



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE MATERNO-INFANTIL

CONTRACEPCIÓN EN LA PUÉRPERA ADOLESCENTE

AUTORES:

Br. Abreo, Laura
Br. Mora, Verónica
Br. Olivera, Leticia
Br. Santurión, Ana

TUTOR:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

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

Montevideo, 2003

Índice

1 INTRODUCCION	3
2 FUNDAMENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
2.1 Área Problema	8
2.2 Problema	8
2.3 Objetivo General	9
2.4 Objetivos Específicos	9
2.5 MARCO CONCEPTUAL	10
2.9 Diseño Metodológico.	24
3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.1 Plan de Tabulación y Análisis de la Información.	28
3.2 ANÁLISIS.	44
4 CONCLUSIÓN FINAL	46
5 SUGERENCIAS	48
6 BIBLIOGRAFÍA	49
7 INTERNET	51
8 ANEXO 1	52
9 ANEXO 2	55
10 ANEXO 3	61
11 ANEXO 4	62
12 ANEXO 5	63
13 ANEXO 6	66

1 INTRODUCCION

El presente trabajo fue llevado a cabo por un grupo de 4 estudiantes que cursan la instancia del Trabajo final de Investigación, requisito para la culminación de la carrera de Licenciatura en Enfermería. El mismo se abocó a la problemática multicausal que constituye la reiteración del embarazo en la madre adolescente; de impacto no solo sanitario si no fundamentalmente social lo que afecta en forma conjunta el binomio madre e hijo y todo su entorno. Entendemos que para el control de dicha reiteración existen dos opciones: la abstinencia sexual, y la educación para la prevención y planificación de un nuevo embarazo en forma responsable y libre.

Recordemos la declaración de la O.P.S/O.M.S.: "Los adolescentes tienen el derecho de desarrollar una sexualidad satisfactoria, responsable y sin riesgos"

El estudio se desarrolló en el Hospital Pereira Rossell (anexo5), en el Servicio destinado a la atención exclusiva de puerperas adolescentes a cargo del Dr. Roberto Sergio, en un periodo de 15 días en el año 2003(anexo 6)

El diseño utilizado fue descriptivo, transversal y prospectivo. Para la obtención de la información requerida se aplicó la técnica de encuesta mediante una entrevista estructurada en la que se utilizó como instrumento un formulario que recogerá los datos de puerperas adolescentes, cuyas edades se comprendían entre 14 y 19 años y que cursan el puerperio. El universo del estudio fue integrado por el 100% (45 puerperas adolescentes)de las mujeres que reunían esas características.

Confrontando los resultados obtenidos con los antecedentes bibliográficos destacamos que es de suma importancia que los adolescentes estén informados de su sexualidad y de la importancia de los riesgos y consecuencias de mantener actividad sexual a temprana edad. Es mejor que los adolescentes tomen decisiones basados en una correcta información.

Si bien tienen algún referente sobre los método anticonceptivo (lo que permitirá una pauta de abordaje futuro), este no es suficiente para brindarles una salud reproductiva y sexual responsable. Las mujeres que comienzan a tener hijos a una edad muy temprana con mayor probabilidad caerán en el patrón de tener sus hijos demasiado seguido (periodos intergestacionales menores a los dos años) conducta perjudicial para la salud y la supervivencia de la madre y del hijo. Esta característica se ve agravada en

los casos de que la adolescente tenga pareja estable ya que aumenta la paridad y disminuyen los periodos intergestacionales

2 FUNDAMENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente es una problemática multicausal con impacto social y sanitario que esta en aumento a nivel mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 10 y el 12 % de todos los nacimientos anuales vivos son frutos de embarazos en madres menores de 20 años¹.

El HPR es una institución de referencia nacional, donde son derivados los embarazos de alto riesgo como son los de adolescentes precoces (menores de 15 años) entre otros. Destacándose servicios para la atención del embarazo, puerperio y planificación familiar exclusivo para las mismas (personal especializado y alta tecnología).

En el HPR donde tienen lugar de 8.000 a 10.000 partos por año el número absoluto de hijos de madres adolescentes es de 2000 a 2500². La prevalencia del embarazo adolescente es de un 17,3% a nivel nacional. Desglosados los mismos a nivel de Salud Pública un 26% y de la privada un 4,5%.³

El porcentaje de hijos de mujeres menores de 19 años era 11,3% en 1983 en el 2000 llegó al 16,5%. De cada mil uruguayas de 15 a 19 años, 72 son madres adolescentes. Según un estudio realizado en el año 2000 en el Hospital Pereira Rossell, el 73,4% de los embarazos adolescentes no fueron planificados por los integrantes de la pareja. En Uruguay, durante el año 2000, nacieron 8.470 niños cuyas madres son menores de 19 años⁴.

Siendo un problema prioritario de salud colectiva, tanto por sus posibles consecuencias en la madre como en el producto del embarazo. Es importante destacar que el embarazo adolescente se ve fundamentalmente en las clases sociales más bajas, las cuales se asisten en el HPR ya que de 3.200.000 habitantes que tiene nuestro país un 10% (320.000) son adolescentes, entre 12 y 17 años destacando un 25% (80.000) de los mismos presentan algún índice

¹ www.casafinas.org/miniferior.htm

² Dra. Ferro. O " Revista Uruguay de la infancia y Adolescencia." Vol I N°3. 1999

³ Rodríguez R, Russell J, Maddaleno M, Kscastrianakis M. " El ambiente legislativo y de política relacionado con la salud del adolescente en América Latina y el Caribe". OPS-OMS1999

⁴ MUNFPA. Fondo de población de las Naciones Unidas. " Indicadores seleccionados sobre adolescentes en América Latina y el Caribe 1997

de pobreza, del 23% de los hogares más pobres del Uruguay proviene el 43% de los nacidos vivos.

Durante la gestación, el parto y el puerperio son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo, agravado esto en la adolescencia precoz. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud.

La repetición precoz del embarazo ocurre con frecuencia entre los adolescentes, la prevalencia de un nuevo embarazo entre adolescentes que ya han sido madres es de un 30 % en el primer año y de un 25 a 50 % en el segundo año post parto⁵.

En cuanto a las consecuencias del embarazo adolescente se destaca, en el niño: bajo y muy bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, y en relación a las consecuencias maternas se destaca mayor incidencia de toxemia gravídica, aborto, parto instrumental, hipertensión, hemorragias, anemias, laceraciones cervicales, parto prematuro y/o placenta previa y riesgo de morbilidad materno infantil, el riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es de un 60% mayor que el de madres mayores de 20 años. Según el Centro Latinoamericano de perinatología y Desarrollo Humano (C.L.A.P.)

Sumado a esto la situación poco favorable del embarazo (familias mono parentales, vínculos de menor duración, embarazos no buscados, rol de adulto precoz) como por la poca disponibilidad de las madres de atender las demandas de los bebés, estando estos niños en situación desfavorable para su desarrollo.

La mayor dificultad de las madres para continuar sus estudios, tener un trabajo y ser autosuficientes económicamente se incrementa con cada embarazo; sumado esto a la captación tardía en su segundo embarazo entre otros aumentando aún mas los factores de riesgo para el binomio⁶.

El comportamiento que precede al embarazo adolescente es el inicio temprano de las relaciones sexuales, en general los adolescentes encaran esta situación con escasa o ninguna información sobre sexualidad y poca o ninguna

⁵ Dra. Canetti. "Revista Uruguaya de la infancia y Adolescencia." Vol II Nº2. 2000 Art. Los embarazos consecutivos en la Adolescencia. 1996

⁶ Dra. Canetti. A. "Revista Uruguaya de la infancia y Adolescencia". Vol II Nº2. 2000 Art. Los embarazos consecutivos en la Adolescencia. 1996

orientación sobre responsabilidad y seguridad sexual. En Uruguay el debut sexual de mujeres bajó de 17 años a 15 años en dos décadas.

Tomando en cuenta que la salud reproductiva involucra a los dos sexos es decir tanto el hombre como la mujer, ambos son responsables del producto de un embarazo, ya que este no es un hecho individual, debemos de incluir a la pareja en la elección y cuidado de la contracepción promoviendo así la adopción libre y responsable de la salud sexual y reproductiva de la pareja.

Sabemos que el puerperio es un periodo con múltiples implicancias psicológicas importantes con reacciones conscientes e inconscientes de la mujer pero nos parece a su vez fundamental el hecho de captarlas en este momento ya que la adolescente luego de tener a su hijo sí lo controla , pero ella no realiza generalmente su control ginecológico indicado en tiempo y forma correspondiente.

Por lo expuesto, como futuras Licenciadas en Enfermería decidimos abocarnos a un área tan sensible y prioritaria de la salud integral de la mujer salud sexual y reproductiva, la cual (pese a los esfuerzos realizados) aún presenta muchas fases sin solución definitiva y donde los esfuerzos individuales no sirven de nada hay que actuar en forma conjunta y coordinada.

2.1 Área Problema

Contracepción en puérperas adolescentes.

2.2 Problema

Contracepción que utilizarán las puérperas adolescentes de 14 a 19 años internadas en la sala 4 del Hospital Pereira Rossell desde el 12 hasta el 26 de agosto del 2003.

2.3 Objetivo General

Identificar y cuantificar que métodos contraceptivos utilizaran la puerperas adolescente ,internadas en la sala 4 del Hospital Pereira Rossell desde el 12 hasta el 26 de agosto del 2003.

2.4 Objetivos Específicos

1. Identificar que métodos anticonceptivos utilizarán las puerperas adolescente
2. Evaluar el conocimiento de la puerpera adolescente en relación a los métodos anticonceptivos.
3. Conocer si hay deseo de un nuevo embarazo en la puerpera.
4. Conocer la participación de la pareja en la elección del método anticonceptivos a utilizar.
5. Conocer la fuente de la cual obtuvo información sobre método anticonceptivo .

2.5 MARCO CONCEPTUAL

Púerperas: Se considera como aquella mujer que cursa el puerperio; período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado anterior a la gestación⁷.

Madre Adolescente: Se entiende aquella que queda embarazada durante el periodo de la adolescencia. El mismo constituye un periodo de cambios tanto corporales como psicológicos...” estos últimos están dados por la estructura definitiva de la personalidad, ya que es el periodo en que se consolida la identidad personal, el yo. Sumado al cambio de la imagen corporal, se encuentra la búsqueda de la autonomía que significa la separación de los padres, con ruptura del vínculo de dependencia. Todos estos cambios confieren al adolescente la característica de ambivalencia afectiva y conflictos que muchas veces ni la sociedad ni la familia son capaces de afrontar. Sintetizando lo que significa la adolescencia definimos, junto a la organización mundial de la Salud, al periodo en que: a) el sujeto va desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios a la madurez sexual, b) los progresos psicológicos del individuo y las pautas de identificación se desarrollan desde los del niño a los del adulto, c) se produce la transición entre la dependencia socioeconómica total a una relativa independencia. La familia ejerce un papel fundamental ya que es capaz de brindarles sostén para que el adolescente mantenga el equilibrio mientras sucede todos los cambios)

La adolescencia se divide según la O.M.S. en tres etapas:

- a) Adolescencia precoz 10 a 13 años .
- b) Adolescencia intermedia 14 a 16 años.
- c) Adolescencia tardía 17 a 19 años.

Las características de cada etapa pueden variar de un sujeto a otro.

Según los antecedentes estudiados la mayoría de los adolescentes se inician en las relaciones sexuales aproximadamente a los 16 años.

En la adolescencia se produce el duelo de la identidad lo que provoca una lucha por la misma. Se entiende la identidad como el ser uno mismo en tiempo y espacio, en relación con los demás y con uno mismo. Es el

⁷ Mascaró J. M^o y otros “Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas”.Ed.Salvat 1979 Pág. 832

sentimiento de seguridad sobre sí mismo. La confusión de la identidad, lo cual es característica de la adolescencia, se refiere a la imposibilidad de desarrollar una idea de sí mismo coherente. Parte de la resolución de la crisis de identidad consiste en pasar de ser dependiente a ser independiente. Es frecuente que los padres y sus hijos adolescentes discutan sobre la elección de amigos, pandillas, planes de estudio y temas relacionados con la filosofía, modo en que los adolescentes van afianzando su propia identidad.

Durante la adolescencia también se producen cambios a nivel del pensamiento. Es el momento donde empieza a existir un pensamiento lógico formal, el cual les permite pensar en ideas y no sólo en objetos reales (característico de la infancia). Este tipo de pensamiento permite al sujeto la capacidad de reflexionar.

El grupo es el contexto de descubrimiento más favorable del adolescente, y los tranquiliza durante el período de cambio. Durante la adolescencia se cuestiona el núcleo de pertenencia familiar por la necesidad de buscar nuevos núcleos de pertenencia que defina su identidad. El grupo de pares le permite al adolescente la apertura hacia lo no-familiar, dándose el espacio para el duelo por el rol infantil. Es un momento donde el adolescente intenta ser libre, pero todavía depende de sus padres y se siente muy ligado a ellos. Suelen verse a través de los ojos de sus compañeros, y su autoestima puede sentirse disminuida ante cualquier desviación en su apariencia física, en el código de la ropa o de conducta.

En la adolescencia media, el desarrollo físico ha concluido, y falta realizar la integración con la sociedad. En éste momento los adolescentes tiene fuerza personal y no solo grupal.

En la adolescencia tardía, los adolescentes tienen que tratar con la influencia de sus compañeros, padres, profesores y sus propios deseos, para decidir su vocación.

