

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR.

EMBARAZO ADOLESCENTE

Cómo afecta el embarazo a las adolescentes
en el proyecto de vida.

Jul-Ago 2017. CABA

Docente titular y tutora:

- Prof. Karina, Balbuena

Estudiantes:

- Alejandra, Alarcón Brets.
- Vanessa, Monsalve.

Diciembre 2017

INDICE

Agradecimientos.....	4
Agradecimientos.....	5
Resumen.....	6
Introducción	7
1º APARTADO: RECOLECCIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	9
Planteamiento del Problema.....	10
Antecedentes	10
PROPOSITO.....	15
HIPÓTESIS.....	16
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
2º APARTADO: MARCO CONCEPTUAL	18
1. ADOLESCENCIA	19
Definición de adolescencia.....	19
1.1 La adolescencia temprana.....	20
1.2 Adolescencia media.....	21
1.3 La adolescencia tardía.....	21
PUBERTAD	22
2. EMBARAZO	25
Definición de embarazo	25
2.1 Embarazo en adolescentes.....	25
LA SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA.....	27
FACTORES QUE DETERMINAN EL INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	29
FACTORES DE RIESGO DE ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ.....	30
Desarrollo puberal	30
Desarrollo cognitivo y psicosocial	31
Influencia de la familia.....	31
Factores individuales	32
Presión de pares	32
FACTORES PREDISPONENTES	33

FACTORES DETERMINANTES	35
3. CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA.....	37
3º APARTADO: ESTRATEGIA METODOLÓGICA	40
Construcción del marco metodológico	41
Métodos y técnicas	42
Operacionalización de las Variables	43
4º APARTADO: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	47
Análisis de los Resultados	48
Datos demográficos	48
Factores predisponentes.....	50
Factores determinantes	52
Proyecto de vida	53
Cambios psico-socio- familiares.....	55
Cruce de variables.....	58
5º APARTADO: CONCLUSIONES FINALES	60
Conclusiones.....	61
Limitaciones.....	63
6º APARTADO: ANEXOS	64
Marco Legislativo en Argentina.....	65
Ley 26.150	65
PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL ²⁵	65
Ley 25.673/2003	69
Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ²⁶	69
LEY 25.808	72
MODIFICACION DEL ARTÍCULO 1º DE LA LEY 25.584 PROHIBICION EN ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION PUBLICA DE IMPEDIR LA PROSECUCION NORMAL DE LOS ESTUDIOS A ALUMNAS EMBARAZADAS O MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA ²⁷	72
Ley 25.273	73
RÉGIMEN DE INASISTENCIAS PARA ALUMNAS EMBARAZADAS ²⁸	73
Encuesta	74
Plan Operativo.....	76
BIBLIOGRAFÍA	77

Agradecimientos

- A ti mi *ángel*, que fuiste, y serás siempre la gran inspiración para la consecución de mis logros y anhelos.
- A mi esposo Marcelo que fue quien tras estos cuatro arduos años me acompañó día tras día.
- A mi familia, amigos, compañeros y profesores que hicieron de los días más ligeros, brindando su apoyo, compañía y consejos.
- En especial a ti compañera y amiga, Vanessa Monsalve. ¡Gracias!

- ¡Gracias a todos por ayudarme a alcanzar esta meta!

Alejandra, Alarcón

Agradecimientos

- A mi familia, gracias por apoyarme siempre en este largo, pero tan hermoso camino, por confiar siempre en mí y por impulsarme siempre a luchar por mis sueños.
- A Adrián, compañero de vida y mejor amigo, gracias mi amor porque nunca nadie creyó tanto en mí como tú lo has hecho.
- A este hermoso país que con tanto cariño me acogió durante estos años y ha llenado mi vida de gratos momentos.
- A mis compañeros y profesores que me acompañaron siempre y me apoyaron en todo lo que necesité.
- Y por último y no menos importante, a ti, gran amiga y compañera, por aguantarme estos años y por ser quien cuando más lo necesito me brinda siempre esa mano amiga.

¡Muchas gracias a todos por formar parte de esta etapa que culmina y que con tanto sacrificio se está cumpliendo!

