambios en la capacidad de pensamiento abstracto y multi dimensional.

2.1 Maduración Sexual

Como se mencionó anteriormente la adolescencia temprana (comprendida entre los 13 y 15 años) la cual se caracteriza por cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona estimulante) y de esteroides sexuales.

Ya en la adolescencia media (15 a 18 años) se caracteriza por un notable cambio físico, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos. Ahora bien, se detallara a continuación las principales características del desarrollo tanto de las mujeres como de los varones.

Mujeres

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre es doloroso al simple roce. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores, y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Suele comenzar a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios, y se extiende hasta el monte de Venus, y alcanza la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (aproximadamente entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y el vello corporal aparecen más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y aumenta la cantidad de folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño.

Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glicógeno y el PH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la primera menstruación (conocida con el nombre de menarca o menarquia).

La menarca o menarquia, que es la primera menstruación, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que, visto al microscopio, tiene aspecto de hojas de helecho. La menarquia tiende a presentarse a los 11 o 12 años. Se denomina pubertad precoz cuando aparece de manera anormalmente temprana (8-10 años).

Varones

Los testículos prepuberianos aumentan por la proliferación de los túbulos seminíferos. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.

La espermatogénesis, es decir, la producción de espermatozoides, se detecta entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación es entre los 12 y los 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen las emisiones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, donde se aprecia más grueso y rizado. Puede comenzar a aparecer el vello axilar y, en ocasiones, en el labio superior (bigote). El vello en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años. Aumenta la actividad apocrina, es decir, de la secreción de las glándulas suprarrenales, con la aparición de humedad y olor axilares, igual que el acné, típico de esta etapa de la vida (PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE 2003)

2.2 Características Del Crecimiento

Los cambios habituales del crecimiento en la adolescencia tienen las siguientes características:

Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación, el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.

El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y los sexos.

Cada evento del crecimiento sigue la ley de variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como

su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente. (CORBELLÀ ROGI, JOAN 1985)

2.3 ¿Cuándo finaliza la adolescencia?

Se cree, como lo afirma Winnicott (1972) que esto sucede cuando el joven es capaz de elegir y sostener sus propias elecciones, sin retroceder ni culparse por lo que sienten sus padres. Cuando puede aceptarlos con sus fallas y ya no se preocupa por cambiarlos. Cuando, finalmente, puede apartarse de ellos y seguir su propio camino

3 El Pensamiento Del Adolescente

Para Piaget (1985) la tarea fundamental de la adolescencia es lograr la inserción en el mundo de los adultos. Las estructuras mentales para lograr este objetivo, cambian, se transforman y así el pensamiento posee características nuevas relacionadas al del niño: comienza a sentirse un igual ante los adultos y los juzga en este plano de igualdad y entera reciprocidad. Piensa en el futuro, muchas de sus actividades actuales apuntan a un proyecto ulterior. Quiere cambiar el mundo en el que comienza a insertarse. Comienza a compartir sus teorías (filosóficas, políticas, sociales, estéticas, musicales, religiosas) con sus pares, al principio sólo con los que piensan igual él. El discutir con el otro les permite, con el tiempo descentralizarse, es decir donde su punto de vista no es solamente el válido, donde el otro puede tener la razón y así aprender a aceptar su equivocación). La inserción en el mundo laboral promueve la descentración y el abandono del dogmatismo mesiánico (mi verdad es la única verdad).

Los proyectos y sueños cumplen en esta etapa la misma función que la fantasía y el juego en los niños: permiten elaborar conflictos, compensar las frustraciones, afirmar el yo, imitar los modelos de los adultos, participar en medios y situaciones de hecho inaccesibles. La capacidad de interesarse por ideas abstractas le permite separar progresivamente los sentimientos referidos a ideales de los sentimientos referidos a las personas que sustentan esos ideales.

4 Visión Sociológica

Desde una perspectiva sociológica, Marcelo Urresti (2000) conceptualiza la etapa adolescente como un período en la vida de las personas que se define en relación al lugar que uno ocupa en la serie de las generaciones: hay una cierta experiencia compartida por haber venido al mundo en un momento histórico determinado y no en otro. (Es esta diferencia la que permite hablar de los adolescentes de los sesenta, o de los noventa).

4.1 Construcción De Vínculos

En la esta etapa adolescente, el joven tiene un gran interés en relacionarse con el otro, intercambiar conocimientos, informaciones, emociones, al que le agrega su cuota de significaciones personales. Claro está, que en estas interrelaciones surgirán conflictos generacionales.

4.2 Los Adolescentes En Relación Con Sus Padres.

El tipo de relación que existe entre el adolescente y sus padres es realmente importante en esta etapa de transición de niño a adulto ya que si dicha relación fuese es positiva, facilitaría abiertamente dicho pasaje resultando ser significativas a la hora de la construcción de identidades.

Cabe destacar que el adolescente prefiere en esta etapa compartir su tiempo libre con un grupo de amigos donde existen códigos de comunicación propios reconociendo sentimientos de pertenencia y comprensión.

Ya no puede volverse a los padres en busca de consejo, porque ellos han dejado de representar para él el lugar del saber. Antes de adoptar un rol de adulto el adolescente se prepara mediante juegos y fantasías. Juega con ideologías, juega con la sexualidad, juega con pseudoadicciones (que cumplen para él la misma función que para el niño pequeño cumpla ese no con que responda al mandato adulto: le permiten diferenciarse del otro). Juega a tomar riesgos, juega, sobre todo, a ser grande, mucho antes de sentirse tal. Es reservado con relación a los adultos, pero al mismo tiempo que se esconde y defiende su intimidad, busca también exhibirse, escandalizar.

La amenaza de pérdida de amor puede sumirlo en la depresión. Y la agresión que no puede expresar, por temor a destruir a los padres o provocar su angustia, se vuelve contra él mismo. Le rondan ideas de muerte, la del padre tirano, la de la madre incomprensiva, la de la novia que lo abandonó, la suya propia. Oscila entre el orgullo y el temor al ridículo, entre la omnipotencia y el desvalimiento, entre la fuerza y la impotencia. (Susana Quiroga, 1999)

4.3 Los Adultos Con Relación A Los Adolescentes

Para Donald Winnicott (1972), médico pediatra y psicoanalista inglés, el bien supremo que posee un adolescente es su libertad, libertad para actuar según sus impulsos y para tener ideas. Pero si a esta libertad se la coarta con un exceso de responsabilidad definitivamente se pierde esa posibilidad de inmadurez, de rebeldía y se empobrece su actividad imaginativa y su vida.

La confrontación con los adultos en el plano simbólico (discusión de ideas) permite poner en juego la fantasía de asesinato (que suele presentarse

con frecuencia bajo la forma de temor a que al otro le pase algo) sin llegar al asesinato en lo real.

La función del adulto, dice Winnicott, no consiste en educar al adolescente, sino en sobrevivir a sus ataques: donde existe el desafío de un joven en crecimiento, que haya un adulto para encararlo. Y no es obligatorio que ello resulte agradable. El adolescente tantea si el otro realmente se interesa por escucharlo, antes de hablar de lo que siente. No se arriesga a confiar en alguien a menos de estar convencido de que éste trata de comprenderlo y que no va a desvalorizarlo o minimizar sus problemas. Valora que el adulto no se muestre omnipotente, que pueda expresar dudas y reconocer sus equivocaciones. Que pida su opinión, que lo invite a participar, que lo anime en sus proyectos en lugar de intentar demostrarle que son irrealizables, que lo considere un igual.

Cuando los padres no pueden aceptar a los hijos como seres independientes cuya vida no les pertenece, éstos tienden a desarrollar procesos de diferenciaciones patológicas, autodestructivas (no comer, drogarse, suicidarse). El adolescente se torna peligroso porque quiere tomar sus propias decisiones y cuestiona las actitudes, las opiniones y los valores de la generación anterior.

Si los adultos se sienten amenazados por las críticas y la continua confrontación, pueden reaccionar expulsándolo (de la casa, de la escuela) o bien intentando doblegarlo por medio del temor a los peligros del afuera (la calle, las malas compañías, etc.). A menudo, la violencia de los adolescentes es consecuencia del abuso de poder de los adultos, que no quieren renunciar al mandato absoluto que tenían sobre el niño. Es así como se engendra el resentimiento. La de los padres del pedestal en el que se encontraban instalados en la infancia implica para el adolescente aceptar la falibilidad propia y la de los demás, caer en la cuenta de que no existe alguien sin falla, que todos podemos equivocarnos, que todos necesitamos de otros.

También los cambios corporales y la sexualidad del adolescente pueden representar una amenaza para el adulto, al enfrentarlo con el paso del

tiempo. Con frecuencia siente envidia de y compite con el adolescente del mismo sexo, intentando demostrar que aún es superior (más fuerte, más inteligente, más hermoso o hermosa). En el caso de los padres, muchas veces buscan retener a los hijos provocando en ellos un sentimiento de culpabilidad por diversos medios (problemas económicos, enfermedad psicosomática, depresión), o bien haciéndoles la vida en el hogar demasiado cómoda (exceso de dinero, libertades sin obligaciones), lo que impide la rebelión y el alejamiento. A menudo eligen la escuela a la que los envían en función de sus propios deseos, sin tener en cuenta lo que el hijo o la hija quieren. El adolescente que es obligado de esta manera, suele presentar luego problemas de aprendizaje o de conducta.

Esto no significa que hay que dejarlos en completa libertad. El desafío a la autoridad, incluso las conductas delictivas, es un reclamo de límites. Todo adolescente busca la contención de los adultos. Para poder construir su propio espacio, encontrar su lugar en el mundo, necesita contar con mayores que lo respalden desde espacios reales (la casa, la escuela, el trabajo), brindándole reglas claras acerca de lo que está permitido y lo que no, y respetando a su vez esas mismas reglas.

Las normas que una sociedad comparte y que permiten la convivencia social no son innatas, se van interiorizando a lo largo de la infancia y se cuestionan en la adolescencia.

En esta época, las respuestas que el mundo actual le da al joven, contribuyen a consolidar, distorsionar, afianzar o destruir eso que llamamos ética, moral y convivencia social. No basta con poner límites y marcar valores, aunque esto es imprescindible. Pero es igualmente esencial escuchar al adolescente, respetarlo, creer en él, para que pueda creer en sí mismo y confiar en su propia capacidad de crear un proyecto y realizarlo.

5 Visión Psicológica

Desde un punto de vista psicológico, se la considera a la adolescencia como un periodo de la vida que comienza con la pubertad y se extiende durante el tiempo que demanda a cada joven la realización de determinadas tareas que le permiten alcanzar la autonomía e independencia y así poder responsabilizarse de su vida. El alcance de dichas tareas y metas, está determinada por las características de la época en que el joven adolescente le toque vivir, dependiendo de su particular situación familiar, de su residencia, su género, su clase social, etc..

5.1 Construcción De Identidades

Las tareas en cuestión han sido definidas de distintos modos, pero la mayoría de los autores coinciden en que es el momento en que se abandona la identidad infantil y se construye la de adulto, al mismo tiempo que se elabora la separación de la familia de origen.

Françoise Dolto (1989), psicoanalista francesa, describe este pasaje metafóricamente como un segundo nacimiento en el que el joven debe desprenderse poco a poco de la protección familiar, como al nacer se desprendió de la placenta. Esta autora compara el tiempo de la adolescencia con el momento en que las langostas pierden su caparazón y quedan indefensas mientras construyen uno nuevo.

Para Antonio Gomes Da Costa (2000), docente y pedagogo brasileiro, las dos tareas más importantes que se realiza en la adolescencia son la construcción de la identidad y el proyecto de vida. Dicho autor afirma que el primer paso para lograrlo es comprenderse, aceptarse, y querer a sí mismo. Esto permite, aceptar y querer a los demás (aprender a convivir con el otro), y, por otro, mirar el futuro sin temor, tener un sueño, darle sentido a la vida.

Rubén Efron (1998), consultor de UNICEF para Argentina, propone que en la etapa adolescente puede realizarse tres operaciones básicas, profundamente relacionadas: la construcción de la identidad, la construcción del espacio subjetivo y el proceso de emancipación.

La característica clave de este camino es para él la vulnerabilidad (lo que Dolto llamaba el Complejo De La Langosta).

5.2 Modelos De Identificación

Comparándolo con otras épocas, actualmente no hay un modelo de adultez que exista como referencia común. En general, los adultos no tienen en la actualidad un perfil definido, ni sexual, ni social, ni laboral. No existe ninguna garantía de que un trabajo o una profesión se podrán sostener para toda la vida. Más allá de los límites generacionales, todos se ven inmersos en una continua carrera de méritos, con un panorama un poco incierto.

Durante la etapa adolescente se construyen nuevas identificaciones pero sin renunciar completamente a las que se construyeron en la etapa infantil, es un proceso lento pero continuo. Los nuevos modelos de identificación pueden ser ajenos a la familia, como también otros pares en situaciones similares. En estos momentos de construcción, tanto los amigos, compañeros de escuela o de deportes son el espejo donde el joven se mira buscando aprobación y aceptación.

5.3 Autoestima

Se cree que en proceso de identificación, la autoestima presenta un papel fundamental ya que se refiere a la valoración de uno mismo, es decir, la autopercepción de la propia imagen. Una autoestima alta, contribuye positivamente a la salud y da al sujeto una mayor independencia, pudiendo así tener una mayor libertad a la hora de tomar decisiones. Por ello, las actividades para reforzar la autoestima se contemplan como intervenciones desde la promoción de la salud.

Se debe tener en cuenta la influencia de factores externos relacionados con las condiciones de vida (vivienda, alimentación, posibilidad de recreación, etc.) sobre la autoestima, en tanto la condicionan fuertemente. En tal sentido, la experiencia indica que para el desarrollo de acciones de promoción de salud

es conveniente trabajar tanto en el entorno como en la persona misma.
(Chorque Larrauri 2005)

6 Principales Manifestaciones De La Adolescencia.

En el transcurso de este proceso de transformación, el adolescente suele presentar ciertas manifestaciones peculiares que preocupan en cierta medida al adulto.

Estas exteriorizaciones suelen ser en la mayoría de los casos, desprolijidad con respecto a su aspecto físico, provocación hacia los adultos, falta de interés por el orden y la limpieza, bajo rendimiento escolar, alto porcentaje de ausentismo injustificado y repetición del año escolar.