El final de la adolescencia se produce cuando el sujeto empieza a desarrollar y asumir tareas propias del adulto joven, como por ejemplo, la elección y responsabilidad de un trabajo, el desarrollo del sentido de intimidad (que más tarde va a conducir a la constitución del matrimonio y la paternidad). Se produce el reconocimiento del sí mismo como un ser adulto.

2.5.1 Riesgos del embarazo en la adolescencia

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea toda una serie de problemas entre los que se destacan:

- Embarazo de alto riesgo o temprana edad.
- Concepciones prematrimoniales .
- Matrimonio o unión precoz.
- Índice mayor de separación marital.
- Escaso y tardío control prenatal.
- Incremento del aborto y sus secuelas .
- Deserción escolar y/o laboral.
- Embarazo no deseado .
- Incremento de la morbilidad perinatal, infantil y materna.
- Complicaciones frecuentes: toxemia, anemia, ETS y desnutrición.
- Mayor número de distocias: cesáreas, fórceps, etc.
- Multiparidad precoz.

2.5.2 Factores de riesgo para la repetición del embarazo

Sociodemográficos: Pobreza

- Minorías étnicas

Psicosociales: Edad materna menor a 15 años.

- Fracaso escolar.
- Falta de planes de retomar sus estudios.
- Familia numerosa (tres o más hermanos).
- No vivir con los padre o vivir con un solo padre.
- Falta de soporte y contención familiar.
- Estar casada.
- Nueva pareja.

- Novio o pareja no adolescente.
- Depresión.

Factores asociados al embarazo: Embarazo esperado

- Desear un hijo en dos o menos años.
- Sexo del niño no deseado.
- Evolución del embarazo negativo: aborto.
- No control anticonceptivo al alta.

2.5.3 Las consecuencias de la repetición precoz del embarazo en la adolescencia

Alguna de las consecuencias negativas a corto plazo, generadas por la repetición del embarazo en la adolescencia, es la mayor dificultad de las madres para completar la escuela, tener un trabajo y ser autosuficientes económicamente, se incrementa con cada embarazo. Por otro lado las adolescentes con embarazo reiterado tienen menor probabilidad de recibir un adecuado control prenatal en un segundo embarazo, con relación al primero, entre otras cosas porque la captación es más tardía. El cuidado prenatal es importante para las mujeres en el primer embarazo, pero durante el segundo el interés decrece, fundamentando que el mismo se debe a que ya saben como cuidarse, debido a un estado de mayor depresión y/o por necesidad de emplear su energía para lidiar con otros problemas.

En cuanto a las consecuencias sobre el niño, se ha comprobado la afectación sobre la edad gestacional y el peso al nacer, lo cual podría estar vinculado a la mala calidad del control prenatal .

Con relación a la interacción entre niño-familia, afirma que los padres adolescentes son capaces de formar vínculos satisfactorios con los hijos únicos, mientras que los hijos sucesivos enfrentan a los padres a sus propias capacidades de adecuación lo cual los expone a mayores riesgos de daño a la salud.

2.5.4 Psicología de la adolescente embarazada

En la actitud de la jovencita respecto a su embarazo, hay que tener en consideración si es una adolescente temprana (de 10 a 13 años), media (de 14 a 17 años) , o tardía (de 18 años y más); pues las implicancias Psicológicas son diferentes tanto al inicio del embarazo , como en lo que se refiere a la experiencia en si de ser madre, lo cual se debe analizar, tanto como lo referido

al aspecto biológico como para brindar una atención acorde con las necesidades del adolescente.

Cada adolescente que enfrenta el problema de un embarazo precoz tiene una manera individual de reaccionar ante el impacto psicológico que esto determina pero existen características conductuales que se repiten con frecuencia orientan para la evaluación clínica:

Adolescencia temprana: Generalmente niega la realidad de su embarazo tiende a aislarse y tiene un comportamiento depresivo. Esto origina consulta obstétrica tardía aumentando los riesgos de un embarazo que ya es de riesgo.

Adolescencia media: Generalmente lo asume como la consolidación de su feminidad y afirmación de su estado adulto con sentimientos ambivalentes de culpa y orgullo, aceptación y rechazo.

Adolescencia tardía: Generalmente busca reafirmar su relación de pareja, piensa en aspectos prácticos como los económicos, necesarios para mantener a su hijo y tiene la suficiente madurez para desarrollar sentimientos maternos.

2.5.5 Vinculación Afectiva

El posparto puede considerarse como una época de transición, el afecto entre los padres y el lactante, que lleva a una vinculación afectiva. La formación del vínculo afectivo es el brote de un afecto recíproco de estímulos y respuestas y lazos afectivos que ayudan a formar una relación social coordinada y constructiva.

Se delimitan varias etapas o fases que atraviesa la nueva madre durante la recuperación: estas son aceptar, hacerse cargo y dejar hacer. La nueva madre será capaz de atender las necesidades de su bebé. La fase de hacerse cargo describe el periodo en el que la madre presta atención a las necesidades de los cuidados del bebé, a los cambios de actividades que vienen y sus propios deseos de recuperación. Durante esta fase las madres están ansiosas de aprender cómo cuidarse a sí misma y a su bebé.

2.5.6 Posibilidad de Cambios del Estado de Ánimo.

Los primeros días después del alumbramiento incluso hasta 10 a 14 días podrían considerarse un periodo de crisis y desequilibrio "normal" especialmente de quien es madre por primera vez. Es un tiempo de transición, adaptación, reajuste de papeles, nuevas responsabilidades, nerviosismo, fatiga y recuperación del embarazo parto o alumbramiento. Rara vez es un tiempo de

paz y tranquilidad, porque la nueva familia intenta establecer límites, funciones, horarios y roles. Muchas nuevas madres sufren “melancolía” o depresión del posparto. Los cambios en el estado de ánimo coinciden con la caída de las hormonas estrogénicas y la progesterona que alcanzan su nivel bajo en esos días. Algunos de los motivos dados por las madres incluyen preocupaciones por el bebé, dificultades en la lactancia, nostalgia y dolores.

2.6 Estrategias para asegurar la contracepción

Control post parto más estrecho desde el alta: Especialmente en aquellas madres que tienen factores de riesgo de embarazo repetido, realizando un adecuado y continuo seguimiento del empleo de la contracepción, atendiendo particularmente a la queja de efectos adversos y enfatizando la información sobre los mismos. Debemos de tener claro, que esta medida aislada no es suficiente, todos los estudios muestran que el conocimiento acerca de los métodos y el acceso a ellos no garantizan su uso entre los adolescentes, menos aún entre quienes ya han tenido su primer hijo.

Selección de métodos de contracepción más seguros: Métodos con el menor efecto adverso y la menor probabilidad de fallas en su uso por “olvido”. (esto a nivel de América Latina). Actualmente en la sala de puerperas adolescentes del Hospital Pereira Rosell se sugiere el uso del Dispositivo intrauterino (DIU), como un método seguro en madres adolescentes ya que es un método reversible, no interfiere en el crecimiento y no interfiere con la actividad sexual.

Participación estrecha de otra disciplinas (Pediatras): Ya que son ellos quienes especialmente en el primer año de vida del niño, mantienen un mayor contacto con las madres, las cuales han demostrado tener altas probabilidades de abandonar rápidamente los espacios de atención personal después del parto pero preservan la atención pediátrica al menos en los primeros meses de vida del hijo (actualmente programa aduana). Esta situación ubica al pediatra en un lugar privilegiado para la vigilancia de la conducta contraceptiva materna y para derivar oportuna y periódicamente a la madre a la supervisión ginecológica.

2.7 Estado de situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos en el Uruguay del 2001:

Los Programas Públicos en Salud Reproductiva.

A partir del mes de marzo de 2001, el Ministerio de Salud Pública incorporó los servicios de planificación familiar al funcionamiento de los servicios de asistencia ministerial. La responsabilidad de normalizar la atención en Salud Reproductiva depende directamente de la Dirección General de la Salud (DIGESA), mientras que el órgano ejecutor es la Administración de los Servicios de Salud Externa (ASSE). A nivel de Montevideo los responsables de implementar esta nueva atención son el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y los Servicios de Salud de Asistencia Externa (SSAE), a través de su Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM). Los diez Centros de Salud (SSAE) ubicados en el Dpto. de Montevideo, así como el Pereira Rossell, cuentan en el marco de la consulta gineco-obstétrica junto con el control de embarazo y la atención ginecológica, con servicios de planificación familiar. Los tres métodos anticonceptivos disponibles son el DIU (dispositivo intrauterino), el preservativo y anticonceptivos orales.

Programas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

A nivel de la IMM se desarrollo el Programa de Atención del Embarazo y Puerperio. Con la captación, control y promoción de salud seguimiento y derivación de embarazadas.

Así como también el apoyo a la lactancia materna, este programa se aplica en los diferentes policlínicas de la IMM desde el año 1999 con aplicación de norma de seguimiento maternal con tareas de promoción y control de salud por parte del equipo multidisciplinario. Reforzando el apoyo a madres adolescentes con asistentes sociales y psicólogos.

Programa de maternidad informada y voluntaria.

Este programa cuenta con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas.

- Consolidar la implementación del Programa de Maternidad Informada y Voluntaria en las seis policlínicas municipales

ubicadas en la periferia de Montevideo: Paso de la Arena, Casabó, La Paloma, Colón, Giradles y Punta de Rieles.

- Difundir material educativo sobre la salud de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos en las 20 policlínicas municipales, y en los servicios de Atención de Salud comunitarios (policlínicas móviles y barriales, etc).
- Realizar dos ciclos de capacitación sobre la “Salud de la Mujer y Derechos Sexuales y Reproductivos” dirigidos a integrantes de los equipos de salud de 14 policlínicas municipales.
- Realizar dos ciclos de capacitación dirigidos a mujeres de las comisiones de salud sobre “Salud de la Mujer y Derechos Sexuales y Reproductivos”.

Programa de Atención Integral al Adolescente

- Continuar con el desarrollo de las actividades a través de las Policlínicas de Adolescentes y los Centros Juveniles en las zonas 14, 15 y 16.
- Extender la cobertura del examen preventivo integral del adolescente .
- Realizar talleres de educación para la salud – 6to año escolar – incluyendo los siguientes temas: violencia, abuso, educación sexual, condición de género y etc.
- Sistematizar la atención a la sexualidad y embarazo adolescente, proporcionando información sobre anticoncepción y educación sexual.

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

En el momento de realizar la recomendación sobre los diferentes métodos anticonceptivos a utilizar es importante a tener en cuenta por parte del profesional, conocer previo a la selección del método: nivel cultural del adolescente, su motivación, el tipo de actividad sexual (estable, ocasional, etc.), la existencia de problemas de salud (cardiovasculares, cefaleas, diabetes, colecistopatías, anemias, etc) la facilidad para adquirir el método entre otros.

2.8 Requisitos para la anticoncepción en adolescentes

- Reversible.
- No interferir en el crecimiento.
- Fácil de realizar.
- Adecuada a la actividad sexual.

Procedimientos anticonceptivos

Recomendables

- Anticonceptivos Hormonales Orales
- Preservativo.

Aceptables

- Anticonceptivos inyectables.
- Diafragma.
- Esponjas.
- Espermicidas.

Poco aceptables

- DIU
- Métodos naturales
- Contracepción quirúrgica.

De emergencia

- Anticoncepción postcoital.

Métodos anticonceptivos (MAC):

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES:

Desde cuando :Se pueden usar una vez transcurridos dos años desde que se regularizan las menstruaciones.

Prescripción de AHO: Criterios generales.

- Se deben prescribir los de dosis más baja que garantice su eficacia.
- Los AHO que contienen Etinilestradiol y Gestodeno o Desogestrel son los más apropiados para jóvenes.
- Requieren control médico previo con Hª Clínica y anamnesis.
- La Exploración ginecológica y la analítica son recomendables pero no imprescindibles.
- Ofrecer amplia información dirigida fundamentalmente a garantizar el cumplimiento correcto del tratamiento.

Normas de uso:

- Igual que las mujeres de otras edades (tabaco, alcohol, otras drogas etc.).
- Balancear efectos secundarios menores (cefaleas, mastalgia etc.) con beneficios (mejoría de acné, control ciclo, disminución del dolor menstrual etc.)

Controles sucesivos:

- Realizar una visita al año del inicio del tratamiento: Evaluar tolerancia, aclarar dudas, reforzar cumplimiento.
- Controles médicos sucesivos cada dos años con exploración, citología, analítica.
- Controles intermedios por personal sanitario no médico, para reforzar cumplimiento y solucionar dudas.

Descansos periódicos:

- Si la tolerancia es buena y los controles normales, no existen motivos par realizar descansos periódicos.
- Atender siempre al deseo de la joven para realizarlos.

Cumplimiento del tratamiento:

- El 20 % de las jóvenes usuarias incumplen el tratamiento y esto conduce a un número importante de fallos. Normalmente existen olvidos, periodos inadecuados de descanso entre envases etc.

Para que esto no suceda debemos :

- Asesorar adecuadamente.
- Utilizar envases de 28 comprimidos.
- Investigar y erradicar temores sobre los AHO.
- Indicar trucos que eviten olvidos.
- Facilitar el contacto en caso de dudas o situaciones no previstas (consulta telefónica u otras).

Anticoncepción de emergencia (A.C.E.):

Es la que se realiza por rotura de preservativo o coito no protegido, y el adolescente necesita el conocimiento del momento en que debe usarlo no más adelante, con previa consulta profesional para continuar con otro método anticonceptivo, ya que éste es solo para situaciones especiales.