Vanessa Monsalve

Resumen

El embarazo adolescente en la actualidad sigue siendo un factor biopsicosocial relevante en Argentina a pesar de las estrategias para el abordaje y prevención del embarazo. Esto fue el motivo de interés para la elección del mismo y la consonancia del embarazo de la adolescente en su proyecto de vida. Para dar respuesta a esto se tuvo como objetivo indagar y analizar los factores predisponentes y determinantes en el embarazo adolescente y su incidencia en el proyecto de vida de madres adolescentes que cursaban una internación conjunta en un hospital escuela de la Ciudad de Buenos Aires, en el periodo julio- agosto del año lectivo 2017.

El diseño fue descriptivo de carácter cuantitativo. Metodológicamente la investigación se basó en la recolección de datos primarios mediante la elaboración de una encuesta que se aplicó a una población de (22) Madres Adolescentes. La técnica e instrumento para la recolección de datos fue la encuesta, a través de un cuestionario, estructurado en 24 preguntas de alternativas múltiples. Del análisis de los datos se desprendieron categorías conceptuales que permitieron comprender las percepciones de las adolescentes y su impacto en el proyecto de vida antes y después del embarazo, en consonancia con los factores predisponentes y determinantes.

Palabras claves: **Embarazo adolescente, factores predisponentes y determinantes, proyecto de vida.**

Introducción

A lo largo del tiempo, el embarazo en la población adolescente ha sido estudiado como un problema social que afecta a todos los estratos sociales. Siendo los más vulnerables la población con menos recursos¹. Es un tema de gran repercusión por el incremento de las incidencias de embarazos en las jóvenes adolescentes, considerándose así una problemática a nivel mundial.

Este acontecimiento se ve afectado, tanto por los factores sociales, culturales, y emocionales, como también los factores predisponentes y determinantes que conducen a una adolescente a tomar esta decisión.

Fue este el motivo del interés para la elección del tema y la elaboración del trabajo final.

En esta investigación, luego de una extensa recopilación y búsqueda bibliográfica, teniendo en cuenta las investigaciones multidisciplinarias y artículos científicos. El interés primordial radica en analizar los factores predisponentes y determinantes del embarazo en las adolescentes y como impacta este acontecimiento en el proyecto de vida de las adolescentes. Se contempló los casos representativos en nuestro país, con el fin de formular la pregunta de investigación:

¿Cómo afecta el embarazo a la adolescente en su proyecto de vida?

Para dar respuesta a nuestra pregunta de investigación, se elaboró el marco teórico, haciendo énfasis en conceptos y definiciones sobre adolescencia, embarazo adolescente, factores predisponentes y determinante y proyecto de vida. Luego el marco metodológico consistió en el estudio de corte transversa de carácter descriptivo- cuantitativo mediante la construcción de una encuesta, instrumento que contaba con 24 preguntas estructuradas de manera estandarizada de opciones múltiples, el que se aplicó a adolescentes de entre 15 y 19 años que fueron madres en los últimos 12 meses, entre los meses de julio y

agosto del corriente año. Las mismas, cursaban una internación conjunta con sus hijos menores de 6 meses de edad en un Hospital Universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las mismas fueron consideradas nuestra unidad de análisis.

Por último, la interpretación de los resultados, y las conclusiones finales. Para la interpretación de los datos se dividieron tres dimensiones factores predisponentes, factores determinantes y proyecto de vida.

A expensas de lograr una mejor comprensión e identificación de los contenidos se dividió el siguiente trabajo en 6 apartados:

- Recolección Bibliográfica
- Marco conceptual
- Estrategia metodológica
- Interpretación de los Resultados
- Conclusiones finales.
- Anexos.

1º APARTADO: RECOLECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Resumen:

En el siguiente apartado se dará cuenta de la búsqueda bibliográfica sobre el embarazo adolescente, y la repercusión de este acontecimiento en el proyecto de vida de las adolescentes.

Para eso se tuvieron en cuenta múltiples investigaciones de carácter multidisciplinarios en torno a este tema.

Planteamiento del Problema

Antecedentes

Para la elaboración de los antecedentes se tuvieron en cuenta las búsquedas bibliográficas realizadas en torno a abordaje del embarazo adolescente, considerando los factores sociales, económicos, la construcción del proyecto de vida de las adolescentes y los factores desencadenantes, fundamentalmente los factores predisponentes y determinantes.