Manifiesta lo que siente y lo que desea a través de una emotividad exagerada o con la espontaneidad propia de un niño. A pesar de esto en sus interacciones empieza a mostrar cierta sutileza o en algunos casos reprime sus emociones como lo haría un adulto.

También algunas de estas manifestaciones suelen presentarse con un ejercicio prematuro de la sexualidad, consumo abusivo de alcohol y/o drogas, trastornos alimenticios, actos delictivos e intentos de suicidios.

6.1 Imagen Corporal

En esta etapa al joven adolescente le cuesta apropiarse de la nueva imagen que le brinda el espejo, es por eso que permanecen horas interminables frente a él tratando de descubrirse.

La ropa, los adornos, cobran en esta etapa una enorme importancia, forman parte de la nueva imagen de sí.

6.2 Los Duelos y las Nuevas Adquisiciones

El adolescente, afirma Arminda Aberasturi y Mauricio Knobel (1980), debe realizar cuatro duelos: por su cuerpo infantil, por su identidad de niño, por los padres sobrevalorados de su infancia y por su bisexualidad, que debe abandonar. Pensamos que si bien es cierto que la adolescencia es un momento de duelos, no es únicamente eso. Esta etapa vital, a diferencia de otras, no implica sólo tristeza por lo que se deja atrás, sino también alegría por lo nuevo, por lo que se gana: una mayor libertad, empezar a tomar decisiones, posibilidad de acceso al campo de la sexualidad plena. El adolescente quiere sentirse grande, independiente, dueño del mundo. El duelo por el cuerpo se transforma así en un lento proceso de identificación con la nueva imagen de sí. El duelo por los padres permite desprenderse de ellos como objeto de amor, como ideal y como autoridad y buscar nuevos objetos fuera del círculo familiar. El duelo por la identidad perdida incluye la aceptación y la renuncia a la bisexualidad.

6.3 Postmodernidad... ¿Duelos Vigentes?

Guillermo Obiols (2000), profesor de Adolescencia de la Universidad de La Plata, hoy fallecido, y Silvia Di Segni, médica psiquiatra y docente de Salud Mental, Facultad de Medicina U.B.A., consideran que en la posmodernidad los duelos que se suponía inherentes a la adolescencia ya no tienen vigencia.

- No hay duelo por el cuerpo de la infancia, porque el ideal al que todos (incluso los niños) aspiran es el cuerpo de la adolescencia.
- No hay duelo por los padres, porque los padres actuales no marcan una clara diferencia con sus hijos; buscan ser amigos más que guías, no mantienen valores claros.

- No hay duelo por la identidad infantil, porque ésta no se pierde. Si describimos al niño como alguien que es dependiente, se refugia en la fantasía en lugar de afrontar la realidad, se cree capaz de logros que no le son posibles, se está describiendo al adolescente de hoy en día.

6.4 Aburrimiento, Estado Permanente.

Pero, incluso cuando se lo niega o se lo trata de disfrazar, el duelo existe. Tal vez no se manifiesta en forma de tristeza, sino como aburrimiento, apatía, mal humor. El adolescente puede pasar con mucha rapidez de un estado de depresión a uno de euforia, de la ilusión a la desilusión, del amor al odio. Hasta ahora no se cuestionaba acerca del sentido de la vida, ni se preguntaba qué quería hacer de la suya propia.

En esta etapa, el joven debe realizar elecciones importantes y suele volverse complicado en algunos casos, ya que elegir implica renunciar a algo y para el joven esto es imposible, ya que no le gusta renunciar a nada. Quiere tener una pareja pero también al mismo tiempo salir con todos los chicos o chicas, quiere estudiar arquitectura y también literatura y porque no psicología. Quiere conocer el mundo, tener grandes aventuras, ser jugador de fútbol en un equipo de primera, profesor de ski, viajero incansable y también tener una familia y ser un profesional exitoso. Todas las opciones pueden convivir y, de hecho, conviven, en su fantasía.

6.5 La Salida Exogámica

Los adolescentes sienten que los adultos y especialmente sus padres, no los comprenden, el diálogo con ellos se interrumpe. Pero a medida que se apartan de la familia, encuentran nuevos interlocutores en sus amigos, en su diario (que es privado pero se deja, al principio, a la vista de todos), en su agenda (que las chicas, sobre todo, comparten con las amigas).

El grupo ayuda a elaborar la separación del entorno de la infancia y la salida al mundo adulto. Cumple la función que antes correspondía a la familia.

Este grupo de identificación otorga normas, códigos compartidos, contención emocional, espacios, tiempos, rutinas. Permite expresar, en un contexto válido, la rivalidad, los celos, la competencia. Permite también fortalecerse para los primeros contactos externos, criticar a los padres, a los docentes, a otros grupos. En el grupo se buscan respuestas a los enigmas de la sexualidad. Quienes saben acerca de los misterios del acercamiento al otro, del acto sexual, de la masturbación, ocupan un lugar de preeminencia entre los pares.

Muchas veces el amigo íntimo funciona como doble idealizado, al que se le atribuyen todos los méritos que el joven quisiera tener. A menudo es quien hace o dice lo que el adolescente no se anima, o actúa como mediador en las primeras relaciones de pareja.

Al comienzo de la adolescencia se produce un aumento del narcisismo que, si es excesivo, impide la búsqueda de un objeto externo. A veces el adolescente se aísla del mundo y recrea las relaciones en la fantasía, como forma de elaboración para un posterior acercamiento. Pero siente que el futuro está afuera, en otra parte. Quiere conocer lugares y personas, probar cosas diferentes.

De este modo, experimentando, descubriendo, va conformando su nueva identidad. Las primeras relaciones con objetos exteriores son de carácter narcisista. Ama a alguien que se le parece, o que es como él o ella quisiera ser. Incluso en muchos casos elige alguien del mismo sexo o con características sexuales ambiguas, o alguien que acepta todas sus propuestas y le sigue como una sombra. Otras veces los primeros enamoramientos son con personas de más edad (un profesor, la madre de un amigo, etc.).

Por momentos aparecen sentimientos de soledad y de vacío, se pregunta para qué vive. Siente al mismo tiempo temor de ser aniquilado y culpa por abandonar a los padres. Cuando lucha por sus ideales en contra de los de ellos, siente esto como un asesinato, crecer es ocupar su lugar,

desplazarlos. Algunas veces reacciona permaneciendo anclado, como si así pudiera evitar el paso del tiempo.

Para que el adolescente logre atravesar este momento difícil es necesario que los padres le hagan frente, que no claudiquen. Si evitan la confrontación o delegan responsabilidades demasiado rápido, no permiten que el hijo pueda rebelarse. No se puede matar a alguien que no está. Si, por otra parte, nunca admiten la posibilidad de que se los cuestione, de estar equivocados, tampoco se produce el espacio necesario para que el hijo pueda separarse de ellos.

El camino que va de la endogamia a la exogamia, de lo familiar a lo extra familiar, del juego al trabajo, debe ser propiciado por la presencia de adultos que, al decir de Winnicott, sobrevivan los embates.

En caso contrario puede producirse lo que Efron denomina una precipitación, o hacerse grande de golpe (por ejemplo, un embarazo), o la actitud opuesta, lo que Dolto denomina infantilización o adolescencia tardía: jóvenes que no estudian, no trabajan, no lavan su ropa, no hacen su comida, ni se hacen de ningún otro modo responsable de sus vidas.

7 La Sexualidad

La sexualidad adolescente no es un hecho solamente biológico. La excitación sexual genital y la descarga son experiencias nuevas que se imprimen en el psiquismo y permiten resignificar experiencias anteriores, que, junto con las nuevas vivencias, van estableciendo la forma que adquirir la identidad sexual adulta. En el niño la masturbación es un proceso de descarga de tensión, y el placer, placer del órgano.

En el adolescente, en cambio, además de descarga, la masturbación es una forma de preparación para el encuentro sexual y las fantasías en relación a un objeto de deseo externo (que en muchos casos ni siquiera llega a enterarse de las pasiones que despierta), juegan un papel primordial para el logro de la satisfacción y la búsqueda de nuevas vivencias. La masturbación, si bien

provoca un sentimiento de culpa, brinda al adolescente una sensación de confianza y lo confirma en su capacidad de ejercicio de una sexualidad plena. Pero cuando es excesiva resulta una trampa, porque lleva a la pérdida de la relación con los otros y el no abandono de una posición infantil. En algunos aspectos el adolescente es tan desvalido y frágil como un bebé y necesita, como éste, de un ambiente favorable para poder crecer. (Quiroga, S 1999)

El deseo que se reprime (por ser opuesto a los valores culturales) es percibido por el yo como displacer, asco, vergüenza.

Estos sentimientos pueden estar en relación al propio cuerpo y sus productos (menstruación, transpiración, vello) o al de otros. En las chicas, a menudo, se manifiesta en un rechazo a tener relaciones, o, en caso de tenerlas, presentan dificultades en la penetración. Les gusta mostrarse lindas y seductoras, ser deseadas por sus encantos, pero no llegar a la concreción del acto sexual, que les provoca miedo y aversión.

También los varones suelen sentir miedo frente a las chicas y se defienden separando el sexo del afecto: hay mujeres para enamorarse, mujeres como la propia madre y hermanas, y mujeres de las otras (prostitutas, chicas fáciles).

Como se puede ver, el joven atraviesa por muchas sensaciones nuevas, sentimientos desconocidos y experiencias nuevas y extrañas para él. Es aquí donde las distintas instituciones de la sociedad (familia, escuela, hospitales, etc.) toman relevancia en la temática ya que su participación es fundamental, en cuanto a la información, contención y prevención sobre la temática.

Cuando se trabaja con adolescente sobre la temática de la sexualidad es necesario considerarla en su sentido más amplio, integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

De ello se desprende que el desarrollo psicosexual es parte de la formación de las personas e incide en su autorrealización. El mismo se articula con el desarrollo físico (genitalidad, cambios hormonales, etc.) y el contexto sociocultural, de allí que la información considerando el medio o entorno donde

se desarrolla cumple un rol preponderante en el tratamiento de este tema. (Aberastury, A y otros 1980)

7.1 Derechos De Los Adolescentes Acerca De Su Sexualidad

Este punto de partida contribuye a la inserción del tema y las prácticas sexuales en un marco más amplio cuyo valor normativo sirve a la construcción de la ciudadanía.

- *El derecho a la vida y la salud:* información acerca de los métodos para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)-Sida y la conciencia para exigir del otro los cuidados del caso.
- *El derecho a la libertad de elección:* en cuanto al cómo, cuándo y con quién ejercer la sexualidad, el derecho a no ser obligado a prácticas que por razones de creencias, convicciones o preferencias no resulten aceptables.
- *El derecho a la honra:* a ser respetado, no discriminado, no sometido a prácticas sexuales no elegidas o fuera de las consideraciones de edad y capacidad de decisión que garantizan la libre elección. Respeto por la intimidad de las personas.
- *Derecho a vivir según las propias convicciones morales y religiosas,* en tanto esta forma de vivir la sexualidad no viole los derechos ajenos.
- *Derecho a la información sobre el propio cuerpo,* sobre los modos de protegerlo, sobre modos de acceder a una sexualidad plena y placentera, sobre los modos de buscar protección y asistencia cuando se está en riesgo o cuando los derechos de las personas están siendo violados
- *Derecho a vivir según las propias decisiones sexuales,* a propósito del cual se requiere considerar aspectos psicológicos (información sobre el desarrollo psicosexual del individuo; papel de la sexualidad en la autorrealización de las personas y sobre riesgos de una mala información sexual), aspectos sociales (valor de la sexualidad en el vínculo de pareja, el costo social de una educación sexual ineficaz, en particular el costo de la discriminación, la falta de responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad, la necesidad de

brindar a los hijos una educación sexual, pero también de aceptar sus elecciones, siempre con un criterio proporcional a la edad) y aspectos biológicos y sanitarios: informar sobre la fisiología de la reproducción y del acto sexual, sobre el desarrollo físico de niños y niñas, sobre anatomía humana, sobre enfermedades de transmisión sexual y su prevención, sobre el ciclo fértil, el control de la fertilidad y sobre el embarazo.

7.2 EMBARAZO ADOLESCENTE

Es de conocimiento general que el embarazo en mujeres adolescentes ha ido aumentando notablemente en las últimas décadas.

Ya se ha hecho un recorrido general acerca del adolescente, sus características principales y de cómo todo esto genera un paso preliminar para la vida adulta. Ahora bien, se cree que este paso transitivo entre la niñez y la vida adulta, trae aparejado en forma determinante, consecuencias en algunos casos irreversibles. Casos como por ejemplo, drogadicción, alcoholismo, delincuencia, problemáticas que se inician en la adolescencia y que de alguna forma, definen al joven y a su desarrollo a la vida como adulto.

Entre esas problemáticas también se encuentra el embarazo adolescente, se lo plantea desde una visión no positiva ya que altera significativamente el vida de la mujer.

7.2.1 Concepto de embarazo adolescente

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, psicológicos y sociales que según cada cultura puede constituirse o no en una situación de mayor riesgo.

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, es decir entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.(OMS 2000)

Se puede agregar al concepto anterior, que el embarazo adolescente se caracteriza por jóvenes que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica (18 años) y que generalmente conviven con su familia de origen.

7.2.2 Prevención Del Embarazo Adolescente.

- **Nivel escolar:**

Actualmente vivimos en una sociedad “erotizada”, donde los límites en cuanto a la sexualidad, cambian continuamente y se pueden percibir como difusos.

La sexualidad como así también la salud, son aspectos propios de la sociedad. Es por eso que el valor del cuerpo, su cuidado, el valor de la vida por el otro, el respeto por la diferencia, son puntos sobre los cuales una sociedad debe tomar una clara posición y así construir las reglas de convivencia.

Por lo tanto, el abordaje de educación sexual en los niveles iniciales de escolarización tanto como en los cursos siguientes es de extrema importancia para la formación de seres responsables sexualmente.

La relevancia de la significación de la sexualidad humana no puede quedar fuera de los objetivos de la escuela. El concepto de salud que debe acompañar a la transformación educativa refleja una concepción amplia e integral - física, emocional e intelectual-, considerando la salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social (OMS 2007).

- **Diálogo abierto con los padres**

Es fundamental el apoyo de los padres sobre la temática sexual de sus hijos, para así crear un ambiente libre de prejuicios y falsas afirmaciones, donde se logren esclarecer todo tipo de dudas acerca de los métodos anticonceptivos, tiempo sobre inicio sexual, etc. Es por ello que en esta etapa

del adolescente los padres deberán estar más atentos que nunca ante los cambios de sus hijos, relacionados con sus amistades, su desempeño escolar, sus salidas nocturnas, para poder así acompañarlo y que el joven se pueda sentir contenido.