Habitualmente es suficiente en dos dosis con doce horas de intervalo, dentro de las 72 horas siguientes al coito.

Inhibe o retrasa el pico pre ovulatorio de gonadotropinas, LH, actuando en estos casos como anovulatorio retrasando la ovulación.

Tiene efecto en el transporte de gametos inhibiendo la movilidad tubárica y el transporte del óvulo.

Actúan produciendo cambios en el moco cervical inhibiendo así la fecundación.

Los A.C.E. no constituyen un método abortivo debido a que no impiden la implantación si el óvulo ya fue fecundado.

Efectos colaterales: náuseas (20 y 40%), vómitos (10 y 15%), congestión mamaria (20%), cefaleas, vértigos, mareos retención de líquidos los mismos ceden a las 24 horas de la administración del fármaco.

Pueden aparecer sangrados irregulares y la menstruación puede o no presentarse en fecha, debiéndose esperar hasta los 15 días para la realización del test de embarazo.

Eficacia de los A.C.E. es del 97%.

No se debe de utilizar este método en forma rutinaria:

No protege de las Enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.)

Es menos efectivo que otros M.A.C.

Presenta mayor cantidad de efectos colaterales.

La utilización indiscriminada de dicho método altera el ciclo menstrual y la futura fertilidad.

Doble protección:

Consiste en el uso de A.H.O. por parte de la mujer y de preservativo por parte del hombre. Aún a las ventajas de ambos y junto a una alta eficacia anticonceptiva tiene una muy buena protección contra las ETS.

Seguramente deberemos insistir en el futuro en este procedimiento.

A) Métodos de Barrera: son los que obstaculizan el ascenso del espermatozoide al tracto genital superior e impide por lo tanto la fecundación; la ventaja es la protección contra las ETS (enfermedades de transmisión sexual) dependiendo de la calidad del producto.

Condón: es un método de utilización esporádica en el momento de la relación sexual, no necesita indicación médica para su uso, pero sí necesita la persona de conocimientos correctos para su utilización. Los condones de látex son los más indicados (protección ETS).

Dentro de las ventajas se destaca:

Es económico y no tiene efecto sistémico

La eficacia es del 80 al 90%, cuando se utiliza solo y si se asocia a espermicida la eficacia asciende al 96%.

La frecuencia de accidentes por ruptura del preservativo es mayor en la población adolescente de aquí la importancia de saber acerca de la existencia de anticonceptivos de emergencia (A.C.E.).

Diafragma: ejerce su acción anticonceptiva como mecanismo de barrera, recubriendo el cuello uterino siempre debe de ser empleado, con la asociación de espermicida.

Su eficacia anticonceptiva es menor que la del condón. Requiere de indicación médica a que se hacen a medida.

Complicaciones: mayor incidencia de infecciones urinarias, bacteriurias asintomáticas por la compresión uretral por el mismo.

Es muy poco utilizado por la población adolescente.

Espemicidas: es un surfactante compuesto, que trabaja a nivel de la superficie de la vagina y destruye la membrana de las células espermáticas.

Su presentación es en forma de: cremas, geles, óvulos, tabletas y espumas.

Su utilización es pre-coital, con tiempo previo suficiente para su aplicación.

Su uso no es frecuente y debe de ser utilizado con el condón.

Espojas anticonceptivas: su utilización requiere de conocimiento previo anatómico del cérvix y de la vagina.

Su uso es pre-coital y pueden dejarse hasta 24 horas intravaginal (no retirar antes de las 6 horas de colocado).

B) Regulación natural de la fertilidad: requiere de un adecuado conocimiento de la fisiología del ciclo menstrual, por lo tanto dichas condiciones son muy difíciles de lograr en la población adolescente la que se caracteriza por la irregularidad de los ciclos y por la falta de conducta sexual. Por tales motivos no es aconsejable su utilización sin el previo adiestramiento profesional.

C) Dispositivo Intrauterino(DIU): posee una efectividad anticonceptiva entre el 95 al 99%.

Su colocación requiere la intervención del médico ginecólogo.

La falla del mismo se observa con mayor frecuencia dentro del primer año de colocado.

Ventajas:

Continuidad anticonceptiva en el tiempo que se encuentra inserto el mismo en la cavidad uterina.

No interfiere con el equilibrio endocrino.

No interfiere con la relación sexual.

No existe discontinuidad del método.

Desventajas:

Del 3 al 24% incidencia de expulsión por nuliparidad.

Aumento del flujo menstrual.

Dismenorrea.

Complicaciones:

Enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P.), con repercusión sobre la fertilidad.

Embarazo ectópico.

Dolor pélvico crónico.

El DIU constituye por lo expuesto en párrafos anteriores un método anticonceptivo de primera elección en la población adolescente para el control de la natalidad.

2.9 Diseño Metodológico.

El diseño utilizado en esta investigación es de tipo descriptivo, transversal, prospectivo en el mismo se describirá la situación del universo (mujeres puerperas adolescentes). Se obtuvieron los datos mediante la utilización de una entrevista basándonos en el instructivo. (anexo 1 y 2)

Universo y Muestra

Totalidad de las Mujeres adolescentes (45 adolescentes) entre 14 a 19 años que están hospitalizadas, en la sala de puerperas adolescentes en el HPR en el periodo de implementación del proyecto. (15 días)

Selección de la muestra: por conveniencia

Para la realización de la investigación, se debe destacar que en el anteproyecto se planificaron 30 días consecutivos de investigación lo cual no se llevó a cabo por dificultades (ocupación por parte del personal del HPR) limitándonos de poder continuar con las entrevistas, llegando a completar 15 días con 45 entrevistas. Consideramos que los resultados obtenidos no son representativos de toda la población adolescente, y tampoco podemos realizar generalizaciones ya que es un estudio descriptivo (sirve para aplicar en esta población en este momento). Pero sí destacar una experiencia teórico-práctica positiva en lo que a la aplicación de la metodología científica se refiere.

Metodología

El grupo de dos estudiantes (anexos 3 y 4) concurrió al Hospital Pereira Rossell sala de puerperas adolescentes durante un periodo de 15 días consecutivos a partir de la aprobación de dicho proyecto y previa autorización del Dr. Roberto Sergio (Encargado del Servicio) (Anexo 6)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

EDAD: Es el periodo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha de la entrevista. Valores 14-15-16-17-18-19 medidos en años cumplidos.

Nº DE GESTAS: Cantidad de hijos al momento de la entrevista. (Incluido el recién nacido)

Categorías :

- Primigesta.
- Secundigesta.
- Multigesta.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Corresponde al nivel de formación académica obtenida hasta el momento(años aprobados). Categorías:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Otros

PRESENCIA DE PAREJA: Reconocer estar en pareja por un periodo promedio de un año. Asume las siguientes categorías:

Tiene pareja si-no.

¿ desde cuando? mayor a un año o menor a un año.

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: Se refiere a edad de inicio de relaciones sexuales entendiéndose por relación sexual coito con penetración. Valores 12-13-14-15-16-17-18-19-años.

PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO: Se refiere a si la puerpera desea quedar embarazada. Categorías: ¿Desea quedar nuevamente embarazada?

Si - No-

¿Cuánto tiempo esperaría para tener otro hijo?

Tiempo menor a 1 año

Entre 1 y 2 años

Más de 2 años

HA PENSADO UD. QUE METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZARA: Se refiere a que método anticonceptivo utilizará la adolescente para evitar la reiteración del embarazo .Asume las siguientes categorías. Si- no. Cual y por que.

PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA EN LA OPCIÓN DEL MAC: Se refiere a si su pareja decidió junto con ella la decisión de optar por un MAC a utilizar. Categorías: Si- No- por que-

CONOCIMIENTOS SOBRE LA CONTRACEPCIÓN QUE UTILIZAR: Se refiere a los conocimientos que tiene la adolescente sobre el método anticonceptivo por el cual va a optar para prevenir un próximo embarazo. Asume las siguientes categorías son:

TIENE CONOCIMIENTO Cuando responde de forma correcta al total de las preguntas que se le formularon referentes al MAC que utilizará

NO TIENE CONOCIMIENTO Cuando responde de forma incorrecta a las preguntas que se le formularon sobre el MAC que utilizará

FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Se refiere de donde obtuvo la adolescente la información de los métodos anticonceptivos, las categorías:

- Personal de Salud.
- Amigos.
- Familia.
- Medios de difusión.
- Institución educativa

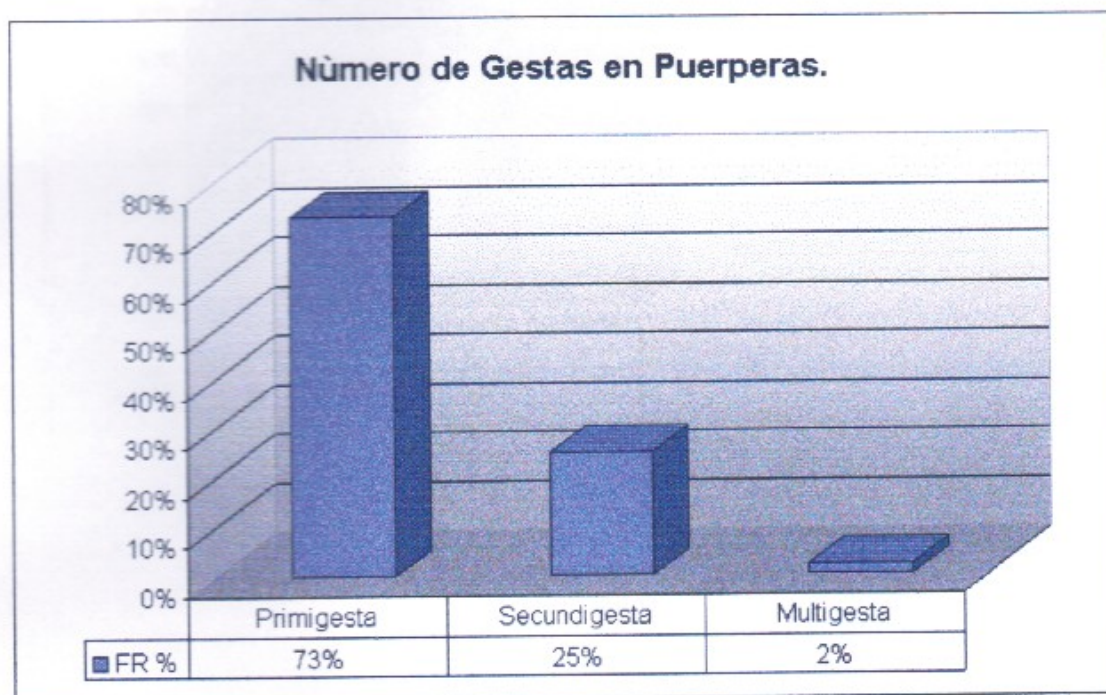
3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización, del trabajo. El método fue una entrevista estructurada con preguntas cerradas y preguntas abiertas (anexo 1). Las preguntas cerradas admitieron respuestas de tipo dicotómicas (sí y no) y de respuestas múltiples (brindando varias alternativas de respuesta). Se obtendrá la información de fuentes primarias o directas (usuaria) y de fuente secundaria o indirecta (Historia Clínica de la usuaria y registros estadísticos).

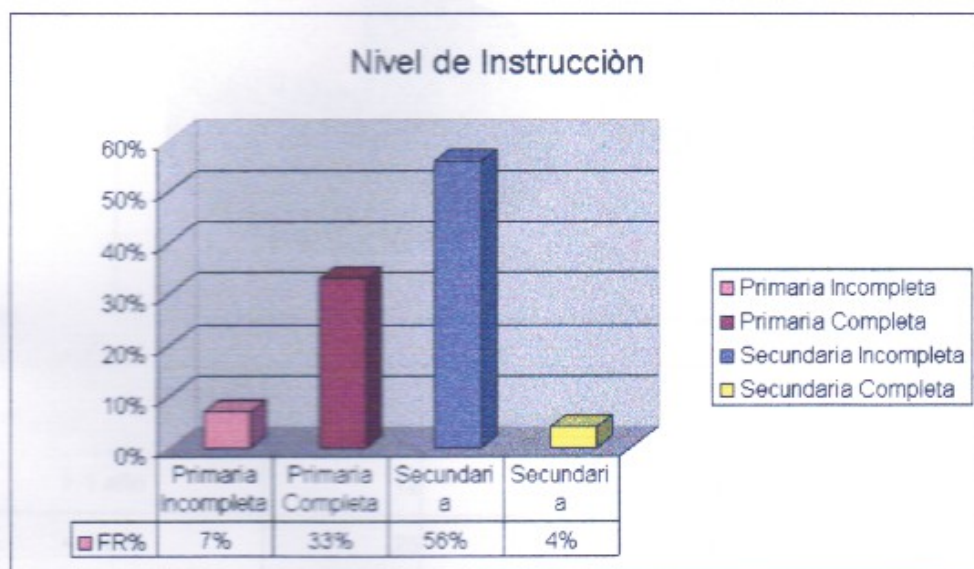
La entrevista constó de diez preguntas y un ítem final de Observaciones. Las preguntas 1,2 y 9 son abiertas, las restantes de carácter Múltiple.: 3, 7 y 10 de carácter Dicotómica la 4 ,5 ,6 y,8 abiertas y dicotómicas.