El interés que manifiestan los adolescentes por el otro sexo los conduce a tomar decisiones que, por falta de experiencia e información, no siempre son responsables; reconociendo, que en este período de tránsito de la niñez a la adultez se forman nuevos patrones de conductas que pudieran durar toda la vida¹.

Estas decisiones constituyen la base de los problemas asociados a los embarazos no deseados o no planificados, a la maternidad temprana y a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluida la infección por el VIH que conduce al SIDA; desencadenándose de estos, un incremento en la morbilidad y mortalidad materno-infantil y la infertilidad, y graves consecuencias en el aspecto económico, psicológico y social².

Este suceso de gran repercusión en la vida de las adolescentes no siempre se encuentra dentro de los proyectos de las adolescentes, lo que impacta radicalmente en el futuro como construcción de su proyecto de vida, el que puede ser asumido de manera positivo o negativo por la adolescente y su entorno afectivo.

Frente a esta situación, la Argentina cuenta con un marco legislativo y programático favorable, con el fin de integrar a los adolescentes a la atención de

salud, prevenir los embarazos no deseados y garantizar la continuidad de sus estudios. Pese a estos esfuerzos sigue siendo significativa la incidencia de embarazo en adolescente.

El embarazo adolescente es considerado como una problemática social, cultural, económica, pudiéndola calificar como un problema biopsicosocial, que sigue siendo, hasta la actualidad, estudiada regional, nacional e internacionalmente.

Según las investigaciones revisadas para la elaboración del presente escrito, se encuentran tanto investigaciones internacionales, como las de universidades en Colombia, que suscitan el tema del embarazo adolescente como un problema integral, que involucra factores sociales, culturales y económicos.

Según la OMS unos 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.¹⁶

Según un estudio realizado por UNICEF³, América Latina y el Caribe presentan una mayor fecundidad adolescente en el mundo. En la región, una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir 20 años. Entre los países de la región con mayores porcentajes de madres jóvenes se encuentran: Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%) y Bolivia y Colombia (20%). Entre los factores asociados a la maternidad precoz se encuentran principalmente las características del hogar, que incluyen el ingreso de sus progenitores, su nivel de educación y la condición de pobreza del hogar. Es una problemática social, que afecta a las mujeres adolescentes de menores recursos, impactando directamente en sus proyectos de vida¹. Estas situaciones y su fuerte vínculo entre maternidad temprana y pobreza, hace recurrente el planteamiento de manera integral sobre los factores sociales, culturales y emocionales de las adolescentes frente a la maternidad temprana. A esto último, no siempre los embarazos no planificados son equivalentes a

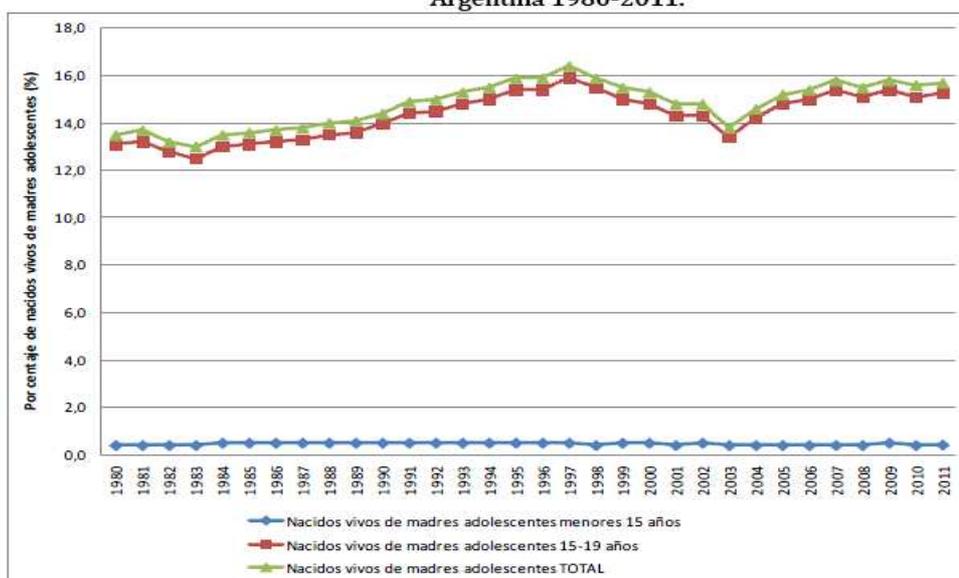
embarazos no deseados, en donde el adolescente puede experimentar el embarazo más como un escape que como un problema, e incluso con la felicidad⁴.