7.2.3 Factores De Riesgo Del Embarazo Adolescente.

Ahora bien, si pensamos la razón del aumento a nivel mundial del embarazo adolescente, es imprescindible hacer una mirada hacia atrás y analizar algunos factores de riesgo que inciden directamente sobre el embarazo adolescente.

- **Comportamiento sexual adolescente.**

Según la cultura, el matrimonio toma distinto significado. Como así también al rol que se le asigna a la mujer. Estos factores son influyentes a la hora de contemplar y analizar el embarazo adolescente.

Así, en algunos países de África, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven.

Cuando la tradición no implica el matrimonio en jóvenes adolescente, el embarazo precoz suele relacionarse con la práctica precoz de relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos.

- **Falta de información sobre métodos anticonceptivos**

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o no tener un fácil acceso a su adquisición. Pero se debe admitir una cuota de prejuicio social a la hora de adquirirlo como así también por vergüenza o timidez.

En las adolescentes más del 80% de los embarazos son no deseados.

Dentro de este porcentaje, la mitad de estos embarazos se producen en mujeres que no usan anticonceptivos, mientras que el resto se deben al uso incorrecto de los mismos. (OMS 2011)

- **Abusos sexuales**

Varios estudios dan a entender que el abuso sexual al igual que otros tipos de maltratos, pueden afectar al desarrollo general de jóvenes. Las víctimas de abuso sexual tienen un riesgo mayor de experimentar problemas de salud mental y problemáticas sociales derivados de la estigmatización e impotencia que provoca el abuso. La baja autoestima es una de las consecuencias de este tipo de abuso.

Estadísticas refieren que entre un 10 y 20 % de los embarazos adolescentes son consecuencias directas de violaciones, mientras que un 60 % de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo.

Se ha descubierto también que aquellas jóvenes abusadas fueron en su mayoría víctimas de maltrato físico y emocional en su niñez.

- **Ambiente en la infancia**

Aquellas niñas adolescentes expuestas a la violencia doméstica, a conflictos familiares y al abuso, viven situaciones más propensas que pueden llegar a culminar en embarazos no deseados.

Los investigadores señalan que "la disfunción familiar" tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y el resto de sus vidas.

- **La televisión como agente reproductor de modelos sexuales.**

Tal como lo señala Bourdieu (1997), el mundo social está descrito y prescrito por la televisión construyendo e imponiendo tipificaciones identificadoras, con un lenguaje propio; en este sentido, la televisión se convierte en un “colosal instrumento de mantenimiento del orden simbólico”.

Posee una especie de monopolio sobre la formación de las mentes, imponiendo principios acerca de la visión del mundo, de la sexualidad, de las relaciones sexuales, de la idea de pareja, de los roles de varón y mujer, de las cuestiones frente a hetero - homosexualidad, del cuidado y uso de métodos anticonceptivos, del embarazo, del aborto, de la relación sexualidad, familia y escuela, del erotismo y del sentido de lo público y lo privado.

7.2.4 Consecuencias Del Embarazo En Adolescentes

7.2.4.1 Riesgos Clínicos.

Desde una mirada médica el embarazo adolescente podría traer consecuencias o complicaciones prenatales. Tales como:

- Falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las jóvenes no acuden directamente a dicha atención ni comunican su situación a sus padres, esto genera que en muchos casos la primera revisión médica demora entre cuatro y cinco meses.
- Es frecuente la anemia.
- Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de preeclampsia (hipertensión) y eclampsia (convulsiones)
- El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo, y consumo de drogas.
- La mortalidad materna en ésta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se deben a embolia, enfermedad hipertensiva y embarazos ectópicos.

- Algunas jóvenes optan por el aborto inducido clandestino que pone su vida en peligro debido a hemorragias presentadas durante el proceso.
- En ocasiones el embarazo se produce existiendo enfermedades de transmisión sexual.
- El embarazo adolescente es un factor de riesgo para que los recién nacidos presenten enfermedades como la espina bífida, y el Síndrome de muerte súbita del lactante.

7.2.4.2 Consecuencias Psicosociales

Las mayores secuelas se dan a nivel psicológico y social al tener que asumir nuevos roles, donde la joven debe reconocerse ahora como madre, responsabilizándose de ahora en más de otra persona, de sus cuidados, necesidades, a pesar de que aún no se ha consolidado su propio desarrollo.

Desde el aspecto psicosocial las consecuencias son las siguientes:

- Algunas jóvenes deciden dar en adopción a sus pequeños hijos generando esto, culpa y arrepentimiento en las etapas más adultas de vida.
- Hay quienes deciden tener al hijo siendo solteras, convirtiéndose en madre soltera y por lo tanto en una familia monoparental, enfrentándose a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve alterado y frenado, llegando a sufrir agresiones por parte de su familia y del entorno y disminuyendo las oportunidades para conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado) o continuar con sus estudios, sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable.
- Otras jóvenes madres deciden, si el padre biológico acepta su paternidad y responsabilidad, formar un matrimonio. Sin embargo existen altas probabilidades de que dicho matrimonio no perdure ya que el padre precoz se enfrentan a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no

están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo.

CAPÍTULO II

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y DETECCIÓN DE ALTO RIESGO MATERNO INFANTIL

1 ¿Qué es la salud?

Según la organización Mundial de salud (OMS), la salud es “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad”. Esto quiere decir que estar sanos no implica solamente no estar enfermos o que no nos duela nada, sino también sentirnos bien, disfrutar de un nivel de vida que nos permita tener acceso a la educación, a una vivienda digna, a una alimentación adecuada y a la asistencia para el cuidado de la salud.

La salud está afectada por factores biológicos y genéticos, el medio ambiente en el que vivimos, el estilo de vida, los comportamientos y costumbres, y las posibilidades de acceder a los servicios de salud.

2 ¿Qué es la sexualidad?

Según el Programa Nacional De Salud Sexual Y Procreación Responsable (2003) la sexualidad es parte de la vida de todos los seres humanos. Muchas personas creen que la sexualidad es sólo tener relaciones sexuales o que tiene que ver solamente con nuestros genitales. Pero la sexualidad es mucho más que eso, abarca nuestro cuerpo, los sentimientos y las emociones y está muy ligada a nuestra identidad. La sexualidad la vivimos y la sentimos: tiene que ver con la forma de movernos, vestarnos, expresarnos y relacionarnos con los demás.

Todos tienen sexualidad a lo largo de la vida, desde que nacemos hasta que nos morimos, aunque se exprese de manera diferente en las distintas edades. Cada persona vive su sexualidad de una manera diferente. La sexualidad es tan amplia y variada como personas hay en el mundo y se expresa de distinta forma según seamos mujeres o varones, niños, jóvenes o adultos y también según las costumbres y creencias de nuestra familia y nuestro entorno.

A pesar de ser tan importante en nuestra vida, muchas veces tenemos dificultades y vergüenza para hablar de nuestra sexualidad.

2.1 Los mitos sobre la sexualidad

En nuestra sociedad circulan muchas ideas falsas o incorrectas sobre la sexualidad que se transmiten de boca en boca pero que no tienen ningún fundamento. Por ejemplo, muchas personas creen que una mujer no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales, o que un varón que tiene relaciones con una mujer que está menstruando puede quedar impotente. Esto es absolutamente falso.

También existen ideas acerca de que ciertos comportamientos son “correctos” o “naturales” y otros “incorrectos”, “indecentes” o “prohibidos” (masturbación, relaciones sexuales entre personas del mismo sexo). Estas nociones no son de ningún modo verdades absolutas, y lo que le gusta a algunos puede no gustarle a otros pero no por ello deben ser criticados o juzgados.

Las falsas creencias y la información errónea nos impiden disfrutar libremente de nuestra sexualidad. Además, pueden fomentar actitudes discriminatorias frente a otras personas.

3 ¿Qué son los derechos Humanos?

Tanto mujeres como varones tienen derechos que deben ser reconocidos y respetados. Entre ellos figuran el derecho a expresarse, a descansar, a trabajar, a educarse, a la protección de la salud, a participar desde sus particulares puntos de vista, a vivir sin miedo, a ser tratados dignamente, a la privacidad, a la autonomía de sus decisiones.

Los derechos humanos poseen carácter evolutivo y dinámico, es decir, nacen gradualmente en determinadas circunstancias y estas por lo general están caracterizadas por movimientos y luchas por la defensa de nuevos derechos y libertades.

Todas las personas por el solo hecho de ser seres humanos tenemos derechos que nadie nos puede negar. Estos derechos se denominan derechos

humanos e incluyen el derecho a la vida, la identidad, la salud la educación, la libertad, la alimentación, el techo, la seguridad, etc.

Todos estos derechos son necesarios para que podamos disfrutar de una vida digna y desarrollarnos plenamente. (J.BAIGORRI/ P. ORTEGA 2001)

Estos derechos nos corresponden a todos los seres humanos sin ningún tipo de distinción o discriminación por sexo, raza, religión, edad, estado civil, orientación sexual, nacionalidad, etc.

Los gobiernos tienen el deber y la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos, lo que implica que no pueden restringirlos y deben generar las normas y condiciones para que todos podamos ejercerlos.

Existen acuerdos internacionales firmados por la mayoría de los países del mundo que definen qué son los derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Americana de Derechos Humanos, y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. En nuestro país todos estos tratados tienen rango constitucional, es decir que son de suma importancia y están por encima de todas las leyes nacionales y provinciales.

3.1 Derechos sexuales y reproductivos

Al hablar de sexualidad y de reproducción humana, desde la perspectiva de los derechos humanos supone definir algunos conceptos básicos sobre derechos humanos. Una definición de consenso establece que los derechos humanos son” un conjunto de facultades e instituciones que en cada momento histórico concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humana” (N. ZAMBERLIN Y FABIAN PORTNOY 2007)

La preocupación por los derechos humanos tiene entre sus primeros referentes históricos, el movimiento político, social y cultural de la Revolución Francesa en 1789.

A partir de ahí, esta preocupación se ha traducido en la búsqueda del reconocimiento de tales derechos a nivel de los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales.

Como la salud es un derecho humano esencial, la salud sexual y reproductiva es también una parte integral de los derechos humanos.

Los derechos sexuales y reproductivos se basan en la autonomía de las personas para tomar decisiones acerca de su vida, su sexualidad, su cuerpo, su reproducción, su salud y su bienestar. Incluyen el derecho a tener relaciones sexuales cuando se quiera y con quien se quiera, sin violencia ni bajo presión; a tener hijos cuando se desee, y a expresar la sexualidad de la manera en que se sienta.

Los derechos reproductivos son esenciales para poder ejercer el derecho a la salud, el cual incluye el derecho a utilizar servicios de salud reproductiva integrales y de buena calidad que garanticen la privacidad, el consentimiento libre e informado, la confidencialidad y el respeto.

3.2 Los derechos sexuales y reproductivos según la UNFPA (Fondo de población de las naciones unidas) incluyen:

- Derecho a conocer su cuerpo, cómo funciona y las formas de cuidarlo evitando riesgos y enfermedades.
- Derecho a acceder a la información adecuada para poder tomar decisiones libres y responsables.
- Derecho a la libre decisión y voluntaria al momento de tener o no relaciones sexuales esa decisión incluye con quién y en qué momento. Nadie puede ser forzado/a por otra persona (ni siquiera por su pareja) a tener relaciones sexuales.
- Derecho a tener relaciones sexuales seguras que no pongan en riesgo la salud y sin temor a tener o causar un embarazo no deseado.
- Todos y todas tenemos derecho a explorar la sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias ni nada que impida la libre expresión de los deseos.

- Derecho a sentir placer, a expresar nuestra preferencia sexual y a elegir nuestras parejas.
- Ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto contra su voluntad.
- Toda persona, hombre o mujer, debe tener a su alcance información completa y servicios que ofrezcan métodos seguros y eficaces para evitar el embarazo, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Derecho a recibir atención oportuna, de calidad, en lenguaje entendible para su mejor comprensión y que ofrezca:
 - Atención segura del embarazo y el parto.
 - Atención después de un aborto.
 - Información actualizada y clara sobre los métodos anticonceptivos.
 - Acceso gratuito a métodos anticonceptivos seguros y eficaces.
 - Información sobre los beneficios y riesgos de los medicamentos, estudios y procedimientos médicos.
 - Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, VIH/sida y del cáncer.
 - Aborto seguro en las situaciones que la ley lo permite. (Según el Código Penal argentino el aborto es legal cuando el embarazo representa un riesgo para la vida o la salud de la mujer, y cuando el embarazo es producto de una violación a una mujer con discapacidad mental).

Gozar del derecho a la salud no sólo significa recibir atención médica oportuna y tratamientos adecuados. También significa recibir atención y cuidados sin discriminación de ningún tipo, información en lenguaje sencillo y claro, un trato cordial y respeto por el cuerpo, la privacidad y las propias decisiones.

3.3 En los servicios de salud se tiene derecho a:

- Recibir trato cordial y respetuoso por parte de todas las personas que atiendan.
- Ser atendidos/as en lugares apropiados y cómodos que permitan privacidad.
- Recibir atención y cuidados sin discriminación de ningún tipo (edad, estado civil, raza, nacionalidad/origen, orientación sexual, etc.).
- Que escuchen con atención y tiempo suficiente.
- Que den información en un lenguaje sencillo y claro.
- Que se respondan todas las dudas.
- Que se expliquen en forma clara y tantas veces como sea necesario el diagnóstico, el tratamiento o los estudios que se debe hacer incluyendo los beneficios y posibles complicaciones.
- Que cuando sea posible, se pueda elegir el tratamiento y el momento para realizarlo.
- Que se respete el cuerpo, la intimidad, historia personal, tiempo y decisiones.
- Que se respete el derecho a la intimidad. La información sobre la salud y la vida sexual y reproductiva que confiamos al personal de salud, debe mantenerse en reserva y ser considerada confidencial y amparada por el secreto médico.
- Los y las adolescentes tienen derecho a solicitar y recibir información y servicios de salud sexual y reproductiva sin que se exija la autorización de sus padres.
- Ninguna persona requiere autorización de su pareja ni de ninguna otra persona para usar un método anticonceptivo (incluyendo la ligadura de trompas o la vasectomía)

4- Derechos sexuales y reproductivos en las leyes Argentinas

4.1 La Salud Sexual y La Salud Reproductiva según las normas vigentes

Ambas son determinantes para la condición social de las mujeres y tienen un impacto decisivo en su desarrollo personal, su calidad de vida y sus oportunidades para integrarse plenamente a la vida social y políticas de la sociedad y ejercer plenamente su condición de ciudadanas

En nuestro país existe una serie de normas y leyes nacionales y provinciales vinculadas a la salud sexual y reproductiva. Estas leyes establecen derechos para todas las personas y deben cumplirse tanto en los servicios públicos como en los privados.