3.1 Plan de Tabulación y Análisis de la Información.

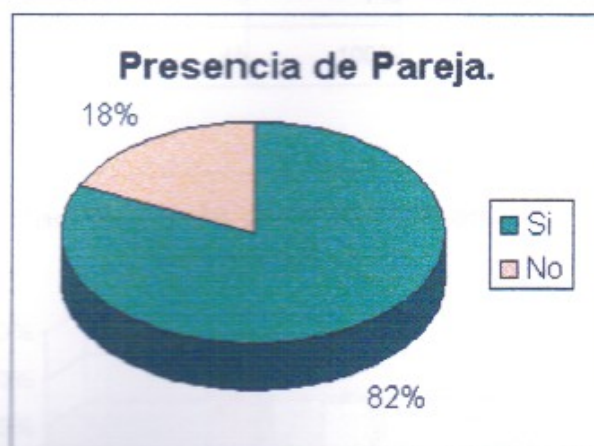
Nº de Gestas	FA	FR%
Primigesta	33	73%
Secundigesta	11	25%
Multigesta	1	2%
Total	45	100%



Nivel de Instrucción	FA	FR%
Primaria Incompleta	3	7%
Primaria Completa	15	33%
Secundaria Incompleta	25	56%
Secundaria Completa	2	4%
Total	45	100%



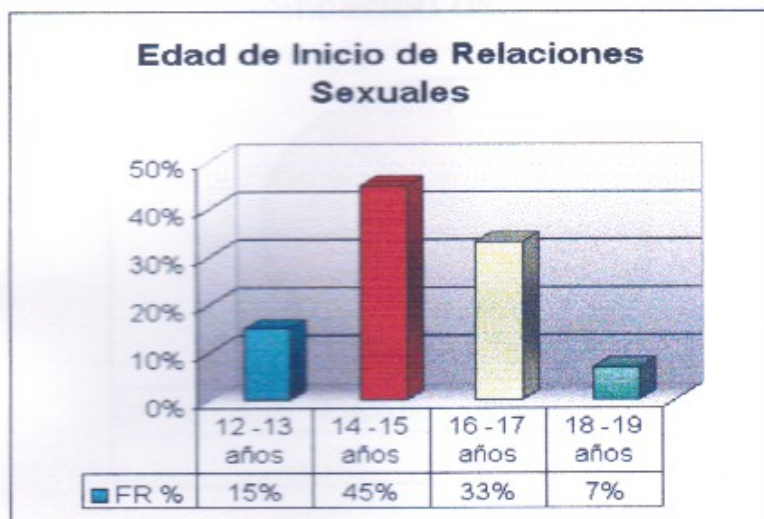
Presencia de Pareja	FA	FR%
Si	37	82%
No	8	18%
Total	45	100%



Presencia de Pareja	FA	FR%
> 1 año	12	32%
< 1 año	25	68%
Total	37	100%



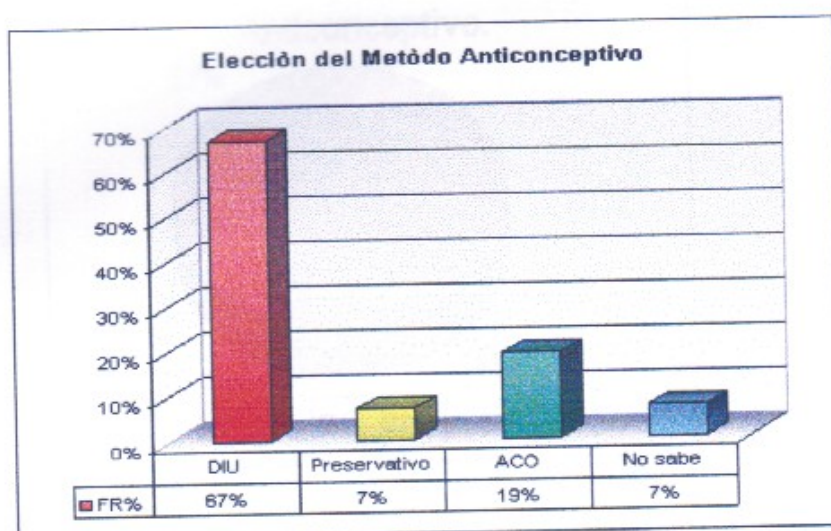
Edad de IRS	FA	FR%
12 -13 años	7	15%
14 -15 años	20	45%
16 -17 años	15	33%
18 -19 años	3	7%
Total	45	100%



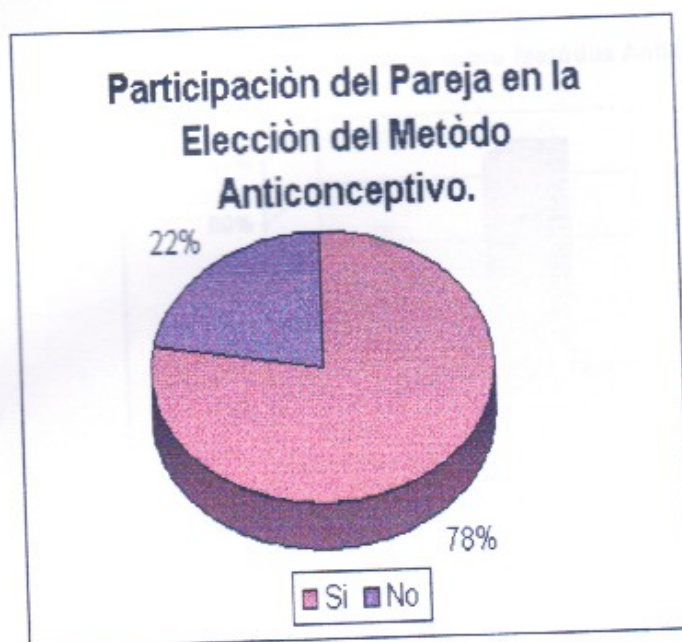
Planificación del Embarazo	FA	FR%
1 a 2 años	3	87%
Más de 2 años	20	13%
Total	23	100%



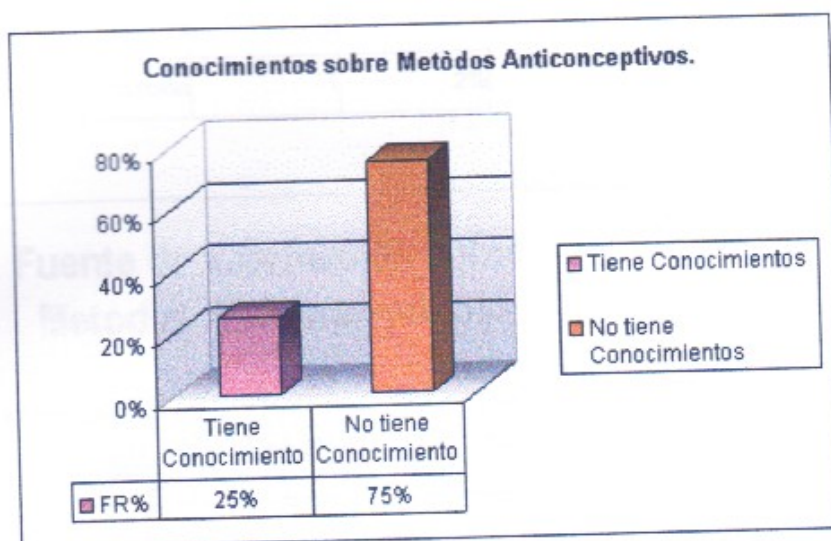
Utilizará algún MAC	FA	FR%
DIU	29	67%
Preservativo	3	7%
ACO	8	19%
No sabe	3	7%
Total	43	100%



Participación Pareja opción MAC	FA	FR%
Si	35	78%
No	10	22%
Total	45	100%

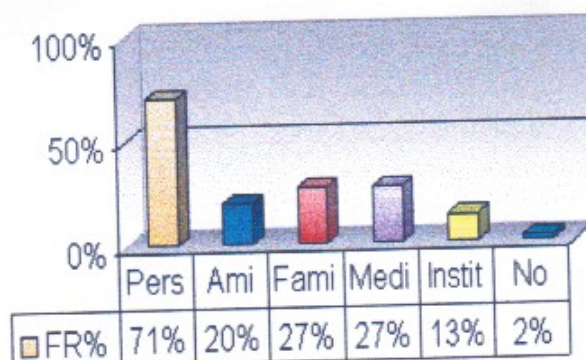


Conocimientos sobre Contracepción	FA	FR%
Tiene Conocimientos	10	25%
No tiene Conocimientos	32	75%
Total	42	100%

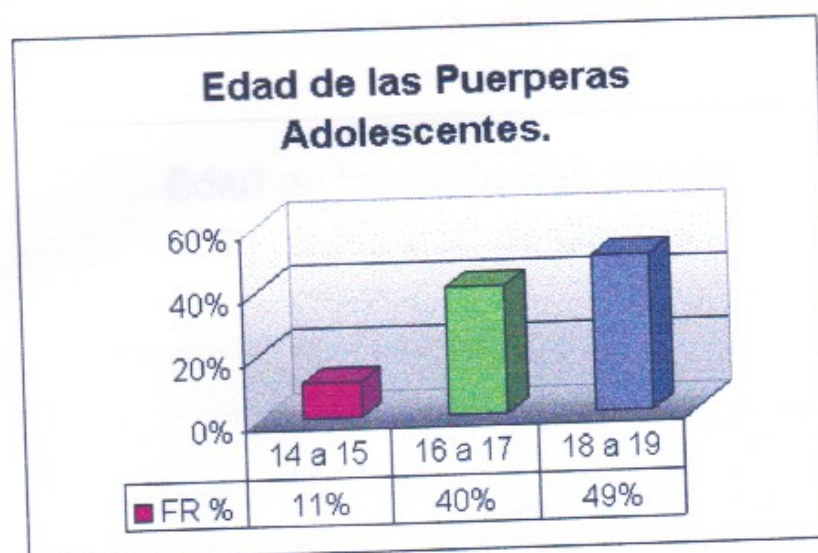


Fuente de Información	FA	FR%
Personal de la Salud	32	71%
Amigos	9	20%
Familia	12	27%
Medios de Difusión	12	27%
Institución Educativa	6	13%
No tiene Información	1	2%

Fuente de Información sobre Métodos Anticonceptivos.

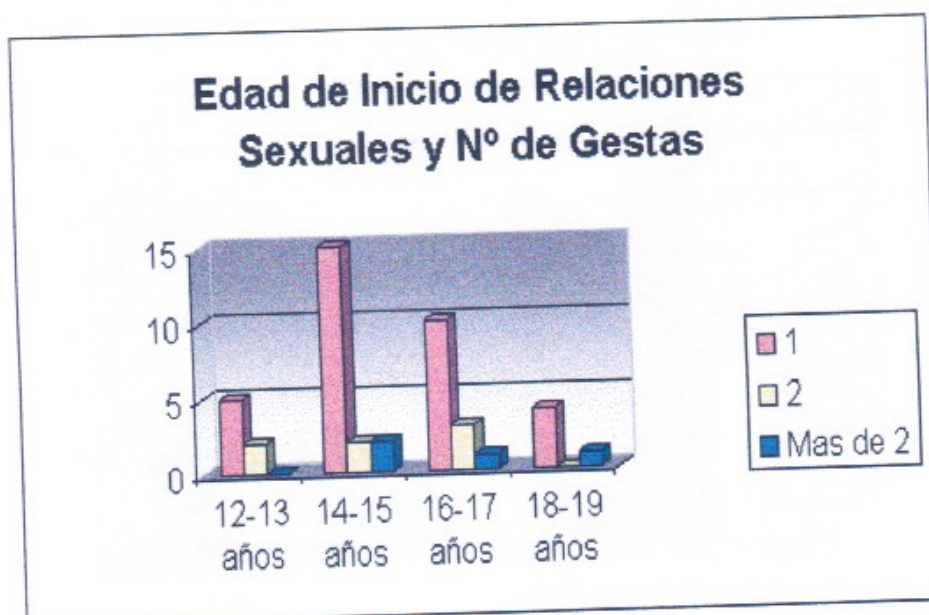


Edad	FA	FR%
14 a 15	5	11%
16 a 17	18	40%
18 a 19	22	49%
Total	45	100%



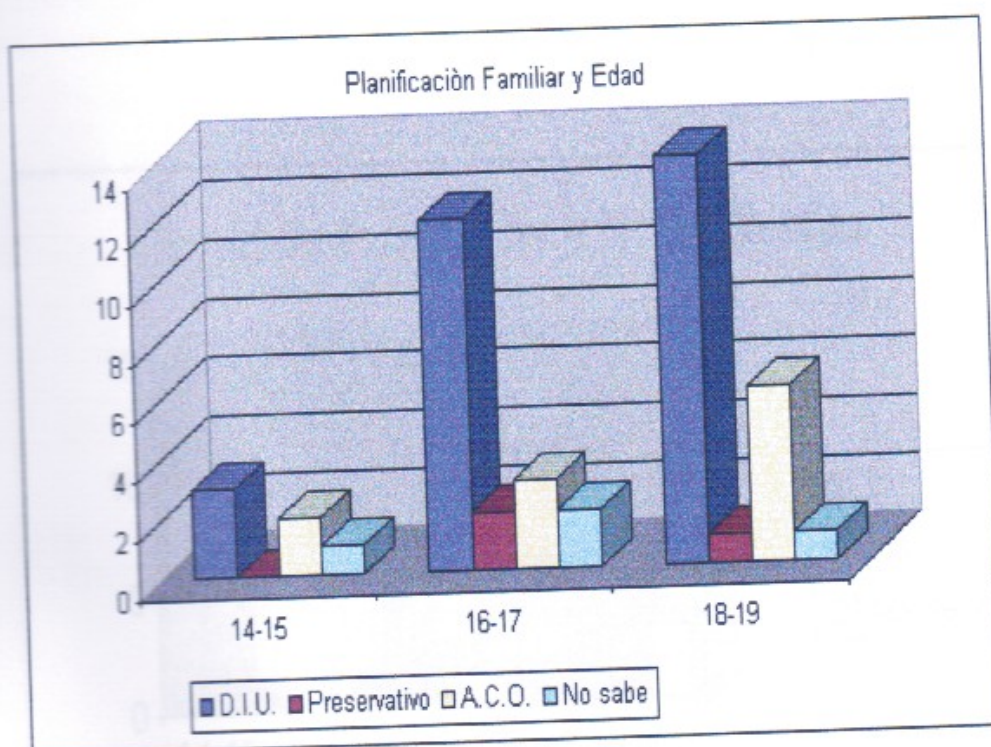
Edad de I.R.S.	N° de Gestas.			Total
	1	2	Mas de 2	
12-13 años	5	2	0	7 (16%)
14-15 años	15	2	2	19 (42%)
16-17 años	10	3	1	14 (31%)
18-19 años	4	0	1	5 (11%)
Total	34(75%)	7 (16%)	4 (9%)	45(100%)

Calculo de la media de Edad de IRS: sumatoria de las edades/ 16 años.