Es claro que, aunque los marcos legales deben proteger la salud sexual y reproductiva de mujeres y varones por igual, es innegable que las mujeres comprometen su cuerpo en la gestación, el parto y el puerperio.

Planteando la temática de esta forma, resulta sencillo comprender que haya sido el movimiento de mujeres el que logra instalar en los foros internacionales la idea de salud reproductiva como un derecho humano, de donde surge a su vez el concepto de derechos reproductivos. Esto se traduce en el derecho a la libre elección reproductiva respetando los deseos y necesidades de las personas y al margen de la orientación pronatalista o antinatalista de las políticas demográficas de cada país.

Posteriormente fue tomando consenso internacional y también al influjo del movimiento de mujeres, una concepción cada vez más abarcativo acerca de la salud reproductiva como una dimensión esencial del ser humano, inseparable de la noción de una vida plena y saludable. Así, nacen los conceptos de salud sexual y derechos sexuales.

No se debe olvidar que el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos está influenciado por los modelos masculinos y femeninos dominantes en cada sociedad. Esto se manifiesta en las actitudes, creencias, mandatos y valores hacia la sexualidad que manifiestan las mujeres y los varones y que son internalizados durante el proceso de socialización.

5- La Situación en Argentina y en la Provincia de Mendoza

Nuestro país presenta bajas tasas de natalidad como así también tasas relativamente bajas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos seguros.

Estas cifras se pueden explicar, entre otras cosas, por el elevado número de abortos que se realizan para evitar embarazos no deseados. Estos abortos provocados, todos ellos ilegales y por ende clandestinos, con frecuencia se llevan adelante en malas condiciones sanitarias, poniendo en grave riesgo la fecundidad futura, la salud y la vida de las mujeres, en particular de aquellas de bajo recurso económico.

En los últimos diez años se han sancionado leyes y se han ido implementando programas provinciales y municipales que dan como resultado un mapa nacional heterogéneo en cuanto a la posibilidad concreta del acceso de varones y mujeres a la atención adecuada, oportuna y gratuita de su salud reproductiva, y en particular para acceder a la anticoncepción.

Este panorama desigual en los sistemas públicos de las distintas provincias ha comenzado a revertirse a partir de la sanción y aplicación de la ley Nacional N° 25.673 De Salud Sexual Y Procreación Responsable en el 2003.

Se mencionó anteriormente la importancia de las parejas en cuanto al poder de decisión relacionado al cuándo y con qué frecuencia tener hijos y de este modo estar en condiciones de planificar su familia responsablemente.

En este sentido tanto varones como mujeres tienen derecho a regular su fecundidad eligiendo libremente distintos métodos anticonceptivos, seguros y eficaces y que en nuestra provincia gracias a la Ley provincial N° 6433 De Salud Reproductiva, están disponibles en todos los centros de salud y hospitales públicos.

La ley N° 6433 se sanciona en la provincia de Mendoza en el año 1996 y su reglamentación en el año 1998, da inicio al Programa Provincial de Salud Reproductiva.

6- Ley N° 6433 Programa Provincial de Salud Reproductiva

6.1 Objetivo general de la ley

Posibilitar a toda la población el acceso a la información y a los servicios que le permitan la toma de decisión responsable y voluntaria sobre sus pautas reproductivas.

6.2 Objetivos Específicos

- Promover la maternidad y paternidad responsable
- Disminuir la mortalidad materna- infantil
- Prevenir embarazos no deseados y en situación de riesgo de vida.
- Evitar abortos provocados.

6.3 Finalidad del Programa

- Que tanto mujeres como parejas puedan tener una vida sexual sana y libre de infecciones de transmisión sexual.
- Que las mujeres y las parejas puedan manejar su propia fecundidad sin riesgo para su salud sexual y reproductiva en el marco de los Derechos Sexuales Y Reproductivos.

6.4 Servicios del Programa

- Información y asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva y sobre Infecciones De Trasmisión Sexual.
- Información y asesoramiento sobre Planificación Familiar y todos los Métodos De Anticoncepción.
- Provisión de insumos al sistema de Salud Provincial, Métodos Anticonceptivos e instrumental.
- Capacitación permanente de todos los agentes de salud involucrados en el programa. Usuarios y de la comunidad en general.

En la provincia de Mendoza se sancionó en el año 1995 la Ley N° 6354 Del niño y Adolescente que establece, claramente, que independientemente de la contención en el núcleo familiar, el estado arbitrará los medios para asegurar la protección y el cuidado de niñas/ niños y adolescentes a través de las instituciones en las áreas de salud, educación, justicia, seguridad y otras para el logro de su bienestar integral.

En este sentido es de fundamental importancia abordar la temática de los/las adolescentes y la salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta que la Convención Internacional de los derechos de niños/as y adolescentes (1989) aclara en el eje de salud, el derecho a la confidencialidad y a la intimidad en la atención. Si bien es la familia quien orienta en el tema de educación sexual y reproductiva, mientras el profesional no tenga conocimiento de que los padres se oponen y en tanto los/las jóvenes tengan la capacidad de comprensión suficiente, se debe proporcionar la información y el servicio asistencial previstos por la ley.

7. Algunas de las Leyes Nacionales vinculadas a La Salud Sexual Y Reproductiva vigentes en todo el país:

- LEY NACIONAL N° 25.673 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE (La mayoría de las provincias argentinas también tienen sus propias leyes de salud reproductiva además de la ley nacional).
- LEY NACIONAL N° 26.130 ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA (LIGADURA Y VASECTOMÍA).
- LEY NACIONAL N° 25.929 DERECHOS DE PADRES E HIJOS DURANTE EL PROCESO DE NACIMIENTO.
- LEY NACIONAL N° 25.808 Y N° 25.273 DERECHOS DE LAS ALUMNAS EMBARAZADAS Y MADRES EN EL SISTEMA EDUCATIVO.
- LEY NACIONAL DE SIDA N° 23.798
- LEY NACIONAL N° 26.15 EDUCACIÓN SEXUAL.

- LEY NACIONAL N° 24.417 PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR.

8. Ejecución Del Programa De Salud Reproductiva En La Ciudad De San Martín - Mendoza.

La muestra con la que se trabajo fue extraída del Hospital Alfredo Ítalo Perrupato, ubicado en Costa Canal Montecaseros y Ruta Nac. 50 nosocomio principal de la ciudad de San Martín, cuyo director es el Dr. Guillermo Patti.

Los servicios principales que ofrece este hospital son de cirugía, traumatología, clínica médica, pediatría, maternidad donde funciona un servicio de neonatología de alta complejidad, para atender a los pacientes que concurren de la ciudad de San Martín, como así también de otros departamentos cercanos, como Rivadavia, Santa Rosa, La Paz, Lavalle, Fray Luis Beltrán, etc.

El área de maternidad está dirigida por el Dr. Manuel Ruiz, la misma comprende sala de parto (obstetricia) consultorios externos de ginecología y obstetricia y salud reproductiva, dirigida por la Dra. Acerete. Y por último; internación.

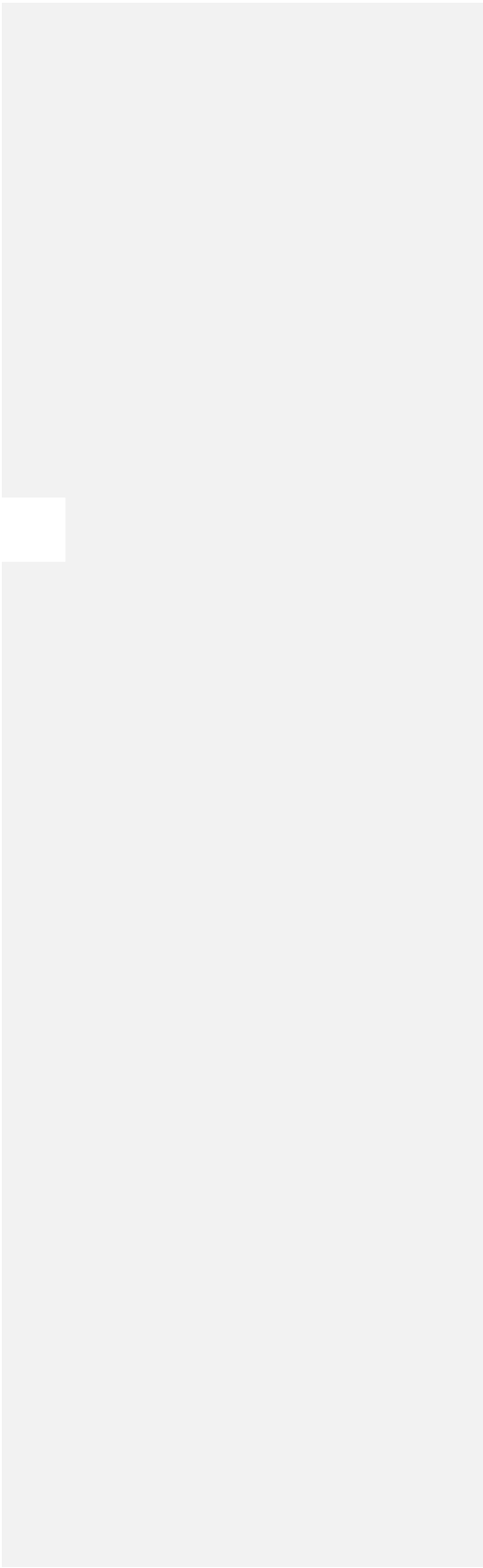
Las tareas principales del sector de Salud reproductiva son:

- Consejería en Salud sexual y reproductiva
- Entrega de métodos anticonceptivos: dentro de los cuales se entrega de forma gratuita, ACO (anticonceptivos vía oral), Inyectables (mensual), Barrera (preservativo), DIU, Tripsia tubaria (ligadura de trompas) y vasectomía (actualmente no se está realizando esta práctica por cuestiones internas del Hospital)

En el sector de internación, luego que el bebé nace se le entrega a la mamá pastillas anticonceptivas para la lactancia y si el caso así lo merece, se le coloca el DIU o se inicia el trámite para la tripsia tubaria.

El programa de Salud Sexual y Reproductiva se implementa en el Hospital Perrupato a partir de su reglamentación en el año 1998, como así también en los hospitales Diego Paroissien de Maipú, Lagomaggiore de Ciudad , Antonio Scaravelli de Tunuyán, Arturo Illia de La Paz y Carlos Saporiti de Rivadavia

SEGUNDA PARTE



CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1- OBJETIVO PRINCIPAL

- Conocer y analizar los alcances del Programa Provincial De Detección Materno Infantil y Reproductivo Del Hospital Dr. Ítalo Perrupato de la Ciudad de San Martín, respecto a la población de embarazadas adolescentes.

2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar en los modos de ejecución y funcionamiento del Programa De Salud Reproductiva Del Hospital Ítalo Perrupato.
- Cuantificar y analizar los casos de embarazo adolescente atendidos en el primer trimestre del año 2013, en el Hospital Ítalo Perrupato.
- Profundizar sobre los alcances de las acciones que realizan los agentes sanitarios en el seguimiento de embarazos adolescentes.

3- HIPÓTESIS

- El seguimiento de los agentes sanitarios como parte del Programa Provincial De Detección Materno Infantil Y Reproductivo, disminuye la situación de riesgo de las madres adolescentes y sus hijos, tanto en los aspectos físicos, psicológicos como sociales.

4- MÉTODO

La investigación que se llevará a cabo es de carácter cualitativo, con un diseño de investigación exploratorio – descriptivo.

Según Hernández Sampieri, (2006) la investigación cualitativa se fundamenta en: “una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento de significado de las acciones de los seres vivos, principalmente los humanos y sus instituciones”.

El enfoque cualitativo se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados. Se trata de obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes. También resultan interesantes las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. El investigador en este caso no sigue un proceso claramente definido.

En este caso se utilizan las planillas de registro del programa en cuestión, que aportan datos cuantitativos y cualitativos y se realizará un análisis de los mismos a fin de dar cuenta de las características de la población en estudio en este trabajo de tesina.

La cuantificación de estos datos sirve para dar luz, o iluminar al alcance de la problemática abordada y caracterizar a la misma, siempre en el marco de una estrategia de investigación cualitativo. La metodología cualitativa se dirige a captar el aspecto humano de la vida social, por lo que los comportamientos de los sujetos no son reducidos a ecuaciones estadísticas.

Según el autor mencionado anteriormente, el investigador en el estudio descriptivo describe fenómenos, situaciones, contextos y eventos, es decir detalla cómo son y se manifiestan y debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué medirá (conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quienes se recolectaran los datos.

5-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de diseño en la presente investigación, es no experimental ya que no se manipulan variables de acuerdo a los objetivos propuestos, sino que: "lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos". (Sampieri, Collado y Lucio, 1994).

En los estudios no experimentales, no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones preexistentes, no inducidas intencionalmente por el investigador

La técnica de recolección de datos que se utilizó en este proyecto es la entrevista,

que nos permitirá indagar y recolectar información acerca de la problemática social planteada.

Además se realizó el análisis de los datos con los que cuenta el programa implementado en base a planillas diarias de internación del área de maternidad del Hospital Perrupato, correspondiente al primer trimestre del año 2013, ofreciendo información acerca de edad, nombre y apellido de la paciente, numero de documento, nivel de instrucción, domicilio, métodos anticonceptivos utilizados, cantidad de gestas anteriores, cantidad de hijos, número de controles correspondiente al embarazo.

La metodología utilizada permitirá recoger y analizar los datos necesarios para confirmar o rechazar la hipótesis que sostiene este trabajo de investigación.

6-PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Las Técnicas utilizadas son

6.1 Entrevista

La entrevista se basa en solicitar información para obtener datos sobre un problema determinado. Presupone, pues, la existencia de dos personas y la posibilidad de interacción verbal. Como técnica de recopilación va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre, en ambos casos se recurre a una “guía” que puede ser un formulario o un bosquejo de cuestiones para orientar la conversación.

Una vez que obtuvimos la información necesaria, nos planteamos pautas de análisis dentro del mismo encuadre teórico y realizamos el análisis descriptivo de cada una de ellas.

6.2 Análisis de Documentos

Es una técnica indirecta o no interactiva, sirve para el abordaje de documentación oficial como revistas, documentos internos, dossier, diarios de prensa,

statutos, expedientes personales. También se utiliza en base a documentación de carácter personal como fotografías, cartas, autobiografías.

Una vez que disponemos de los datos, el primer paso será la lectura, y reelaboración de los mismos para encontrarles significado, ya que los datos por si mismos ofrecen una información limitada. El propósito del análisis es resumir y comparar las entrevistas llevadas a cabo en forma tal que sea posible materializar los resultados de la investigación con el fin de proporcionar respuesta a los interrogantes de la investigación. (Caplow 1977)

Es por esto, que los datos fueron volcados a una tabla de Excel para su mejor interpretación, la cual facilitó su posterior análisis.

Esto permitió llegar a conclusiones que serán presentadas tanto en sus aspectos descriptivos como en sus interpretaciones.

7- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

A la hora de intentar realizar un análisis a la problemática de embarazo adolescente, recurrimos al nosocomio de la zona, el Hospital Dr. Ítalo Perrupato, allí se nos brindó información recolectada por profesionales del área de maternidad, correspondiente al primer trimestre del año 2013.

Dicha información se obtuvo a través de las entrevistas realizadas por parte personal del área de maternidad del hospital Perrupato, los datos recolectados, son volcados a planillas estandarizadas, la cual resulta un trámite obligatorio al momento de la internación al nosocomio de la futura mamá.

Estas planillas forman parte de los instrumentos de recolección de datos y seguimiento utilizados por el programa provincial de Salud Reproductiva, en la detección del alto riesgo materno infantil y reproductivo. A continuación presentamos un modelo de dicha planilla:

La planilla de detección del alto riesgo materno infantil y reproductivo se implementa en los Hospitales antes mencionados y se completa según el departamento donde reside la paciente. Los datos que contiene la planilla permiten estimar el riesgo reproductivo e infantil, que surge del puntaje de las sumas de las variables, es importante mencionar que en muchas mujeres entrevistadas surgen situaciones relacionadas con abusos, embarazos no deseados y/o en situaciones de riesgo, abortos provocados y adopciones.

En una segunda instancia se brinda a las mujeres información sobre planificación familiar, todos los métodos anticonceptivos y la gratuidad de los mismos, esta información se completa con la entrega de un folleto instructivo. Realizando así consejería en salud reproductiva. (Ver material adjunto)

En todos los casos se realiza la derivación al centro de salud de referencia de la mujer, contando para tal fin con una derivación escrita cuyo objetivo es reforzar en la

mujer la importancia del control puerperal, la planificación familiar y el control pediátrico del recién nacido.

Posteriormente las planillas de detección son enviadas a la Dirección de Maternidad e Infancia quien se encarga de redistribuirlas a cada área de salud departamental. La finalidad de esta acción está en realizar el seguimiento de la mujer (sobre todo aquellos casos de madres adolescentes, violencia de género, multiparidad, etc.), y el recién nacido, cuando existe, en su comunidad e incorporarla como usuaria del programa de salud reproductiva, garantizando la inmediata incorporación al programa a aquellas mujeres que se encuentran en situación de riesgo reproductivo.

En base a estas planillas de detección de alto riesgo materno infantil, se extrajo los datos de aquellas mamás adolescentes, es decir, cuya edad no supera los 18 años, correspondiente al primer trimestre del año 2013

7.1 Tabla de la muestra

El total los casos registrados durante el primer trimestre del año en el Hospital Perrupato es de 595 mujeres, de las cuales 92 son niñas y mujeres menores de 18 años.

A continuación se muestran los datos extraídos de las planillas de seguimiento, sólo para el caso de las menores de 18 años, sobre las que trata este trabajo de tesina.

<i>EDAD</i>	<i>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</i>	<i>CIUDAD</i>	<i>SCORE</i>	<i>VARIANTES INCLUYENTES</i>	<i>EMB. PLANIFICADO</i>	<i>USO M.A.C.</i>
	SEMANA N° 1				46	
14	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	6	3 y 6	NO	NO
17	SECUNDARIA INCOMPLETA	ALTO VERDE - SAN MARTIN	5	6	NO	NO
18	SECUNDARIA COMPLETA	ING. GIAGNONI- SAN MARTIN	3	6	NO	NO
16	SECUNDARIA INCOMPLETA	LA COLONIA	3	6	NO	NO
17	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	3	6	SI	SI
16	PRIMARIA INCOMPLETA	ALTO CHAPANAY- SAN MARTIN	6	6	SI	NO

17	DESCONOCIDO	TRES PORTEÑAS - SAN MARTIN	3	6	NO	NO
17	PRIMARIA COMPLETA	LA PRIMAVERA - GUAYMALLEN	3	6	NO	SI
	SEMANA N° 2				32	
16	PRIMARIA COMPLETA	SAN ROQUE - MAIPU	3	6	NO	NO
16	PRIMARIA INCOMPLETA	RODEO DEL MEDIO - MAIPU	4	6	NO	NO
18	SECUNDARIA COMPLETA	PALMIRA - SAN MARTIN	3	6	NO	NO
16	PRIMARIA COMPLETA	RIVADAVIA			NO	SI
17	SECUNDARIA INCOMPLETA	SAN MARTIN	3	6	NO	NO
	SEMANA N° 3				29	
17	PRIMARIA COMPLETA	RIVADAVIA	3	0	SI	SI
16	PRIMARIA INCOMPLETA	SAN MARTIN	6	6	SI	SI
18	PRIMARIA COMPLETA	CHAPANAY - SAN MARTIN	3	6	NO	NO
17	PRIMARIA INCOMPLETA	SAN MARTIN	6	6	SI	SI
16	SECUNDARIA INCOMPLETA	ALTO VERDE - SAN MARTIN	4	6	SI	NO
15	PRIMARIA COMPLETA	EL RAMBLON - SAN MARTIN	3	6	NO	SI
18	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	5	6	NO	NO
	SEMANA N° 4				25	
18	SECUNDARIA INCOMPLETA	SAN MARTIN	4	3 y 6	SI	NO
18	PRIMARIA COMPLETA	SANTA BLANCA - MAIPU	3	6	NO	NO
18	PRIMARIA COMPLETA	ALTO VERDE - SAN MARTIN	3	6	SI	SI
	SEMANA ° 5				30	
18	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	3	6	NO	NO
17	PRIMARIA COMPLETA	TRES PORTEÑAS - SAN MARTIN	5	6	NO	NO
18	PRIMARIA COMPLETA	MONTECASEROS - SAN MARTIN	3	6	SI	NO
18	PRIMARIA INCOMPLETA	PALMIRA - SAN MARTIN	4	6	NO	SI
17	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	4	6	NO	NO
15	PRIMARIA INCOMPLETA	RODEO DEL MEDIO - MAIPU	6	6	NO	NO

18	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	3	6	SI	NO
15	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	3	6	NO	SI
17	PRIMARIA COMPLETA	SAN ROQUE - MAIPU	2	6	NO	NO
	SEMANA ° 6				22	
18	SECUNDARIA INCOMPLETA	TRES PORTEÑAS - SAN MARTIN	6	6	NO	NO
15	PRIMARIA INCOMPLETA	LA PAZ	4	6	SI	NO
16	SECUNDARIA INCOMPLETA	SAN ROQUE - MAIPU	3	6	SI	NO
17	PRIMARIA COMPLETA	ALTO SALVADOR - SAN MARTIN	4	6	NO	NO
17	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	3	1	NO	SI
	SEMANA N° 7				24	
14	PRIMARIA INCOMPLETA	BELTRAN - MAIPU	4	6	NO	NO
16	PRIMARIA COMPLETA	NUEVA CALIFORNIA - SAN MARTIN	4	6	SI	NO
18	PRIMARIA COMPLETA	LOS BARRIALES - JUNIN	3	6	NO	NO
	SEMANA N° 8				33	
16	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	4	6	NO	NO
18	SECUNDARIA INCOMPLETA	BELTRAN - MAIPU	3	6	NO	NO
17	PRIMARIA COMPLETA	PALMIRA - SAN MARTIN	3	6	SI	NO
17	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	3		SI	NO
18	PRIMARIA INCOMPLETA	SAN MARTIN	2	6	NO	NO
	SEMANA N° 9				36	
15	SECUNDARIA INCOMPLETA	LA COLONIA - JUNIN	4	6	NO	NO
16	PRIMARIA INCOMPLETA	LA PAZ	3	6	NO	NO
16	SECUNDARIA INCOMPLETA	SAN ROQUE - MAIPU	4	6	NO	SI
17	PRIMARIA COMPLETA	ALTO SALVADOR - SAN MARTIN	3	6	NO	NO
17	PRIMARIA COMPLETA	SAN MARTIN	3	6	NO	NO
14	PRIMARIA INCOMPLETA	BELTRAN - MAIPU	6	6	NO	NO
	SEMANA N° 10				26	

16	PRIMARIA COMPLETA	NUEVA CALIFORNIA - SAN MARTIN	3	6	NO	NO
18	PRIMARIA COMPLETA	LOS BARRIALES	2	6	NO	NO
	SEMANA ° 11				48	
16	PRIMARIA COMPLETA	CARRIL NORTE SAN MARTIN	3	6	NO	SI
18	SECUNDARIA INCOMPLETA	BELTRAN - MAIPU	3	6	NO	NO
	SEMANA ° 12				45	
17	PRIMARIO COMPLETO	PALMIRA - SAN MARTIN	3	6	NO	NO
17	PRIMARIO COMPLETO	SAN MARTIN	3	6	NO	SI
18	SECUNDARIO INCOMPLETO	SAN MARTIN	2	6	NO	SI
15	SECUNDARIO INCOMPLETO	LA COLONIA - JUNIN	4	6	NO	SI
16	PRIMARIO COMPLETO	LA COLONIA	3	6	NO	SI
	SEMANA ° 13				35	
16	PRIMARIA COMPLETA	SANTA BLANCA - MAIPU	3	6	SI	NO
18	SECUNDARIO INCOMPLETO	SANTA ROSA	5	4	SI	SI
17	SECUNDARIO INCOMPLETO	LA PAZ	5	6	NO	SI
	SEMANA N ° 14				38	
17	PRIMARIO COMPLETO	ALTO SALVADOR - SAN MARTIN			NO	NO
18	PRIMARIO COMPLETO	CHIVILCOY			NO	SI
16	SECUNDARIO INCOMPLETO	PALMIRA - SAN MARTIN	4	6	SI	SI
18	PRIMARIA INCOMPLETA	SAN MARTIN			NO	NO
18	PRIMARIA COMPLETA	COLONIA BOMBAL- MAIPU	3	6	SI	SI
18	PRIMARIA INCOMPLETA	BARRIALES - JUNIN	5	6	NO	SI
	SEMANA N °15				31	
16	SECUNDARIO INCOMPLETO	RODEO DE LA CRUZ - MAIPU	3	6	NO	NO
16	SECUNDARIO INCOMPLETO	LAS CATITAS	3	6	NO	NO
15	PRIMARIO COMPLETO	LAS PIEDRITAS- BELTRAN	4	6	SI	NO
16	SECUNDARIO INCOMPLETO	BELTRAN - MAIPU	5	6	NO	NO

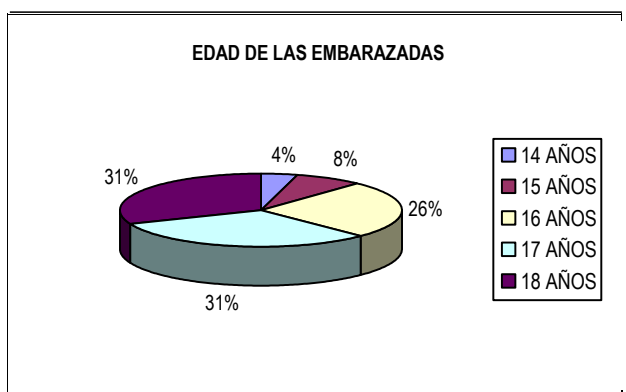
17	PRIMARIO COMPLETO	SAN MARTIN	4	6	NO	SI
17	PRIMARIO COMPLETO	TRES PORTEÑAS - SAN MARTIN	5	6	NO	NO
17	PRIMARIO INCOMPLETO	EL CENTRAL	5	6	NO	SI
	SEMANA N° 16				33	
17	SECUNDARIO INCOMPLETO	ALTO VERDE - SAN MARTIN	4	6	NO	SI
16	SECUNDARIO INCOMPLETO	COLONIA MONTECASEROS	5	3 y 6	NO	NO
18	PRIMARIO COMPLETO	MONTECASEROS - SAN MARTIN	3	6	NO	NO
18	PRIMARIO COMPLETO	SAN MARTIN	4	6	NO	NO
15	PRIMARIO INCOMPLETO	SAN MARTIN	5	6	NO	NO
17	PRIMARIO INCOMPLETO	MEDRANO- RIVADAVIA	5	6	NO	NO
	SEMANA N°17				64	
16	PRIMARIO COMPLETO	ING. GIAGNONI- SAN MARTIN	3	6	NO	NO
18	PRIMARIO COMPLETO	EL RAMBLON - SAN MARTIN	4	6	SI	SI
16	ANALFABETA	ING. GIAGNONI- SAN MARTIN	4	6	NO	NO
18	PRIMARIO COMPLETO	EL CENTRAL	3	0	SI	NO
17	ANALFABETA	SAN MARTIN	5	6	SI	NO
16	ANALFABETA	SAN MARTIN	4	6	NO	NO
18	ANALFABETA	BUEN ORDEN SAN MARTIN	5	6	SI	NO
14	ANALFABETA	GUAYMALLEN	4	6	NO	NO
17	PRIMARIO COMPLETO	RODEO DEL MEDIO - MAIPU	3	6	SI	SI
17	SECUNDARIO INCOMPLETO	NUEVA CALIFORNIA - SAN MARTIN	3	6	NO	SI

Estos datos permiten estimar el riesgo reproductivo e infantil, que surge del puntaje de las sumas de las variables, es importante mencionar que en muchas mujeres entrevistadas surgen situaciones relacionadas con embarazos no deseados y/o en situaciones de riesgo, abortos provocados, abuso y adopciones.