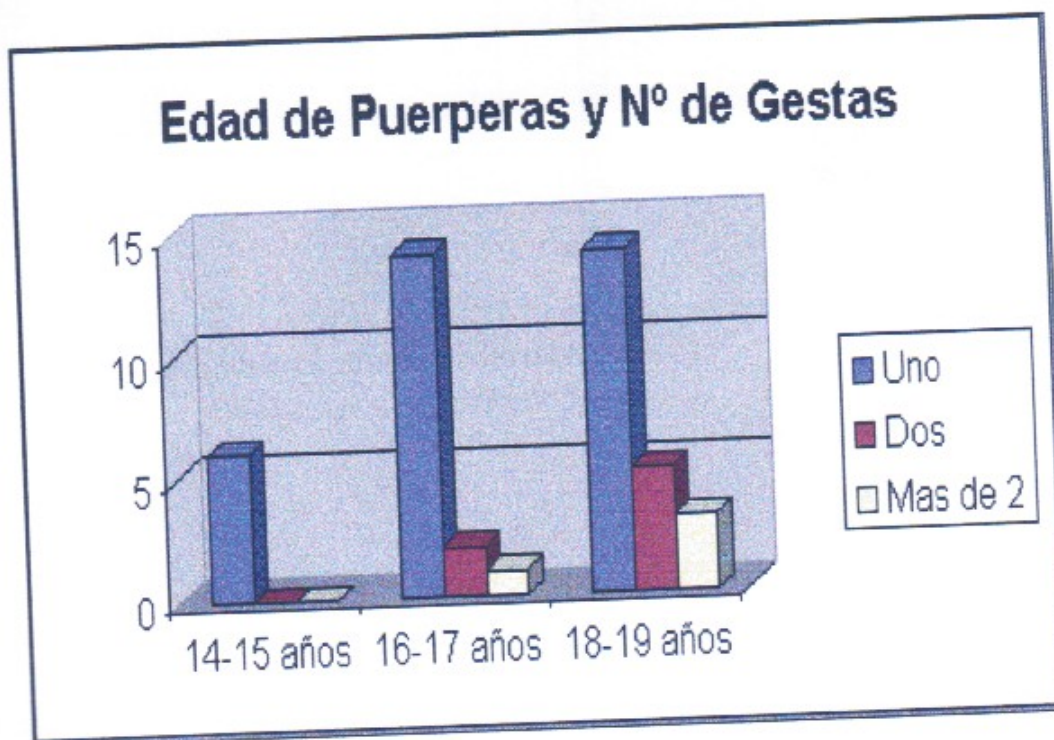


+

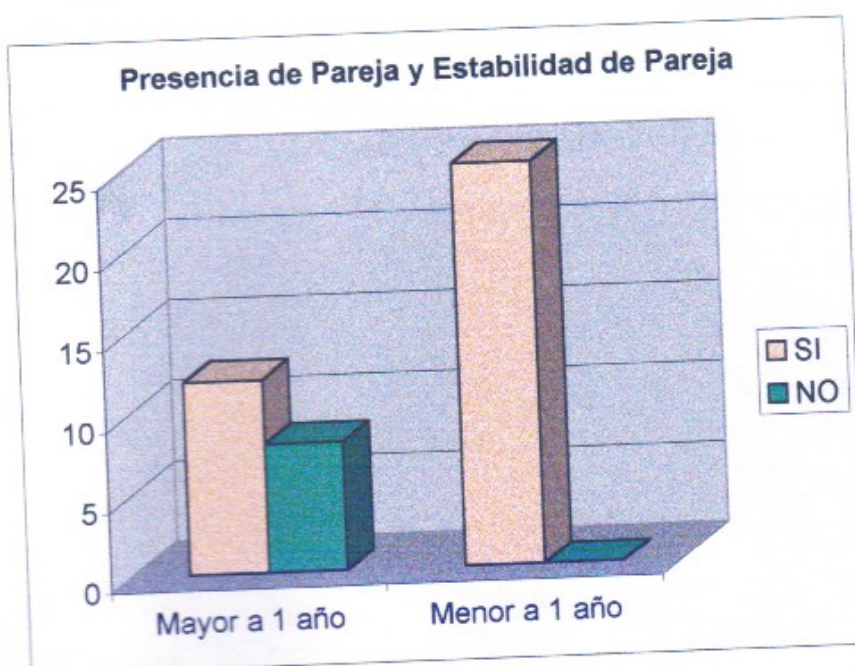
Edad en años	Planificación Familiar				Total
	D.I.U.	Preservativo	A.C.O.	No sabe	
14-15	3	0	2	1	6 (13 %)
16-17	12	2	3	2	19 (40 %)
18-19	14	1	6	1	22 (47 %)
Total	29 (62%)	3 (6%)	11 (23%)	4 (9%)	47 (100%)



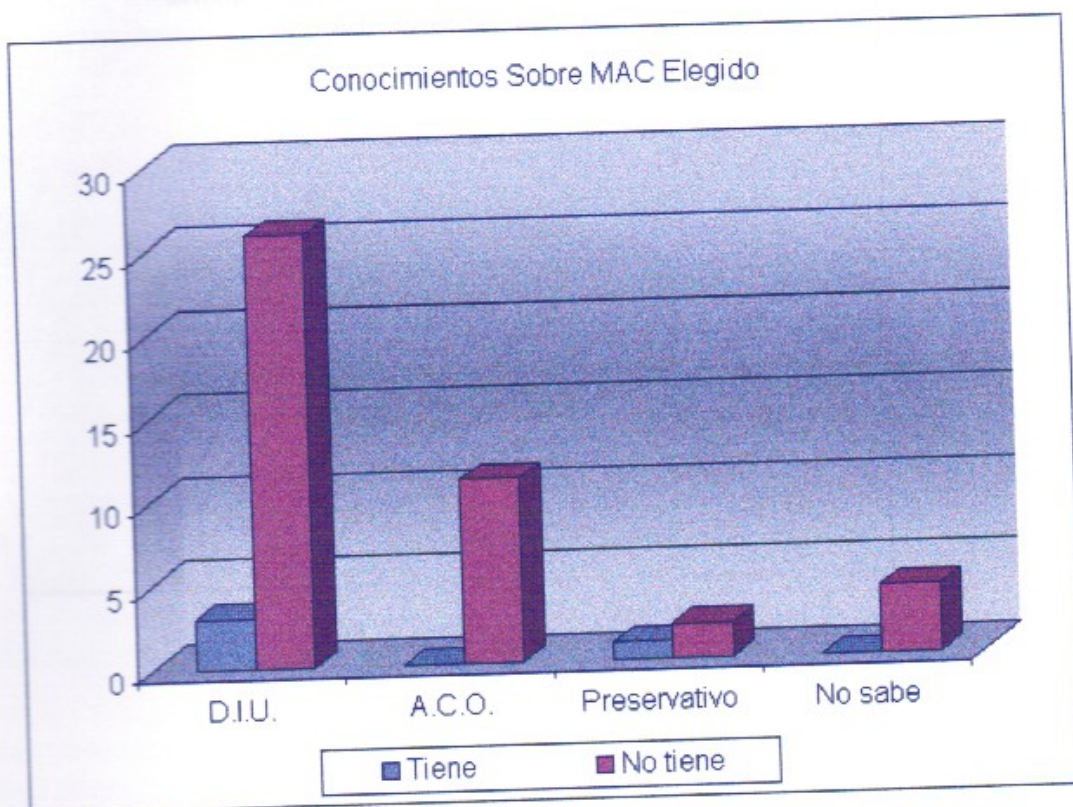
Edad	N° de Gestas.			Total
	Uno	Dos	Mas de 2	
14-15 años	6	0	0	6 (15%)
16-17 años	14	2	1	17 (37%)
18-19 años	14	5	3	22 (48%)
Total	34 (76%)	7 (15%)	4 (9%)	45(100%)



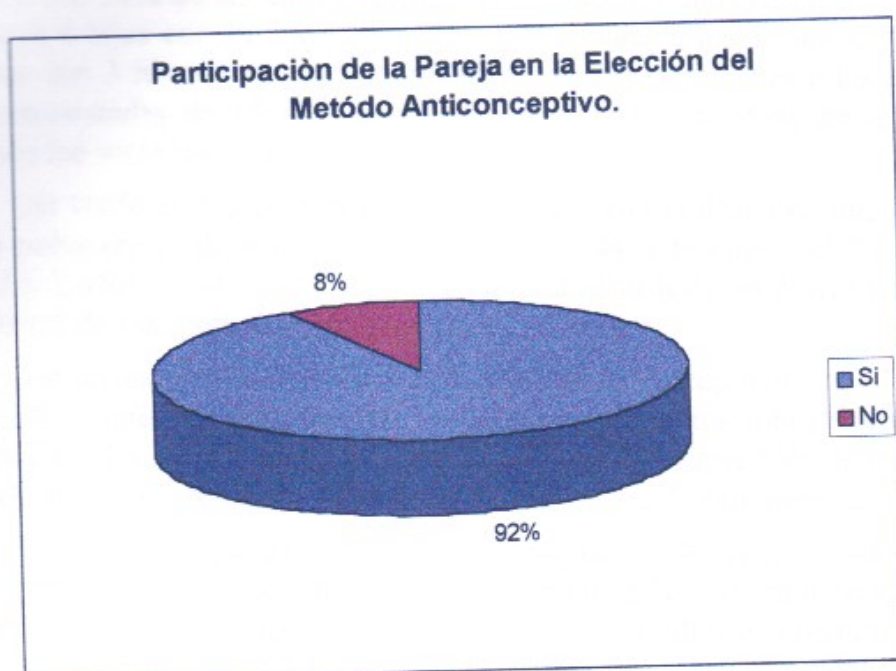
Presencia de Pareja	Tiempo de Pareja		
	Mayor a 1 año	Menor a 1 año	Total
SI	12	25	37 (82%)
NO	8	0	8 (18%)
Total	20 (44%)	25 (56%)	45 (100%)



Conocimiento sobre el M.A.C.	M.A.C. elegido				
	D.I.U.	A.C.O.	Preservativo	No sabe	Total
Tiene	3	0	1	0	4 (9%)
No tiene	26	11	2	4	43 (91%)
Total	29 (62%)	11 (23%)	3 (6%)	4 (9%)	47 (100%)



Part. De pareja	FA	FR%
Si	34	92%
No	3	8%
Total	37	100%



3.2 ANÁLISIS.

A la luz de los datos obtenidos de la investigación destacamos que la media de edad se comprende entre los 17 años (20%); con respecto al número de hijos el 73 % son madres primigesta, un 56% tienen sus estudios secundarios incompletos.

De las entrevistadas un 82% tienen pareja y un 55% de las mismas tienen pareja estable. La Edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 16 años (un 15% de las entrevistadas). Se destacan 2 entrevistadas una de 19 años con 4 hijos con su inicio de relaciones sexuales a los 14 años; y otra de 19 años con 3 hijos y su edad de inicio de relaciones sexuales a los 16 años. Dos entrevistadas de 14 años con 1 hijo cada una y su inicio de relaciones sexuales fue entre los 12 y 13 años.

Del 100% de las puerperas el 51 % manifiesta el deseo de planificar un nuevo embarazo en un tiempo mayor a 2 años el 44% de estas y el 7% restante entre 1 y 2 años. El 49 % de la población total manifiesta no desear tener otro hijo dentro de este periodo.

Con respecto a la elección de los métodos contraceptivos, el 67 % optó por el DIU, mientras que un 90% no tiene conocimientos sobre este método, en relación a los anticonceptivos orales el 19% optó por este método de la cual esta población no contaba con una correcta utilización de este método.

Un 7 % optó por la utilización de preservativo de las cuales un 66% no tenían conocimiento de los mismos. Con relación a la población restante que es un 7 % aún no decidió que método va a utilizar mientras que 2 entrevistadas (4%) optaron por la elección de métodos anticonceptivos paralelos (preservativo y anticonceptivos orales) sin tener tampoco conocimientos correctos sobre la utilización de estos métodos.

Del 100% de las entrevistadas, 3 usuarias aún no sabías por que método anticonceptivo iban a optar (7%), el 75% restante no tiene conocimiento sobre el método anticonceptivo a utilizar, el 25% tiene conocimientos.