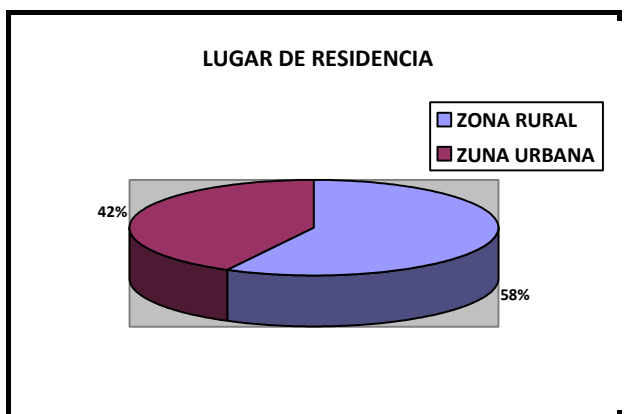
7.2 Gráficos

Podemos sintetizar los datos anteriormente detallados, de una manera sencilla de leer, a través de gráficos.

A- Edad De Las Embarazadas Adolescentes



B- Lugar de Residencia

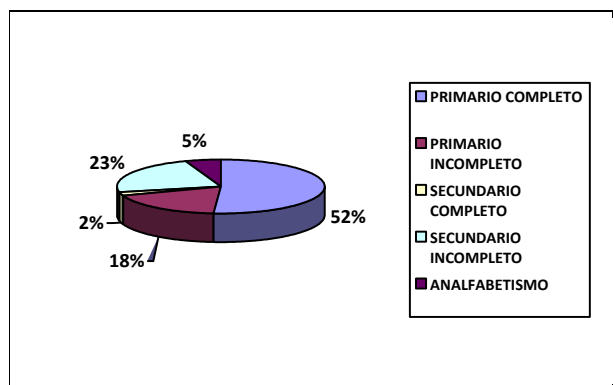


Tal como muestra el gráfico se puede observar que un 58% de la muestra manifiesta vivir en zonas rurales, tales como Chapanay, Los Barriales, Tres porteñas, Buen Orden, Medrano, Montecaseros, etc., cuyas distancias sobrepasan los 20- 30 km del nosocomio, y que cuentan con dificultades para acceder al hospital, debido a la poca frecuencia del transporte público.

C- Nivel De Instrucción

Otra de las variables que se pueden observar en la planilla del hospital es el nivel de instrucción de las pacientes adolescentes, cuyas categorías son, primario y secundario completo o incompleto y analfabetismo.

Los resultados demuestran una mayor inclinación a los ciclos incompletos, de las cuales solo 47 embarazadas adolescentes terminaron el primario y solo 2 lograron culminar el secundario. También es relevante la cifra de 5 adolescentes fuera del sistema educativo. Los resultados pueden graficarse de la siguiente manera:

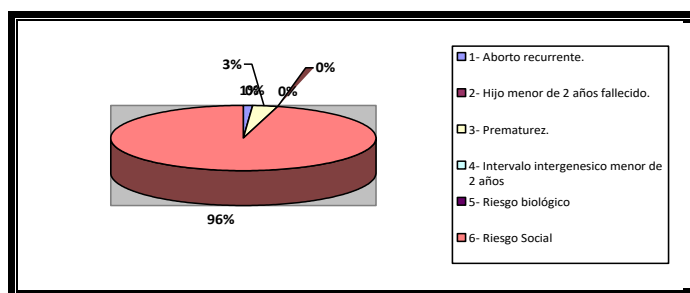


D- Variables Incluyentes

Otra categoría que se puede observar en las planillas de admisión es la de variables incluyentes, las cuales se dividen en 6 categorías diferentes:

- Aborto Recurrente: Esto hace referencia a la cantidad de abortos producidos en un periodo corto de tiempo.
- Hijo menor de 2 Años Fallecido
- Prematurez: Se hace referencia al tiempo de gestación del embarazo. Se considera un bebe prematuro si nace antes de que el embarazo llegue a término, aunque normalmente se habla de prematuros cuando el bebe nace antes de la 36° semana de embarazo.
- Intervalo Inter-genésico menor a 2 Años: Esto significa si la madre ya tiene hijos anteriores a presente embarazo, menores de 2 años.:
- Riesgo Biológico : Este tipo de riesgo hace referencia a la presencia de complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro la vida de la madre y/o de su bebé. Dichas complicaciones pueden ser anemia, hipertensión, convulsiones, enfermedades de transmisión sexual, escasos controles pre natales, etc.
- Riesgo Social: Aquí se hace referencia al entorno poco favorable de la embarazada en los distintos ámbitos tanto en lo social, económico, cultural, demográfico, y psicológico-emocional.

El alto porcentaje que presenta la muestra indica de una forma directa que el embarazo adolescente es un indicador de riesgo social, como así también, bajos recursos económicos para el sustento de la madre como del recién nacido, el hecho de vivir en zonas rurales, el bajo nivel de instrucción de la adolescentes, etc.

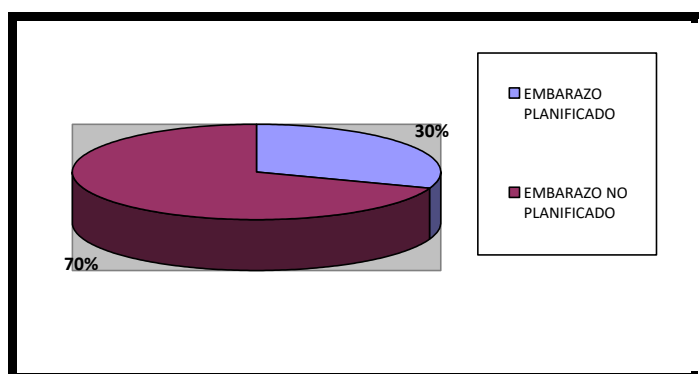


E- Planificación Del Embarazo

Como se demuestra en el gráfico, solo un 30% de las adolescentes planificaron su embarazo, es decir, sólo 25 adolescentes de las 92, declararon haber planificado su embarazo.

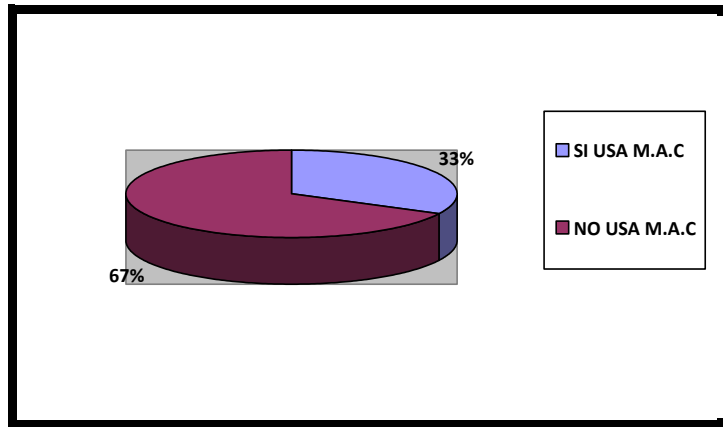
Así mismo cabe mencionar que la planificación de un embarazo se entiende como la preparación previa del cuerpo para la fecundación, la cual consiste en diversas consultas a profesionales, realización de análisis, consumo de vitaminas y hierro para la prevención de futuras malformaciones congénitas.

Se cree relevante aclarar que en las planillas solo se cuestiona la planificación o no del embarazo, aquellas adolescentes que declararon haber planificado su embarazo, no hay forma alguna de saber si se realizaron o no, la preparación previa que mencionábamos anteriormente.



F- Uso De Métodos Anticonceptivos

Por último, en la categoría del uso de M.A.C., sólo un 30% de la muestra informó la utilización de métodos anticonceptivos, liderando con un 70 % aquellas adolescentes que declararon no haber usado , ya sea en el momento de la concepción o en anteriores relaciones sexuales, ningún tipo de métodos anticonceptivos.



8 Intervención Del Agente Sanitario En El Programa Provincial De Salud Reproductiva

Una vez analizada la información que se poseía de la muestra de adolescentes embarazadas, trataremos de conocer la labor del agente sanitario, con respecto a las derivaciones que tienen desde el hospital Perrupato acerca de los embarazos adolescentes.

Como se mencionó anteriormente, las planillas de detección son enviadas a la Dirección de Maternidad e Infancia quien se encarga de redistribuirlas a cada área de salud departamental.

La finalidad de esta acción está en realizar el seguimiento de la mujer y el recién nacido, en su comunidad e incorporarla como usuaria del programa de salud reproductiva, garantizando la inmediata incorporación al programa a aquellas mujeres que se encuentran en situación de riesgo reproductivo.

En el área de salud departamental de San Martín, se solicitó una entrevista con la coordinadora general de los agentes sanitarios de dicho departamento.

La Lic. explicó el funcionamiento y la organización de los agentes sanitarios en el área de San Martín.

El departamento cuenta con 19 agentes sanitarios, distribuidos en los principales centros de salud de cada distrito.

Entrevista a la coordinadora de agentes sanitarios del área departamental de San Martín:

1) ¿Cuál es la formación de un agente sanitario?

“La formación de un agente sanitario, consiste en la realización de un curso de capacitación laboral que se realiza en forma anual, dicho curso está destinado a personas con perfil en la tarea comunitaria que desean formarse en contenidos de salud para brindar un aporte comprometido y específico a su comunidad.” Los conocimientos que se desarrollan están relacionados con nociones acerca de promoción y prevención de la salud, beneficios de la lactancia materna, calendario de vacunación, etc.,

2) ¿Cuál es la función que cumple dentro del programa de salud reproductiva con respecto al embarazo adolescente?

“Básicamente lo que realiza un agente sanitario es prevención primaria. En el caso del programa de salud reproductiva, el procedimiento sería el siguiente: cuando la mujer tiene a su bebé en el hospital se completa una planilla en la cual se registran todos los datos de la paciente, como por ejemplo, edad, lugar de residencia, cantidad de hijos, estado civil, nivel de instrucción, etc. En base a esos datos, las profesionales del área de maternidad, nos indican que madres poseen un alto riesgo materno infantil. Es luego a esas madres a las que vamos a visitar una vez por semana. Controlamos que el bebé sea alimentado, promocionando siempre la lactancia materna, asesoramos acerca de los trámites que deben hacerse para anotar al recién nacido en el registro civil, consultamos si se han hecho los controles médicos correspondientes tanto del bebé como de la madre si así fuese necesario.”

3) ¿Que reúne un caso para que les sea designado?

“En realidad se deben dar determinadas variables. La información que arroja las planillas que se completan en el hospital nos da una visión más completa de la situación madre / hijo. Básicamente lo que indica que una mamá sea visitada en su domicilio posteriormente está relacionada con problemáticas de violencia, hacinamiento, bajos recursos económicos, embarazos adolescentes prostitución, etc.”

4) ¿Qué procedimientos realiza cuando detectan problemáticas sociales de mayor riesgo tales como, violencia, abuso, embarazo adolescente, etc.?

“Se hace una descripción de la situación problemática, en la cual se incluye a las víctimas, su situación de riesgo, al ofensor, la relación de parentesco si la hay, y se la deriva inmediatamente al OAL (Órgano Administrativo Local) del departamento.”

5) ¿Con qué frecuencia concurren a los domicilios de los casos designados?

“Todas las semanas el agente sanitario concurre a la casa de la mamá y su recién nacido, hasta el año del mismo, en el caso que no exista otra problemática.”

6) Además de la entrega de los métodos anticonceptivos, y la revisión de la alimentación del recién nacido, que otra actividad realiza?

“El agente sanitario observa la situación general que tiene la familia en cuestión. Se observa el tipo de vivienda, el tipo de alimentación del recién nacido, controla la vacunación del mismo, su desarrollo evolutivo, etc.”

7) ¿Cree suficiente la cantidad de agentes sanitarios designados para la zona este?

“No, no, claro que no es suficiente la cantidad, hay muchas personas que realizaron el curso de agente pero todavía no se han podido insertar en el campo

laboral ya que hay poco presupuesto. Este programa es básicamente de prevención y por lo tanto no se designa el presupuesto correspondiente.”

A partir de lo expuesto en este trabajo podemos realizar varias inferencias y corroborar la hipótesis. Cabe recordar que los alcances de dicho trabajo son limitados, aplicables solo a la muestra y en ningún caso son generalizables a toda la población.

9 Conclusiones

A través de los análisis realizados en la presentación de los resultados, podemos concluir que:

Con respecto a la hipótesis planteada en esta tesina:

- El seguimiento de los agentes sanitarios como parte del Programa Provincial De Detección Materno Infantil Y Reproductivo, disminuye la situación de riesgo de las madres adolescentes y sus hijos, tanto en los aspectos físicos, psicológicos como sociales, se puede inferir que:

No se puede corroborar dicha hipótesis, ya que se considera que la intervención de los agentes sanitarios cubre sólo en forma parcial el riesgo de esta población, ya que hay carencias significativas en los aspectos emocionales y sociales que requieren de un complemento a nivel profesional que no puede ser abarcado por ellos.

Analizando todo lo expuesto anteriormente, se pueden llegar a las siguientes conclusiones:

- El nivel de instrucción en las embarazadas adolescentes en su mayoría es bajo, donde un alto porcentaje no ha concluido un ciclo completo de educación, relacionado con su edad.

- Se pone en duda la correcta utilización de los métodos anticonceptivos de un porcentaje de la muestra, ya que el 30 % declaró la utilización de los mismos, sin embargo el embarazo ocurrió de todas formas.
- El lugar de residencia de las adolescentes embarazadas, es en su mayoría en lugares rurales, esto se considera como un determinante más a la hora del análisis de la problemática, ya que dificulta el acceso integral de los programas de prevención y acceso a métodos anticonceptivos.
- Como vimos anteriormente, el embarazo adolescente conlleva riesgos, no solo biológicos, sino también psico - sociales y culturales, ya que altera la vida de la adolescente en su totalidad, dado que la mayoría abandona los estudios, y con ello se dificulta el acceso a un trabajo correctamente remunerado, sobrecargando la situación ya que desde ahora esa mamá deberá responsabilizarse por ambos.
- En cuanto al marco legal se cree que en los últimos años se ha avanzado mucho, ya que se cuentan con leyes que amparan los derechos tanto sexuales como reproductivos, creando espacios antes inexistentes, como la ley que permite el cursado normal en las instituciones educativas de aquellas alumnas embarazadas.

10 Propuesta de trabajo

En primer lugar cabe resaltar la labor que realizan Trabajadores Sociales, Obstetras y demás especialistas del Programa De Salud Reproductiva del Hospital Perrupato y la intervención del Área Departamental (seguimiento de los agentes sanitarios), en relación al tema analizado.

Desde el rol profesional se considera prioritario el trabajo conjunto con otras especialidades para el abordaje de los fenómenos complejos y multicausales y así lograr la optimización de los resultados.

Se considera limitado el accionar de los Agentes Sanitarios, ya que existe una notable carencia en el abordaje de los factores afectivo-emocionales implicados en la problemática analizada.

Por lo cual la propuesta de trabajo de esta tesina puede categorizarse de la siguiente manera:

- **Acciones dirigidas en forma directa a las madres adolescentes:**

- Orientación Integral acerca de las posibilidades de concretar una forma de vida autónoma. Para esto se propone una serie de talleres, implementados por el Profesional Psicólogo del Equipo, incorporando la figura del Licenciado en Minoridad, en los que se refuercen los temas relacionados a:
 - Autoconocimiento y autovaloración, reforzando aptitudes y habilidades, relacionando esto con la construcción de un proyecto de vida, considerando una amplitud de posibilidades que pueden ser concretadas.
 - Promover la finalización de los estudios formales y Capacitación Laboral, teniendo en cuenta la orientación personal de cada joven (a partir del autoconocimiento)
 - Garantizar el acompañamiento y seguimiento para evitar que la joven mujer vuelva a repetir su historia o que frente a un nuevo embarazo opte por el abandono o un aborto, situación que sigue siendo la principal causa de muerte materna en nuestro país y nuestra provincia.

- **Acciones dirigidas en forma directa a los padres:**

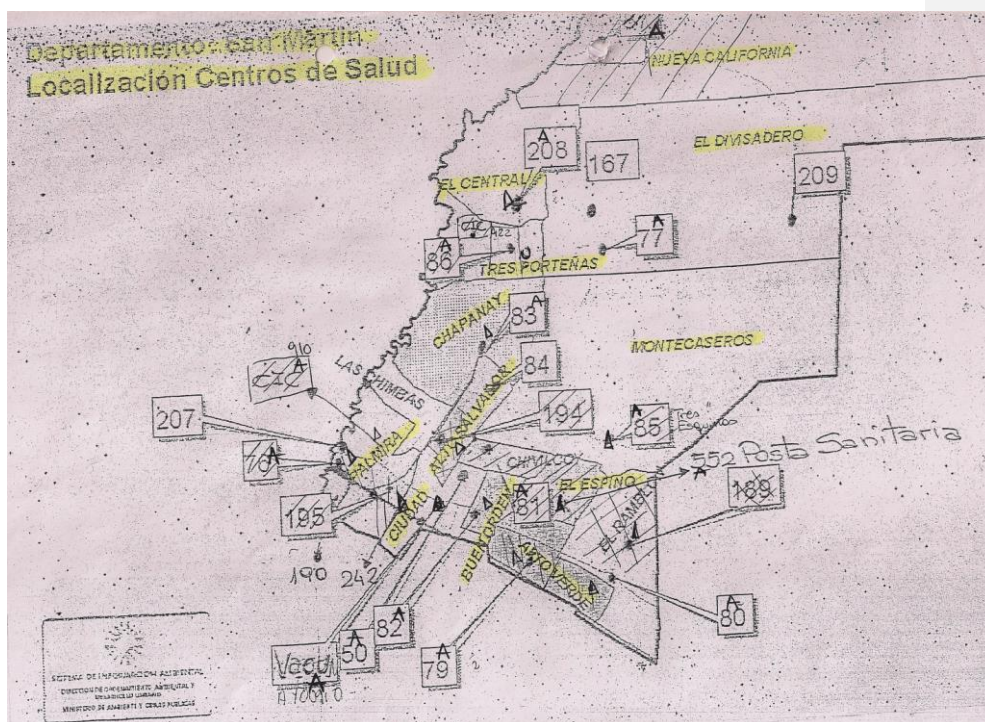
- Realización de talleres dirigidos hacia los padres de las jóvenes madres, con el fin de desarrollar en ellos herramientas necesarias para afrontar la etapa crítica de sus hijos/as, trabajando principalmente sobre:
 - o Reafirmar la autovaloración de las jóvenes, cuestión indispensable para poder desarrollar un proyecto de vida.
 - o Trabajar sobre la diferenciación de roles, animando a sus hijas a responder a la responsabilidad de la maternidad.
- **Acciones dirigidas a la comunidad en general:**
 - Articular los distintos recursos Institucionales de Salud y Educación para conformar una red de Trabajo Preventivo, con actividades dirigidas a los últimos años del Nivel Primario y al Nivel Secundario, desde la propuesta del Programa Provincial de Salud Sexual Integral.
 - Articular acciones entre el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y el OAL (Órgano Administrativo Local) en los casos de jóvenes en situaciones de riesgo.

Como conclusión personal considero que la presente propuesta de abordaje y acompañamiento a las jóvenes madres se encuentran significativamente limitadas por la políticas sociales actuales, donde se promueve en forma implícita la planificación de nuevos y tempranos embarazos: Asignación por embarazo, Asignación Universal por hijo, etc. Ya que si bien este recurso intenta proteger a las madres en estado de vulnerabilidad para que puedan llevar adelante su embarazo cuidando su salud y la de su bebé, se excluyen conceptos o valores como la superación personal y la concreción de un proyecto de vida más autónomo, tal como se expuso anteriormente.

MATERIAL ADJUNTO

MATERIAL OTORGADO POR LA COORDINADORA DE AGENTES SANITARIOS SEDE SAN MARTÍN - MENDOZA

Nº1 UBICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE
SAN MARTÍN



Nº 2 PLANILLAS DIARIAS QUE COMPLETAN LOS AGENTES SANITARIOS.

AREA DEPARTAMENTAL DE SALUD SAN MARTIN
VOLCADO DIARIO

MES:

AÑO:

DIA	HORAS	VISITAS FAMILIARES		N° VISITAS INSTIT.	N° DE REUNIONES	N° DE CAPACIT.	A.COMUNITARIAS		OTRAS EN N°
		N° Familias	N° Personas				N° Acti.	N° Personas	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

.....
FIRMA

Nº 3

AGUA		MEJORA
POZO O BALDE		
LAGUNA / ESTERO		
ARROYO / ACEQUIA		
BOMBA / MOLINO		
ALJIBE		
GRIFO PÚBLICO		
CISTERNA O TANQUE		
CORRIENTE EN DOMICILIO		

EXCRETAS		MEJORA
LETRINA		
CÁMARA SÉPTICA / POZO		
CLOACAS SERV. PÚBLICO		

BASURAS		MEJORA
RECOLECCIÓN A DOMICILIO		
ENTERRAMIENTO		
POZO O BASURERO		
SIN TRATAMIENTO		

PISO		MEJORA
TERRA		
MOSAICO / BALDOSA		
CEMENTO		
OTRO		

PAREDES		MEJORA
LADRILLOS		
ADOBES		
MADERAS		
PIEDRAS		
QUINCHO		
OTROS (DURLOK)		

TECHO		MEJORA
LOZA		
CHAPA DE ZINC		
FIBROCEMENTO		
PAJA Y BARRO		
OTROS		

NUMERO DE CUARTOS	
1	2
3	4
5	COCINA

INDICE HACIENDAMENTO:

DEPARTAMENTO:
ESTABLECIMIENTO:
AGENTE SANITARIO:
FORME N°

AGENTES SANITARIOS

Gobierno de Mendoza
Ministerio de Salud

BIMESTRE: AÑO 201

DESDE:

HASTA:

CASA:	
CASAS ASIGNADAS EN LA RONDA	
FAMILIAS ASIGNADAS	

SUPERVISOR / A:						ENCARGADO / A:		
CASAS VISITADAS EN LA RONDA						CASAS NUEVAS		
Ocupad.	VACÍAS	DESTRUI.	DESHAB.	RECHAZO	TOTAL	CASAS NO VISIT.	SUPERY. TERRENO	

N° DE VISITAS	N° VISITAS FAM. CRÍT.	N° VISITAS FAM. NUEV.
N° DE FAMILIAS	N° FAM. CRÍTICAS	N° FAM. NUEVAS

EMBARAZOS	PARTOS/ABORTOS		PUERPERAS	DERIVACIONES		NACIDOS VIVOS	DEFUNC.	
	DOMICILIO	HOSPITAL		EMBAJ.	RECIB.		-1 año	+1 año

RESUMEN DE POBLACIÓN

- 1 AÑO

1 AÑO

2 AÑOS

3 AÑOS

4 AÑOS

5 AÑOS

6 AÑOS

7 A 17

18 Y MÁS

TOTAL POB.

POBLAC. FEM.
14-44 AÑOS

T.B.C.		
sospechosos sint.	muestras otros	tratamiento diagn. control niños adultos

ASMA / B.O.R.		E.P.O.C.	
NIÑOS	ADULTOS	NIÑOS	ADULTOS

HIPERTENSIÓN			
TIPO	I	II	III
NIÑOS			
ADULTOS			

FAMILIA CRÍTICA									
SALUD MENTAL	MUERTE INFANTE	DISCAPACIDAD	T.A.C. EN TRAT.	DIABETES	TRASTORNO ALCOHOLICO				

NIÑOS A CONTROLAR	NIÑOS CONTROLADOS				DERIVACIONES EMBAJ. RECIB.
	C 1	C 2	C 3	C 4	
0 - 5 AÑOS					
7-18 AÑOS					

SALUD MENTAL	
NIÑOS	ADULTOS

DISCAPACIDAD	
NIÑOS	ADULTOS

OTRAS	

COBERTURAS DE VACUNAS

EDAD	B.C.G.		HEP B		SABIN		PERTA		GRUPE			
	1	%	1	%	3	%	3	%	2	%	2	%
- 1 AÑO												
+ 1 AÑO												

TOTAL VACINAS ADMINISTRADAS (TERRENO) (CAMPAÑA)

ADULTOS	DPTA	HEP B	SABIN	D.P.T. HB	D.P.T.	S.R.P.	HEP A	D.T.	NIÑOS
EMBAJAC.									
NIÑOS									
TOTAL									

DIABETES	
I	
II	

CONTROLES DE MEJORAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE Y DE LA VIVIENDA									
CASAS CON POZO	N°		MEJORAS		PISO DE TIERRA	N°		MEJORAS	
LAGUNA / ESTERO	N°		MEJORAS		PISO MOSAICO O BALDOSA	N°		MEJORAS	
RÍO / ARROYO / ACEQUIA	N°		MEJORAS		PISO DE CEMENTO	N°		MEJORAS	
BOMBA / MOLINO	N°		MEJORAS		OTROS PISOS	N°		MEJORAS	
ALJIBE	N°		MEJORAS		PAREDES LADRILLOS	N°		MEJORAS	
GRIFO PÚBLICO	N°		MEJORAS		PAREDES ADOBE	N°		MEJORAS	
CISTERNA O TANQUE	N°		MEJORAS		PAREDES MADERA	N°		MEJORAS	
CORRIENTE EN DOMICILIO	N°		MEJORAS		PAREDES PIEDRA	N°		MEJORAS	
N° FLIAS QUE TRATAN EL AGUA	N°		MEJORAS		PAREDES QUINCHO	N°		MEJORAS	
N° FLIAS C/ A. P.		N° FLIAS S/ A. P.			OTRAS PAREDES	N°		MEJORAS	
CASAS CON LETRINA	N°		MEJORAS		TECHO LOZA	N°		MEJORAS	
CÁMARA SÉPTICA / POZO	N°		MEJORAS		TECHO ZINC	N°		MEJORAS	
CLOACAS SERVICIO PÚBLICO	N°		MEJORAS		TECHO FIBROCEMENTO	N°		MEJORAS	
CIELO ABIERTO	N°		MEJORAS		TECHO PAJA Y BARRO	N°		MEJORAS	
N° FLIAS C/ D.S.E.		N° FLIAS S/ D.S.E.			OTROS TECHOS	N°		MEJORAS	
N° FLIAS C/ T.S.B.		N° FLIAS S/ T.S.B.			FLIAS CON HACINAMIENTO	N°		MEJORAS	
SALUD REPRODUCTIVA									
NÚMERO MUJERES	PRESERVATIVO MASCULINO	ORAL COMBINADO	ORAL PROGEST. AGENO	DIU	INYECTABLE	DIAPHRAGMA	MELA	ABSTINENCIA	OTROS
									TOTAL (S.F. - S)
PROGRAMA PRO HUERTA I.N.T.A									
N° FLIAS CON PROGRAMA					N° FLIAS SIN PROGRAMA				
TOTAL HUERTAS					TOTAL /S-HURT				
PORCENTAJE					PORCENTAJE				
EXCLUSIVO DE SUPERVICION									

[illegible]

FOLLETERÍA ENTREGADA EN EL ÁREA DE SALUD REPRODUCTIVA DEL
HOSPITAL PERRUPATO- SAN MARTÍN - MENDOZA

Casi todas las mujeres pueden adoptar como método anticonceptivo las pastillas o los inyectables, aunque hay excepciones. Por esta razón es importante consultar con un/una profesional de la salud.

Son métodos que inhiben la ovulación.

¿Cómo tomo las pastillas?
Se comienzan a tomar generalmente el primer día de la menstruación. Se ingiere una pastilla todos los días y a la misma hora hasta terminar la caja.

Existen envases de 21 y 28 pastillas. Las de 21, contemplan una semana de descanso cuando la mujer termina la caja. Las de 28, se toman en forma continua.

¿Y si me olvido de tomarlas?
Si no han pasado más de 12 horas del horario habitual, se debe tomar inmediatamente. Si pasaron más de 12 horas, se debe tomar enseguida, y utilizar complementariamente preservativo durante 7 días.

¿Y los inyectables?
Se colocan el primer día de la menstruación. Existen inyectables de aplicación mensual y trimestral.

Tanto las pastillas anticonceptivas como los inyectables son métodos totalmente reversibles, es decir, que cuando se suspenden la mujer recupera la ovulación rápidamente.

Métodos Hormonales

PASTILLAS E INYECTABLES

Los métodos hormonales evitan embarazos, pero no el contagio del VIH/Sida ni otras infecciones de transmisión sexual. Es recomendable sumar el uso de preservativo.