En relación a la pregunta referente a ¿Por qué eligió ese método? Las entrevistadas respondieron: en un 92 % por que les brinda seguridad, mientras que el 8% restante responde que no le gusta otro método, el (2%) por que le resulta más cómodo, el (2%) por que les brinda menor riesgo de quedar embarazada y el resto no sabe(2%).

Respecto a la participación de la pareja en la elección del método anticonceptivo un 78% manifiesta la participación de su pareja para la elección del mismo y un 22% no participó a la pareja.

Con relación a la fuente de información sobre métodos anticonceptivos tenemos que son variadas, el 71% proviene del personal de salud, el 27 %de la familia y medios de difusión, 20% de amigos y 13 % de medios de difusión solamente.

4 CONCLUSIÓN FINAL

Partiendo de la muestra estudiada destacamos, que si bien la misma **cuantitativamente** no es representativa, de toda la población adolescente (**limitación externa** a nuestra voluntad y proyecto) si es muy importante **destacar lo positivo y enriquecedor** que ha sido esta experiencia en cuanto a la **aplicación real del Método Científico** se refiere...

Si **bien** la mayor parte de las adolescentes optaron por un método **anticonceptivo** (contando con el apoyo de su pareja), se destacan **carencias de conocimientos** sobre los mismos, lo cual se ve reafirmado ante la **respuesta en la mayoría** de las adolescentes ("por seguridad") frente al **por que** de la **elección de ese método** lo que resultó **carente de fundamentación**.

Si **bien** tienen algún referente sobre los métodos anticonceptivos(lo **que** **permitirá** una pauta de abordaje futuro), este no es suficiente para **brindarles** una salud reproductiva y sexual responsable.

Manifestaron el deseo de volver a tener otro hijo en un período mayor **a los 2 años** (tiempo necesario para **prepararlas física y psicológicamente para afrontar** un nuevo embarazo).

El equipo de salud es la **mayor fuente** de información sexual y **reproductiva**, esto no es suficiente para lograr un cambio de actitud, **concientización**, educación y actitud responsable.

Los adolescentes **necesitan** tener conocimiento sobre los **anticonceptivos**, tener acceso a ellos, y saber usarlos eficazmente para poder **actuar con responsabilidad sexual**, dentro del amplio espectro de factores que **afectan** sus actitudes y su comportamiento, hay que apoyarlos para que **desarrollen** conductas protectoras de su salud, involucrando al varón ya que la **salud reproductiva vincula necesariamente a la pareja**.

Educarlos sobre el uso del anticonceptivo antes de que sean **sexualmente activos** (ya que la mayoría de los adolescentes, particularmente, en su **primer coito** no usan anticonceptivos)

Consideramos de importancia que los adolescentes estén informados de su sexualidad y de la importancia de los riesgos y consecuencias de mantener actividad sexual a temprana edad. Es mejor que los adolescentes tomen decisiones basados en una correcta información. Es de gran importancia promover el desarrollo saludable de los adolescentes. Son muchos los aspectos que ofrece la vida y que se prueban o se intentan por vez primera en la adolescencia, y una de ellas son las relaciones sexuales, no obstante a que

usualmente estas jóvenes pasan a ser sexualmente activas y lo hacen sin la información adecuada, sin la prevención necesaria desde el punto de vista contraceptivo.

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, E.T.S., y efectos Psicosociales) por lo tanto, gran parte de la información sexual que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin información. Las mujeres que comienzan a tener hijos a una edad muy temprana con mayor probabilidad caerán en el patrón de tener sus hijos demasiado seguido (periodos intergestacionales menores a los dos años) conducta perjudicial para la salud y la supervivencia de la madre y del hijo. Esta característica se ve agravada en los casos de que la adolescente tenga pareja estable (comprobado estadísticamente) ya que ~~aumenta~~ la paridad y disminuyen los periodos intergestacionales

5 SUGERENCIAS

Básicamente la conducta debe de ser preventiva y no “curativa” concientizando, motivando y educando a las personas a ocuparse de su propia salud sobre la base de la información confiable. Iniciar actividades especiales de educación, información, orientación relacionados con la sexualidad humana, salud sexual y reproductiva paternidad responsable planificación familiar, entre otros temas de candente importancia social sanitaria. Implementando, lo antedicho en la educación primaria, secundaria, a todos los niveles educativos formales, buscando motivar desde la temprana edad (desde el seno familiar) la promoción de la salud integral bajo los parámetros de la igualdad, respeto mutuo, la responsabilidad compartida en la esfera de la salud sexual y la fecundidad.

Motivar la capacitación participación de las personas que estén en condiciones de brindar orientación a los adolescentes respecto del comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres, las comunidades, grupos sociales y religiosos, deportivos que poseen iguales intereses, actuar en forma conjunta, no individual.

Reorientar la educación sanitaria y los servicios de salud (fundamentalmente el primer nivel) para satisfacer en forma real las necesidades de la población adolescente.

Promover programas de salud los cuales instruyan a los padres les permitan la participación en la educación sexual y reproductiva para poder asegurar la comunicación y así poder brindar apoyo, seguro durante todo el proceso de maduración de sus hijos, que es normal.

Sensibilizar a los padres, educadores sanitarios, maestros y a la sociedad entera en relación a los riesgos, peligros y problemas que se relacionan con el embarazo a edades tempranas, elaborar políticas y programas adecuadas, con el fin de atender las necesidades de salud Sexual Reproductiva de los adolescentes antes de que estos comiencen a tener vida sexual activa, en el contexto de la salud integral.

Promover la idea de completar el proceso de crecimiento (antes de la procreación) brindándole al adolescente oportunidades de educación, laborales, deportivas, el uso productivo de su tiempo libre,

De esta forma podrá el embarazo constituir, en la vida de las adolescentes, (hombres mujeres) un factor de felicidad y de realización personal y de la pareja con afrontamiento a la vida en forma conciente y con la posibilidad de libre elección.

6 BIBLIOGRAFÍA

- **Canales F.** Y otros "Metodología de la Investigación" O.P.S. 1994
- **Comisión nacional** de seguimiento de los Compromisos de Beijing-**Uruguay** "Agenda de las mujeres" Mujer, Población y Salud Sexual y Reproductiva. (1999)
- " **Diccionario terminológico de ciencias médicas.**"Undécima edición. Ed. Salvat. Barcelona España 1979
- **Ginecología y obstetricia de México .**"Conocimientos y Prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas "– Vol.69/Jun (2001)
- Harper, C. " Embarazo de la Adolescente en América latina y el Caribe" IPPF. Segunda Edición .New Cork(.1991)
- López, G ; Yunes ,J; Solís, J y Omran, A" Salud reproductiva en las Ameritas" OPS-OMS(1992) .
- Martínez,M°. "Revista Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia" /Vol.I.No 3/ Policolor SRL 1998-1999.
- Martínez,M°. "Revista Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia"Uruguay-Montevideo /Vol.II.No 2 Policolor SRL /2000
- Martínez,M°. "Revista Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia" /VolII.No 1 Policolor SRL. /2001.
- Manual para el desarrollo del personal de la salud. O.P.S.-O.M.S. Editorial Limusa. Mexico,1994.
- " Mujer y Fecundidad en el Uruguay" (MSP- OPS)
- Omran, A.Dr. P.H" Fecundidad y Salud (Experiencia Latinoamericana) "OPS. Oficina Sanitaria Latinoamericana. Oficina Regional de la OMS.
- Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires – Vol.80/Jun.(2001)
- Polit, D.Ed.at . Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México 5° Ed.McGraw-Hill Interamericana. 1997

- Portillo, J.” La Adolescencia” Montevideo-Uruguay Ed. La Banda Oriental 1993 .
- Sabino, Carlos “Como hacer una tesis” Edit. Humanitas Bs.As. Argentina, 1987
- Soifer, R “Psicología del embarazo, parto y puerperio” 8º edición Bs.As. Ed. Kargieman 1992

7 INTERNET

www.boletinsaleciano

www.casalunas.org/minferior.htm

www.cotidianomujer.org.uy/2001/36

www.embarazo2.htm

www.galeon.com/anticonceptivos/apilpcoi.htm

www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/glosario/planificacion.htm

www.tuotomedico.com/temas/embarazo/adolescencia.htm

8 ANEXO 1

ENTREVISTA

CONTRACEPCIÓN EN ADOLESCENTES

INVESTIGADOR: () () () () ()

FECHA: / /

Nº DE REGISTRO:

1)-Edad.....

2)-Número de Gestas:

3)-Nivel de Instrucción:

Primaria Incompleta		Secundaria Incompleta	
Primaria Completa		Secundaria Completa	
		Otros Estudios	

4)Presencia de Pareja		
¿Actualmente en pareja?	Si	No
¿Desde cuándo?	1 año <	> 1 año

5) ¿Edad de Inicio de Relaciones Sexuales?.....

6) Planificación del Embarazo:

a) ¿Desea quedar nuevamente embarazada?

b) Si No.....

b) ¿Cuánto tiempo esperaría para tener otro hijo?

Tiempo menor a 1 año-.....

Entre 1 y 2 años-.....

Más de 2 años-.....

7)-¿Utilizará algún MAC?

Si.....-¿Cuál?.....

¿Por qué?.....

No.....

¿¿Por qué?.....

.....

8) Participó su Pareja en la Opción del MAC:

¿El MAC que utilizarán lo eligieron entre ambos?

Si-

No - ¿Por qué?.....

9)- Conocimiento Sobre la Contracepción que Utilizará?

Píldora

a) ¿Cada cuánto tiempo debe de tomar la píldora?

.....

b) ¿qué hace si se olvidaba de tomarla?

.....

c) En el caso de no poder comenzar un nuevo paquete luego de la menstruación? ¿Puede quedar embarazada?

.....

Preservativo Masculino

a) ¿Cuándo se debe de colocar su pareja el preservativo?

.....

b) ¿Cuántas veces se puede utilizar el mismo preservativo?

.....

c) ¿Si se rompe un preservativo que hace?

.....

Dispositivo intrauterino

d) ¿Sabe usted que es el DIU?

.....

b) ¿Luego de colocado el dispositivo intrauterino deberá realizarse control ginecológico?

.....

c) ¿Usted considera que puede quedar embarazada con el DIU?

.....

Amenorrea de la lactancia:

a) ¿Hasta qué edad de su bebé es efectivo éste método?

.....

b) ¿Si comienza a menstruar, es éste método efectivo?

.....

c) ¿UD considera que debe alimentar exclusivamente a pecho día y noche su bebé para que éste método sea efectivo?

.....

Otros MAC utilizados

a) ¿Cuál?

c) ¿Cómo lo utilizará?

Tiene Conocimiento	
No Tiene Conocimiento	

10) Fuente de Información Sobre Métodos Anticonceptivos

Personal de Salud	
Amigos	
Familia	
Medios de difusión	
Institución Educativa	

OBSERVACIONES:

.....

9 ANEXO 2

Requisitos Para el Logro de la Investigación.

Para asegurar la privacidad en el momento de la entrevista es necesario que se realice en un lugar cerrado (consultorio, habitación o Box) tomando en cuenta el carácter o naturaleza de la información que se quiera obtener y la etapa del ciclo vital por la cual transita la población a la cual se quiere entrevistar.

Para asegurar una mayor comodidad del entrevistado se debe de valorar la presencia de cansancio, hostilidad, poco deseo de participar, miedo ante lo cual se debe de coordinar para un encuentro posterior con la misma finalidad y de esta forma garantizamos un encuentro más productivo a nuestros objetivos.

En cuanto a la labor del investigador este debe generar una relación empática siendo objetivo, sin tener prejuicios, estableciendo un vínculo horizontal manteniendo una distancia óptima con el entrevistado. Utilizando un lenguaje claro adecuado a la población a investigar, teniendo una preparación previa abordar, con el fin de poder abordar dudas que surjan durante la entrevista y de interpretar adecuadamente la información obtenida.

Previo a la entrevista se le pedirá consentimiento al entrevistado explicándole los fines y el objetivo de dicho trabajo (saber si quiere o no participar) En caso de no aceptar quedará en el ítem de observaciones se les garantizará total anonimato al entrevistado.

Instructivo para el llenado del formulario.

El formulario será llenado por el investigador quien estará identificado en el borde superior derecho del formulario, con su nombre debajo constara la fecha de realizada la entrevista y el registro de historia clínica del usuario (para evitar reiteración del entrevistado)

- Se deben de tener en cuenta los requisitos para el logro de la investigación
- Se llenara con letra clara en forma consecutiva marcándose aquel ítem opcional con una cruz en casillero correspondiente en un tiempo estimado entre 10 a 15 minutos.
- Se completara un formulario por entrevistado, en base al instructivo pre-establecido.

Instructivo:

Con respecto a la pregunta N° 1 completará en forma numérica el número de años cumplidos.

- Con respecto a la pregunta N° 2 completará en forma numérica el número de hijos.

Con respecto a la pregunta N° 3 completará el nivel de instrucción en la opción otros, se especificara si cuenta con otros estudios realizados.

Con respecto a la pregunta N° 4 actualmente esta en pareja, se marcará la respuesta correspondiente a: si o no, en caso de responder por la opción si marcar si es una relación mayor o menor a un año.

- Con respecto a la pregunta N° 5 Edad de inicio de relaciones sexuales se completará en forma numérica.

La pregunta N° 6. Se deberá marcar dentro de los ítem indicados. En caso de ser la respuesta si, pasar a la pregunta b, ¿cuanto tiempo esperaría para tener otro hijo?