Todos tenemos derecho al acceso a la información y elección de métodos anticonceptivos de manera gratuita y confidencial.

LÍNEA SALUD SEXUAL
0800-222-3444
GRATIS Y CONFIDENCIAL

Programa Provincial de Salud Reproductiva - Ley 6433/06
San Martín 1360, 1° piso, oficina 5, Ciudad de Mendoza.
Tel. (0261) 423-6908 | Email: saludreproductiva@mendoza.gov.ar

Mendoza
espíritu grande



El DIU es un pequeño objeto de plástico flexible con un delgado hilo de cobre enrollado, que se coloca en el útero.

¿Cómo actúa?
Impide que los espermatozoides lleguen al óvulo para fecundarlo.

¿Quiénes pueden usarlo?
Casi todas las mujeres, independientemente de la edad. No hace falta hacer estudios previos. Tampoco el consentimiento de la pareja, ni haber tenido hijos, pero se recomienda luego del primer embarazo.

Lo coloca un/a profesional de la salud y su protección dura entre tres a diez años según el modelo.

Es necesario el control periódico del dispositivo. Se recomienda recordar la fecha en que fue colocado y cuándo debe ser reemplazado.

El DIU puede retirarse en cualquier momento, recuperando inmediatamente la fertilidad.



DIU dispositivo intrauterino

El DIU evita embarazos, pero no el contagio del VIH/Sida ni otras infecciones de transmisión sexual. Es recomendable sumar el uso de preservativo.

Todos tenemos derecho al acceso a la información y elección de métodos anticonceptivos de manera gratuita y confidencial.

LÍNEA SALUD SEXUAL
0800-222-3444
GRATIS Y CONFIDENCIAL

Programa Provincial de Salud Reproductiva - Ley 6433/06
San Martín 1360, 1º piso, oficina 5. Ciudad de Mendoza.
Tel: (0261) 423-6908 | Email: saludreproductiva@mendoza.gov.ar

Mendoza
espíritu grande

Es una funda de látex que se desenrolla sobre el pene erecto y evita el contacto entre el semen y la vagina. De esta manera, los espermatozoides no llegan a los óvulos.

No se aconseja el uso de lubricantes aceitosos como la vaselina o el aceite de bebé, entre otros, porque dañan el preservativo. Sí pueden utilizarse los de base acuosa.



El Preservativo

Usado correctamente, es el único método que provee doble protección: evita embarazos y el contagio del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual.

- 
Abri el paquete solo en el momento de usarlo, tan pronto como el pene esté erecto, y antes de la penetración.
- 
Aprieta la punta del preservativo para eliminar el aire y dejar lugar para el semen.
- 
Colocalo sobre la cabeza del pene y desenrollalo hasta su base. Comprueba durante el acto sexual que el preservativo no se haya deslizado.
- 
Después de la eyaculación, retira el pene antes de perder la erección, sosteniendo el preservativo desde su base para evitar que el semen se derrame. Sacate el preservativo enrollándolo.
- 
Anudalo en la base para que no se vuelque el semen. Arroja al cesto de residuos.

Todos tenemos derecho al acceso a la información y elección de métodos anticonceptivos de manera gratuita y confidencial.

LÍNEA SALUD SEXUAL
0800-222-3444
GRATIS Y CONFIDENCIAL

Programa Provincial de Salud Reproductiva - Ley 6433/06
San Martín 1360, 1° piso, oficina 5, Ciudad de Mendoza.
Tel: (0261) 423-6908 | Email: saludreproductiva@mendoza.gov.ar

Mendoza
espíritu grande

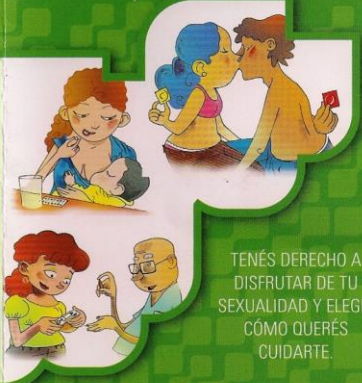
ELEGÍ TU MÉTODO ANTICONCEPTIVO. ES TU DERECHO.

Los anticonceptivos son gratuitos.
Pídelos en centros de salud, hospitales y salitas.
También se entregan gratis en obras sociales y prepagas.
Así lo establece la ley nacional 25.673

EL MEJOR MÉTODO ANTICONCEPTIVO ES EL QUE VOS ELEGÍS.

Tener información es tu derecho.
No te quedes con dudas.

0800-222-3444
saludsexual@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/saludsexual



TENÉS DERECHO A DISFRUTAR DE TU SEXUALIDAD Y ELEGIR CÓMO QUERÉS CUIDARTE.

ARGENTINA
UN PAÍS CON BUENA GENTE

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

LÍNEA SALUD SEXUAL **0800-222-3444**
En todo el país. La llamada **es gratis**. Tu pregunta **es confidencial**.

Métodos anticonceptivos

Podés disfrutar, evitar los embarazos que no deseés y cuidarte de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/Sida.

Hay varios métodos anticonceptivos. Todos son seguros y efectivos. Cada persona elige el mejor para ella/el, y el que mejor se adapta a sus necesidades y convicciones.

DOBLE PROTECCIÓN: ES CUANDO USÁS DOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN UNA RELACIÓN SEXUAL (EL PRESERVATIVO PARA PREVENIR ITS Y OTRO MÉTODO).

Pastillas

Tienen hormonas que impiden la ovulación. Se toma una pastilla todos los días, hasta terminar la caja. Las cajas pueden venir con 21 o 28 pastillas. Cuando terminás la caja de 21 viene una semana de descanso. Cuando terminás la caja de 28 pastillas empezás otra caja seguida. Lo importante es no olvidarse de tomarlas, y no pasar de los 7 días de descanso en las cajas con 21 pastillas. Si te olvidás de tomar dos o más, tomalas juntas al otro día y esa semana usá preservativos. No se recomiendan para mujeres con presión alta.

No protege del VIH/Sida ni del resto de las infecciones de transmisión sexual.



Pastillas para la lactancia

Podés usar este método si estás amamantando, si tu bebé tiene menos de 6 meses, si alimentás al bebé sólo con leche materna y si todavía no menstruaste. Tiene que pasar todo esto a la vez. Podés empezar a tomarlas el día que nace tu bebé. Se toma una pastilla todos los días, en el mismo horario. Cuando terminás la caja empezás una nueva, sin hacer ningún descanso. Si te olvidás de tomar dos o más pastillas, tomalas juntas al otro día, usá preservativos los siguientes 7 días y seguí tomando una pastilla por día.

No protege del VIH/Sida ni del resto de las infecciones de transmisión sexual.



Inyecciones

Tienen hormonas que evitan que la mujer ovule. El efecto es el mismo que con las pastillas, con la diferencia que no las tenés que tomar todos los días. La primera inyección se aplica entre el primero y el quinto día en que menstruas, y después una vez al mes en ese mismo periodo. También hay de aplicación trimestral.

No protege del VIH/Sida ni del resto de las infecciones de transmisión sexual.



¿Por qué es importante ir al/la ginecóloga/o?

Es importante para las mujeres hacer una consulta ginecológica al menos una vez al año. Allí podés hablar de tu salud sexual, de métodos anticonceptivos y de:

Espiral o Dispositivo Intrauterino DIU

Es un muy pequeño objeto de plástico recubierto de un hilo de cobre que se coloca en el útero. Impide que los óvulos se junten con los espermatozoides. Hay distintos modelos. Lo coloca un/a profesional de la salud. No hace falta que te hagas estudios como el papanicolaou (PAP), ecografías, ni otros exámenes. Tampoco el consentimiento de la pareja, ni haber tenido hijos. Es efectivo de cinco a diez años, según el modelo; y puede retirarse cuando vos quieras. Es importante que te acuerdes la fecha en que te lo colocaron y cuándo debe retirarse.

No protege del VIH/Sida ni del resto de las infecciones de transmisión sexual.



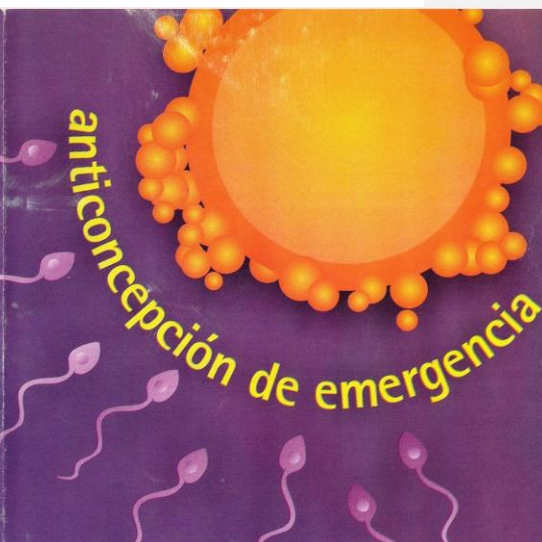
Ligadura

Es una cirugía sencilla en las Trompas de Falopio que evita los embarazos de forma definitiva. La realizan profesionales de la salud. Es para las mujeres que deciden no quedar embarazadas, o que ya tuvieron hijos y no desean tener más. Desde 2006, la ley nacional 26.130 establece que las personas mayores de 18 años pueden acceder gratis a la ligadura. No necesitás el consentimiento de tu pareja ni haber tenido hijos, solamente dejar constancia por escrito de que tomaste la decisión. Antes de decidir podés acercarte a un servicio de salud para estar bien informada sobre la ligadura, ya que es muy complicada de revertir.

No protege del VIH/Sida ni del resto de las infecciones de transmisión sexual.



- **Pap:** es un examen que permite detectar lesiones en el cuello del útero para tratarlas antes de que se conviertan en cáncer. Se recomienda uno por año y, si salen dos años seguidos bien, luego hacerlo cada 3 años. Es importante a partir de los 25 años.
- **Colposcopia:** es un estudio que permite a través de una lupa mirar el cuello del útero para ver que estés bien. Es importante sobre todo si algo en el PAP dio mal.
- **Examen mamario:** pedile al equipo de salud que te lo realice, para identificar a tiempo durezas o nódulos que puedan ser señal de cáncer de mama. A partir de los 50 años solicitá una mamografía, que es una radiografía de las mamas. Es gratuita y se realiza en hospitales de todo el país.



Para conocer más sobre métodos anticonceptivos, acercate a los centros de salud, a los hospitales ó a los consultorios de Osep. La atención es confidencial y todo lo que necesités es GRATUITO.

No te quedés con dudas. Consultá al
0800-222-3444

Programa Provincial de Salud Reproductiva
San Martín 1360 - 1º piso of. 5 - Mendoza
(0261) - 4236908
saludreproductiva@mendoza.gov.ar



GOBIERNO DE MENDOZA
Ministerio de Salud

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

¿Qué es?
Son pastillas anticonceptivas usadas de manera especial, que permiten evitar el embarazo después de tener una relación sexual sin protección, pero se deben usar sólo en una **verdadera emergencia**.

¿Qué ocurre después de tomarla?
Tenés que consultar a tu médico para usar otro método anticonceptivo seguro hasta que regrese tu menstruación, porque **no te protege de un embarazo en tus próximas relaciones sexuales**.

¿Cómo se usa?
Hay distintas marcas comerciales de anticoncepción de emergencia y pueden traer una o dos pastillas que pueden tomarse juntas lo antes posible. **O bien, tomar una sola pastilla lo antes posible, y la otra 12 horas después.**
- Si es una sola pastilla (unidosis) se debe tomar lo **antes posible**.

Podés iniciar el tratamiento hasta el quinto día después de la relación sexual sin protección. Pero para lograr mayor eficacia es necesario tomarla lo **antes posible**.

Para evitar náuseas, es recomendable tomar la anticoncepción de emergencia con alguna comida.
Si tenés vómitos dentro de las 2 horas de haberla tomado, debés tomar otra dosis lo antes posible con un antivomitivo (deberías pedir a tu médico una dosis extra de anticoncepción de emergencia).
Si vomitás después de las 2 horas de haberla tomado, no te preocupés, ya está haciendo efecto.

¿Cómo actúa?
Todo depende del momento del ciclo menstrual en que la tomés. La anticoncepción de emergencia puede:
impedir o retrasar la ovulación, espesar el moco cervical para que los espermatozoides no lleguen al óvulo, inmovilizar o alterar los espermatozoides o evitar la fertilización.
La Organización Mundial de la Salud ha demostrado claramente que no es abortiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .

Comentado [Alejandro1]: POR ORDEN ALFABÉTICO

- ABERASTURY A. y KNOBEL M. (1980) *La adolescencia normal*. Buenos Aires. Paidós.
- BAIGORRI J / ORTEGA, P “Los derechos humanos un proyecto inacabado. Edic. Laberintos 2001
- CAPLOW .T (1977) *La Investigación Sociológica*. BARCELONA PP. 264
- DOLTO F. (1989) *Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta*. Buenos Aires. Atlántida. 1992.
- EFRON R. (1998) Subjetividad y adolescencia. En: *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*. Buenos Aires. Losada.
- GOMES DA COSTA A. (2000) El educador tutor y la pedagogía de la presencia.
- OBIOLS, G. y DI SEGNI, S. (2000) *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria*. Buenos Aires.
- OMS. [La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, 2000, Informe Salud para todos en el año 2000, pag. 12](#)
- PIAGET J. e INHELDER B. (1985) El pensamiento del adolescente. En: *De la lógica del niño a la lógica del Adolescente*. Barcelona. Paidós. 1985.
- PIERRE BOURDIEU (1997) *Razones practicas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona. ANAGRAMA“
- Programa Nacional De Salud Sexual y Procreación Responsable / Manual De Apoyo Para El Trabajo De Los Agentes De Salud – Ministerio De Salud De La Nación Abril 2003
- QUIROGA, S. (1999) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires. EUDEBA.
- TENTI FANFANI E.(comp.) *Una escuela para los adolescentes*. Buenos Aires. UNICEF/Losada
- URRESTI, M. (2000) Cambio de escenarios sociales, experiencia juvenil urbana y escuela. En: TENTI

WINNICOTT, D. (1972) *Realidad y juego*. Barcelona. Gedisa

ZAMBERLIN, N. Y PORTNOY, F. Tu cuerpo, tu salud, tus derechos. Guía sobre salud sexual y reproductiva. 1ª ed. Buenos Aires. UNFPA, 2007