Con relación a la pregunta N° 7. ¿Utilizará algún MAC? En caso de ser sí la respuesta completar cuál y por qué. Y si responde que no completar por qué.

Con respecto a la pregunta N°. 9 se realizarán solo las correspondientes específicamente al método que la adolescente manifieste optará en la pregunta 8.

Si las respuestas efectuadas, son en su totalidad correctas, de acuerdo al instructivo, se re- clasificará como que tiene conocimientos, en caso contrario, se considera que no tiene conocimientos.

Con respecto a la pregunta N° 10 se marcará con una cruz el ítem relacionado sobre la fuente de información sobre anticoncepción recibida.

El ítem de observaciones será llenado con algo relevante durante la entrevista o por diferentes motivos no pudo llevar a cabo la entrevista

CONTRACEPCIÓN EN ADOLESCENTES

INSTRUCTIVO

INVESTIGADOR:.....

FECHA: / /

Nº DE REGISTRO:.....

1)-Edad

2)-Número de Gestas:

3)-Nivel de Instrucción:

Primaria Incompleta		Secundaria Incompleta	
Primaria Completa		Secundaria Completa	
		Otros Estudios	

4)Presencia de Pareja		
¿Actualmente en pareja?	Si	No
¿Desde cuándo?	1 año <	1 año >

5)-¿Edad de Inicio de Relaciones Sexuales?.....

6) Planificación del Embarazo:

a) ¿Desca quedar nuevamente embarazada?

Si - No-

b) ¿Cuánto tiempo esperaría para tener otro hijo ?

Tiempo menor a 1 año-

Entre 1 y 2 años-

Más de 2 años-

7)-¿Utilizará Algún MAC?

Si- Cuál?.....

¿Por qué?.....

No

¿Por qué?.....

8)-Participación de la Pareja en la Opción del MAC:

¿El MAC lo eligieron entre ambos?

Si-

No - ¿Por qué?.....

9)-¿Conocimiento Sobre la Contracepción que Utilizará?

Píldora a) ¿Cada cuánto tiempo debe de tomar la píldora?

- todo los días

b) ¿qué hace si se olvidaba de tomarla?

- Toma la píldora correspondiente a ese día, antes de transcurrir 12 horas de la hora correspondiente a la dosis.

- Utiliza otro MAC paralelo (condón).

- Consultará al médico lo antes posible, evitando tener relaciones sexuales.

c)En el caso de no poder comenzar un nuevo paquete luego de la menstruación? ¿Puede quedar embarazada?- Si

Preservativo Masculino

a) ¿Cuándo se debe de colocar su pareja el preservativo?

En el momento previo a la penetración

b) ¿Cuántas veces se puede utilizar el mismo preservativo?

- Una vez por coito

c) ¿Si se rompe un preservativo que hace?

Consulta al médico dentro de las 24 horas subsiguientes.

Dispositivo intrauterino

a) ¿Sabe usted que es el DIU?

- Dispositivo intrauterino (aparato) que evita el embarazo.

b) ¿Luego de colocado el dispositivo intrauterino deberá realizarse control ginecológico?

- Si

c) ¿Usted considera que puede quedar embarazada con el DIU?

- Si

Amenorrea de la lactancia:

a) ¿Hasta qué edad de su bebé es efectivo este método?

- Menos de 6 meses

b) ¿Si comienza a menstruar, es este método efectivo? -No

c) ¿UD .considera que debe alimentar exclusivamente a pecho día y noche su bebé para que este método sea efectivo? -Si

Otros MAC utilizados .

a) ¿Cuál? Nombrar el MAC.

b) ¿Cómo lo utilizará? Describir la utilización del MAC en forma correcta.

TIENE CONOCIMIENTO Cuando responde de forma correcta al total de las preguntas que se le formularon referentes al MAC que utilizará	
NO TIENE CONOCIMIENTO Cuando responde de forma incorrecta a las preguntas que se le formularon sobre el MAC que utilizará	

10) Fuente de Información Sobre Métodos Anticonceptivos

Personal de Salud	
Amigos	
Familia	
Medios de difusión	
Institución Educativa	

OBSERVACIONES:

10 ANEXO 3

Distribución de las tareas:

En las diferentes fases en que se llevará acabo la investigación los cuatro integrantes del grupo se distribuirán de la siguiente manera:

Fase elección del tema realizado por las cuatro integrantes.

Fase revisión bibliográfica y entrevista realizado por los cuatro integrantes.

Fase de elaboración del protocolo realizado por las cuatro integrantes y apoyo de tutorías.

RECURSOS HUMANOS.

Estudiantes

Apoyo de docente tutora.

Asesoramiento profesional

Recolección de datos por parte de cuatro estudiantes

TAREAS ASIGNADAS A LOS INTEGRANTES DEL GRUPO:

Laura Abreo: Coordinación e Investigación

Leticia Olivera: Control e Investigación

Verónica Mora: Investigación.

Ana Santurión: Investigación.

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

- Planta Física
- Hoja, lápiz, cuestionarios impresos, computadora e impresora, acceso a Internet.
- Boletos suburbano e inter departamental.

11 ANEXO 4



12 ANEXO 5

Marco Institucional

Se trata de un proyecto elaborado por estudiantes del instituto nacional de enfermería, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (Hospital de la Mujer). Situado en la calle Br. Artigas, entre Dr. G. Ramón y Lord Ponsonbi. Es un Hospital que integra una organización Médica y Social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia Médico -Sanitaria completa tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ambiente familiar en especial el trabajo que se realiza en el área maternidad y ginecología ya que el mismo es la institución de referencia nacional de atención integral de la mujer.

Marco Jurídico y Político

A nivel internacional y nacional el M.S.P (Ministerio de Salud Pública) del Uruguay se ha comprometido y propuesto metas, que intentan día a día a través de diferentes estrategias, buscar solución definitiva a la problemática del embarazo adolescente; pero sabemos que no han sido suficientes, si reparamos en las últimas estadísticas en relación a dicha problemática.

Destacamos así, instancias en las cuales nuestro país se ha pronunciado:

La Declaración de ALMA ATA (1978) conceptualiza la atención primaria en salud como asistencia primaria esencial basada en métodos prácticos y en tecnología con fundamentos científicos y sociales.

La carta de Ottawa (1986) recoge los lineamientos internacionales en materia de promoción de la salud, promoviendo la creación de una cultura de salud que oriente al accionar de instituciones, autoridades y población para la formulación de políticas públicas saludables, fortaleciendo la acción social y comunitaria y reorientar los servicios sanitarios hacia la equidad y cuidado de la salud integral.

La declaración de Inocente (1990); con respecto a la lactancia materna.

Cumbre mundial sobre población y desarrollo en el Cairo (1994) elaborándose un documento del cual nuestro país es signatario y data del cumplimiento del programa relacionado e incorporado: respectiva de género, participación del varón, información, educación y asistencia para la regulación

de la fecundidad de las mujeres adultas y adolescentes y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Cumbre mundial sobre la situación de la mujer en Beijing-China (1995) que recoge explícita en su declaración el derecho de la mujer a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad.

En el plano nacional la R. O. del Uruguay a incorporado en su sistema jurídico la convención sobre derechos del niño (1989-1990), la misma introduce cambios de consideración jurídica del niño y adolescente, pasando a ser objeto de protección y /o control con plenos derechos e igual dignidad que el adulto.

Dentro de este documento, el artículo 24 destaca puntualmente en uno de sus ítem: “desarrollar la atención sanitaria preventiva, orientación a padres, y educación y servicios en materia de planificación familiar”

El sistema jurídico Uruguayo contiene diferentes normas relacionadas a la salud y protección del niño/a y de la madre.

En al campo de la legislación sobre familia y menores de edad existe un código del niño (1934) que se vincula a la familia, protección de menores de edad, maternidad.

En dicho contexto (internacional y nacional) el M.S.P. del Uruguay se propuso metas que incluyen:

- Mejorar la salud infantil disminuyendo la mortalidad.
- Inculcar en los y las adolescentes y jóvenes conductas preventivas que preserven su salud.
- Mejorar servicios propios del M.S.P. nucleados en la administración de servicios de salud del estado.

PROPÓSITO: mejorar las condiciones de salud de embarazadas, recién nacidos, niñas y niños.

OBJETIVO GENERAL: Contribuir a disminuir la morbi- mortalidad materno infantil en todo el país, con énfasis en las áreas de extrema pobreza.

OBJETIVOS ESPEÍÍFICOS: (entre otros)

- Contribuir a mejorar la capacidad de las personas para ejercer sus derechos reproductivos y disminuir situaciones de riesgo de mortalidad infantil, embarazos no previstos y abortos.

- Facilitar el acceso a la mujer embarazada a los diferentes servicios sanitarios en función del riesgo de su embarazo, del parto y del recién nacido.
- Crear sistema de referencia y contrarreferencia para coordinar la atención y asistencia entre el centro de nivel terciario con los centros correspondientes a los niveles primarios y secundarios de atención y los efectores que trabajan en coordinación con estos.
- Promover y participar en la elaboración de un plan nacional de atención integral a la niñez adolescencia y salud reproductiva.

METAS: Para el quinquenio 1995-1999(entre otros) Implementar servicios de atención en salud sexual y anticoncepción en los nueve centros de salud de Montevideo, en diez departamentos priorizados del país y en el centro hospitalario del Pereira Rossell.

13 ANEXO 6

Entrevista al Dr. ROBERTO SERGIO Montevideo, 25 junio 2002

1) ¿Cuál es su función en el servicio?

Soy el encargado de la Sala de Puerperas adolescentes y soy encargado de la policlínica de anticoncepción que abarca tanto a las adolescentes, como a las adultas. Aunque mi meta es, cuanto más adolescentes vengan mejor. Es la única policlínica de Salud Pública que funciona en el Hospital.

2) ¿Actualmente el MSP desarrolla algún programa para la prevención del embarazo adolescente?

Justamente esta policlínica esta abierta hace un año, y hace un año que se han conseguido recursos para que esta policlínica funcione; y funcione con métodos, que no nos quedemos sin métodos. Entonces, sí, Salud Pública ha invertido por lo menos en lo que tiene que ver con la prevención. No solo acá, si no a nivel Nacional. Pasa que el Hospital Pereira Rossell, por ser un centro de referencia de todo el País de donde vienen pacientes de todo el país

Todas las pacientes que tienen problemitas vienen acá. Todos los partos prematuros vienen acá. Entonces; después las atendemos acá, o tratamos de ver la posibilidad, de que; nos ocupamos del método antes que se vallan; o si las derivamos a su lugar de origen para que tengan un método adecuado.

3) ¿Cómo equipo multidisciplinario? ¿Cómo se puede prevenir a su criterio la reiteración del embarazo en adolescentes?

Es un tema muy grave, en la adolescencia; lamentablemente, los porcentajes se han ido manteniendo, y se siguen manteniendo. No solo por la reiteración del embarazo; sino por la aparición siempre, de un porcentaje alto de primeras embarazadas. Pero en realidad la prevención no pasa por un equipo multidisciplinario en salud. Yo, acá, ya veo a las pacientes con un hijo, 2,3,4 y después que las tenga ahí, trato de, en poco tiempo, con el equipo que funciona en la Sala, enfermera, psicóloga, asistente social, residentes de psicología y pediatría e internos, a los cuales ya les hemos metido nuestro cassette de prevención. Pero más que prevención, hay que tratar de educarlas. El problema que esto es un problema más grave. No es que el equipo multidisciplinario y Salud Pública. Nosotros estamos dentro de una situación

previa a que a cualquier adolescente de este país no se lo educa correctamente en cuanto a sexualidad, métodos anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual, nada. Entonces, todo eso genera un desconocimiento, que lo lleva a cometer lógicamente errores. No te olvides que nosotros tenemos acá a la mujer adolescente. ¿Y el varón? Sigue estando en desconocimiento de todo esto que estoy hablando. ¿Por qué? Yo por más que tenga una chica de 14 años, como tengo varias en la sala; de 15. ¿Tienes un bebé?, Bárbaro. ¿Capaz que su compañero la abandonó? ¿Capaz que va a conseguir otro dentro de un año, 6 meses o 2 años que va a venir con las mismas carencias que el anterior. Y por más que yo lo diga; vos tenés que cuidarte así o así. Y si no vino; y no llevó el método, o no lo uso adecuadamente... El varón, que tiene el desconocimiento y tiene la ignorancia. Vuelve a cometer el error. Entonces, el tema acá no pasa por tener un equipo multidisciplinario y como funciona. El tema es que salen de Bulevar y están en la ignorancia de lo que es la calle. Por que a nivel del país, a nivel del Estado. No existe específicamente algo que diga; bueno, vamos a educar a nuestros hijos. A nuestros nietos, a nuestros vecinos, a los adolescentes de nuestro País. Es decir, con una educación adecuada, desde primaria, secundaria. Donde se les meta en la cabecita lo que son los riesgos que corren. Entonces, hasta que esto no pase; nosotros vamos a seguir con el mismo problema. Yo, lo máximo que puedo hacer, es lo que estoy haciendo, lamentablemente; no lo hago bien. Por que no logro que el 100% de las que pasan por esa sala de puerperas, retornen acá. Entonces, siempre tengo esa sensación de que no estoy haciendo todo lo que puedo. Pero yo no puedo ir a buscarlas a la casa. No puedo agarrar un ómnibus y salir a Montevideo o por las periferias de Montevideo. Que es de donde más provienen estas adolescentes. A recopilarlas para que vengan. A decirles, vengase, que vamos a prevenir el embarazo. Bueno, lo que viene, viene y lo que no viene, no viene. Y la que no va a venir ahora, va a venir embarazada dentro de 6 meses.

4). ¿Concurren las adolescentes, previo al embarazo a buscar MAC?

No. Pocas. Pocas. No todas las que deberían. Si atiendes 2000 por año y tuvieron un hijo. En este hospital, no te hablo de todo el Uruguay. Aproximadamente más de 8.500 adolescentes por año en todo el Uruguay. Es terrible, ¿no?. Y no te estoy hablando de chiquilinas de 18 y 19 años. Bueno, que ya tienen; están al final de su adolescencia. No, te estoy de las de 13, 14, 15 o 16 con 2 o 3, o 18 con 4 como tuve el otro día en la sala; que se piensan que otra vez no les va a pasar. Y les pasa devuelta, y devuelta. Y, bueno. No te olvides que luchamos contra una población que tiene muchas carencias,

socioculturales, económicas, y vienen de un medio donde no es lo mejor para desarrollarse, crecer o educarse. Entonces yo creo que están en una boragime de ignorancia entonces tampoco tienen la posibilidad de aprender muchas cosas. Y parece que hasta que no se equivocan 2 o 3 hijos; recién ahí toman conciencia de que ahora sí.

5).¿Cuál en la reacción primaria, que Ud. ha observado, al comunicarle a una adolescente, que está nuevamente embarazada?

Lo primero, que no lo creen. Que a mí no me puede pasar devuelta. Este, todo el tema del miedo, de cómo lo digo devuelta. Por que no es lo mismo el primer embarazo que el segundo. El primero ya... pasan por muchas etapas; lo primero que hacen es esconder. En el segundo lamentablemente lo que vemos; es que el segundo muchas no se controlan. Directamente ni se controlan el embarazo. En el re embarazo muchas veces nos encontramos con un altísimo porcentaje que no se controlan, o por que no tienen tiempo por que tienen al otro chico, o por que no tienen ganas o por decirte, te meten un verso. Que hay paro, que no me atendieron por que no tengo cédula o no tengo carné. Lo cual es mentira por que Salud Pública, atiende a cualquier persona sin carné de asistencia igual, mientras esté embarazada. Nunca se le niega asistencia a nadie. Entonces; digo; este; lo que yo veo es que la mayoría no lo pueden creer y muchas no se controlan, entonces cuando vienen, vienen a parir. Mantuvieron eso en la negativa hasta que vienen y lo tienen y no tienen mas remedio que lidiar.

6).¿Las madres adolescentes concurren solas o acompañadas? ¿Por quién?

A la consulta muchas vienen solas. A la consulta la mayoría vienen solas. El resto vienen con sus padres, madre o padre, y te diría que un muy bajo porcentaje vienen con sus compañeros. Hay quienes capaz que están trabajando, yo a eso no lo puedo comprobar. Pero te quiero decir, que vengan con el compañero son muy pocas.

7).A su criterio,¿cuál es el método anticonceptivo más indicado para las madres adolescentes?

Bueno, yo he tenido una gran lucha, por el tema, justamente ese. Lamentablemente yo, cuando empezamos a planificar, cuando yo empecé a trabajar en una sala. Por que esto de la anticoncepción Salud Pública hace un

año, pero yo durante 10 años trabajé en planificación familiar, ahí en AOFID, entonces, antes me las mandaba directamente yo, las derivaba yo mismo ahí, me sobrecargaba de trabajo, pero por lo menos veía a las adolescentes. Entonces cuando yo comencé a planificar con la Dra. Conselo que es la jefa de la policlínica, con el Dr. Prof. Pons que es el grado 5 de ginecología quien en este país sabe más de adolescentes. Todos hemos sido alumnos de él. A ver que hacíamos, y yo después de varias discusiones logré convencer, que el mejor método para una puérpera era el dispositivo intra-uterino a pesar de la edad 12, 13, 14, o 15. Primero, por que no puedo darme el lujo de darle un método el cual la no se educó para usarlo. Era lo que yo le decía a ustedes. El preservativo, no pasa por que yo te eduque a ti, si tu pareja después no lo usa. Yo puedo darte una clase y vos ser una reina del preservativo. Pero después se lo quieres poner a tu marido o a tu novio y no lo usa. ¿Entonces ¿de qué me sirve? Ya falla. El preservativo por más que sería el mejor para prevenir enfermedades de transmisión sexual, listo. Yo no hablo que es el mejor método para prevenir ETS. Estoy diciendo, deseo que no se embaracen devuelta. Entonces, en las pacientes que han tenido un hijo, no puedo darme el lujo de que usen preservativo por que lo usan mal, o no lo usan, sumado a lo económico. Por que capaz que no tienen plata para ir a buscarlo, o vienen y el Hospital está cerrado, hay paro, no hay lo que quieren. Entonces la falla del método aumenta con esa cantidad de trabas.

Las pastillas de la lactancia, es lo mismo que te decía en cuanto a la educación, por más que a una chiquilina que nunca tomó pastillas, que no sabe lo que es, que no tiene noción de lo que es olvidarse de una pastilla. No podemos lograr... Yo puedo lograr, si llévatelas. Pero la idea de que la tome, que tiene que tomarlas todos los días, sin descansar nunca, que no la hacen menstruar que se puede olvidar una y se embaraza. Listo. Yo no puedo darme el lujo, y tiene un mayor riesgo. Y además tienen el mismo riesgo que el preservativo, plata para el ómnibus, que llueve, que tienen que venir a buscarlas, que se le terminó el domingo y no tienen a donde ir a buscarla, que no tienen plata para ir a buscarla a la farmacia, etc... La falla del método aumenta, no por el método en si, sino por las condiciones en que requiere el método conseguirlo. Entonces el DIU, es: se lo pongo y ella no se lo va a sacar. Lo tiene puesto. Si vienen, que es lo que quiero, que vengan por que así lo controlo diciendo que estas bien. Mejor. Y si no vienen, por lo menos lo tienen puesto. Obviamente que, a lo que uno apunta es a que se controlen todas. Que vengan al control con lo cual logramos prevenir ausencia de solo el tema del embarazo, sino un control ginecológico. Entonces, para mí es un doble mecanismo. Primero lo prevengo el embarazo y segundo logro un

vínculo con la paciente para que siga viniendo. Con lo cual la sigo educando sobre como cuidarse, controlarse con un papanicolao, es decir muchas cosas que importan, no solo el hecho de que no se embaracen. Sino que valla asumiendo su rol de mujer, por más que sea una chiquilina. Entonces, te vuelvo a repetir. Luego de muchas discusiones, de que mucha gente opine, con el mito que tienen con el DIU y de cómo una chiquita de 12 años con un DIU. Pero tubo un bebé de 3 Kg entonces como no puede tener un DIU que pesa 50 gr. Puede tener. El útero cambia, después que tuvo un parto una mujer, ya el útero no queda igual que antes, entonces no hay ningún problema en colocárselo, lo que hay que controlarlo. Bueno para eso estoy acá.

8). ¿Considera, que las madres adolescentes conocen el riesgo que conlleva la reiteración del embarazo, tanto para ella como para su hijo?

No tienen ni la más pálida idea. No tienen idea cuando se embarazan por primera vez menos van a tener con la segunda. Sino no dejarían de controlarse, por ejemplo. Ya que muchas no se controlan el segundo embarazo. Aún cuando de repente el primero pasaron mal, rompieron la membrana a las 28 semanas, tuvieron un pretermino, que capaz que se les murió, o que capaz que está bien, pero con un bebito que fue con un peso muy bajo. Y sin embargo no tienen idea, no lo pueden dimensionar, por que para ellas es todo... Vos estas estudiando para ser Licenciada, fuiste al liceo. Cumpliste tus etapas correctamente. A estas chiquilinas, de jugar con muñecos pasan a jugar con niños de verdad. Entonces se saltaron etapas, les faltaron materias que salvar, les faltaron muchas materias. Una de ellas es ser responsables, maduras, asumir el riesgo de la vida, no-solo como madre de un embarazo, sino riesgo al tener relaciones, corre riesgo de embarazarse, riesgo de agarrarse el SIDA. No logran tener idea del riesgo que puede significar tener un hijo dentro de la panza, que es toda una materia que no escapa para salvarla en ese momento. Entonces, que de ninguna manera tienen idea. Igual te vuelvo a repetir, capaz que no todas, por que si se controlan, y uno las educa y les indica y les dice mira, esto no puede pasarnos otra vez. Entonces ahora tenemos que cuidarnos, que hagamos esto, que hagamos aquello, tenés que alimentarte, no tenés que levantar peso. Muchas capaz que vos podes educarlas, bueno de alguna manera podes darle una idea de la gravedad que puede tener el asunto. Pero nosotros tampoco podemos generarles angustia, por que tiene un embarazo que para nosotros es de alto riesgo, pero no podemos transmitirsele a ella por que sino le creamos una angustia durante todo el embarazo. Entonces lo importante es que nosotros la tengamos en contacto permanente para que podamos de alguna manera estar delante de los

problemas y poder prevenirlos y no transmitirle a ella. Simplemente educarla en cuanto a cosas que no debe hacer o que cosas debe hacer como para que evite problemas, pero no generarle toda una carga de angustia en cuanto a lo que es el tema del embarazo realmente.

9) ¿Las madres adolescentes, mantienen una conducta responsable en el seguimiento del MAC indicado?

Yo personalmente estoy decaído. Hace 4 años que estoy en una sala de adolescentes. En donde estoy en continuo permanente con ellas, y he aprendido de ellas por que uno en ginecología aprende de libros y con experiencia. Pero más aprende de lo que nos transmiten, yo aprendo con lo que ustedes me dicen. Si con el disparate de los mitos que hay sobre el DIU lo he aprendido de las mujeres, no está en los libros. Son las mujeres las que me dicen, "desde que tengo el DIU me peleo con mi marido", "me duele la cabeza", "me duele el riñón". Esas cosas no existen, son cosas inventadas. Y así es lo mismo, yo pienso que no pueden ser responsables. Pero no pueden ser responsables por lo que te decía antes, se les cortó un proceso de la vida, se les cortó el tema de la madures, de asumir responsabilidades. Entonces, por más que de golpe se encuentra con un bebé y asume que tiene que darle teta y cambiarlo, bañarlo y que esto y lo otro. Que es algo que asta capaz ellas ya hicieron con sus hermanitos chicos. No te olvides que esto es como una historia familiar. Esto es como se perpetúa, es decir, la madre fue madre adolescente. Entonces la madre trabaja, ella le cría los hijos a la madre y sus hermanos, entonces un día a ella le va a tocar. Entonces es como que paran de una función a otra. A veces, no siempre no. Pero de alguna manera es como que la única responsabilidad. Pero no la responsabilidad en cuanto a las pastillas cuando nunca tomaron y se olvidan. Es como, que no es lo mismo que vos seas asmático, que seas chiquito asmático y te tengas que dar la medicación y vos sabes que la tenés que tomar. O los diabéticos. Yo tengo una chiquita de 14 años en sala que hace 4 años que es diabética insulino dependiente y la gurisa se da insulina, se hace el hemoglucotest ella, se hace todo. La educaron como se educa una paciente con esa enfermedad. El epiléptico, el diabético, el asmático, sabe que tiene que tomar la medicación por que sino se complica. Pero la pastilla, ellas siempre piensan que a ellas no les va a tocar. A mi no me va a pasar, yo no voy a quedar embarazada. Le pasó a la Carmen, le pasó a la Carla pero a mi no. Entonces por eso no confío en la responsabilidad de ellas para darles el método como es el preservativo o la pastilla. Después de haber tenido un hijo. No confío por que me lo demuestran los resultados, cada una que viene y que tomó la pastilla, ha... y

me dijo, pero yo tomo pastillas. A ¿Pero cómo fue de menta o de frutilla?. Y viene embarazada devuelta. Todas vienen embarazadas devuelta. Entonces yo les muestro las nuevas, miren, hagan como esta que tomó pastillas ¿y mirá como quedó? Con otro bebé. Te dicen “no, no voy a tomar pastilla, ahora si me voy a poner el DIU”. A si tenés que tener dos para asumir que te tenés que cuidar bien, con responsabilidad adecuada en cuanto a la anticoncepción. No la tienen, aún cuando te dicen recién paridas □ yo ahora si que nunca más□. Ahora si todas dicen lo mismo, tengan 12, 13, 15 o 18. Eso dalo por hecho, no vienen a ponerse el DIU y dalo por hecho que se embarazan en los próximos 24 meses tiene un bebé. Dalo por hecho.

Montevideo, 23 de Junio de 2003.-

Sr. Dr. R. SERGIO

PRESENTE.-

Somos un grupo de 4 estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E.), que nos encontramos en la instancia final de nuestra carrera: Investigación.

Para la misma se elaboró un proyecto descriptivo sobre la temática □Contracepción en la puerpera adolescente□, ya que se consideró la conducta futura de las mujeres en esa situación.

Por lo expuesto, el grupo solicita a usted su autorización para la implementación del Proyecto que se llevaría a cabo en el servicio a su cargo, en la Sala 4 del Hospital de la Mujer (C.H.P.R.), con la población de adolescentes cursando puerperio a las que se les realizará una entrevista personalizada durante un periodo de 30 días, en horario de la tarde (a confirmar), dependiendo éste de la fecha de aprobación del Proyecto. Culminado el proyecto se entregará a usted un informe final de los resultados obtenidos.:atentamente: Ana, Verónica, Leticia y Laura.