En relación a Argentina, el embarazo en adolescentes es un problema social de salud pública que se construye en base de factores biológicos culturales y sociales.

Según datos suministrados por el ministerio de salud pública: tres de cada veinte argentinos son hijos de madres adolescentes⁵.

En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años (Gráfico 1). Sin embargo, el análisis global del país no da cuenta de la desigualdad entre las provincias ya que el porcentaje de embarazo en adolescentes, para 2011, superó al promedio nacional en 6 de 24 provincias con valores superiores al 20%. Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%.

Gráfico 1 – Evolución del porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes según año. Argentina 1980-2011.



Fuente: UNICEF 2013. Situación del Embarazo adolescente en Argentina.

La tasa de fecundidad adolescente es un indicador que muestra la probabilidad de embarazo en esta población y puede analizarse según dos franjas etarias: adolescencia precoz (10 a 14 años) o adolescencia tardía (15 a 19 años). El análisis de este indicador en nuestro país muestra un incremento acumulado del 11% en los últimos 20 años, 5% en la adolescencia precoz y 1% en la tardía³.

En la última estadística vital realizada por el ministerio de Salud de la Nación en el 2014, refleja que hubo 116.952 nacimientos de madres adolescentes de entre 15 - 19 años, lo que representan el 0.27 de la población total. Siendo las ciudades de Buenos Aires, misiones, salta y chaco los que presentan mayor incidencia de embarazos adolescente⁵.

Frente a lo expuesto, la Argentina dispone de un marco legislativo y de programáticas favorables que garantizan el derecho de los y las adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad (Ley 26.061) (Ley 25.673). La implementación de un programa de Educación Sexual Integral en las escuelas (Ley 26.150) y el derecho a la educación en las adolescentes durante el embarazo y lactancia (Leyes 25.808 y 25.273) también estarían garantizados⁶. (Ver anexos, marco legislativo en Argentina)

Nuestra base principal para este trabajo fue: Mónica Gogna. Coordinadora. "Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencia y propuestas para políticas públicas". Buenos Aires, Argentina, agosto 2005. Este nos aporta y nos explica detalladamente cuales son las reacciones de los padres y los adolescentes frente a los embarazos a temprana edad. Como actúan y como los ve la familia y su círculo social. Como son las actitudes que los adolescentes tienden a tomar frente a este tema y cuáles son las acciones tanto de los padres como de los hijos en los embarazos adolescentes. Además, plantea opiniones propias de personas que pasaron por estas circunstancias y expresan sus vivencias con el embarazo, tanto adolescentes como padres de los adolescentes.

Finalmente nos muestra como desde el lado emocional las adolescentes pueden verse afectadas en el tema del embarazo a temprana edad y a que consecuencias las lleva.

La actitud de las adolescentes al conocer su embarazo está marcada por la vergüenza y el temor a una reacción negativa por parte de sus padres⁷.

Las parejas que se unen a raíz del embarazo en general conviven con una de las familias de origen (habitualmente la de la joven) que se constituyen en una red de apoyo fundamental para que las /los jóvenes adhieren un modelo de género tradicional y asimétrico que limita a la mujer al ámbito doméstico y a la crianza de los hijos y obliga al varón a ser proveedor material⁷. En concordancia con este modelo, el reconocimiento social del rol de padre se centra en la provisión económica son contemplar otro tipo de vínculo o forma de relación entre los jóvenes padres y sus hijos. “hacerse cargo” de la paternidad equivale a cumplir como proveedor. Este mandato genera tensiones en los varones no solo debido a que no se sienten suficientemente maduros o capacitados sino porque en el contexto de pobreza y desempleo en que viven les resulta muchas veces imposible poder satisfacer esas expectativas. En otras palabras, para ser reconocidos como padres deben lograr algo sumamente difícil para un joven de sectores pobres y con bajo nivel educativo: conseguir un trabajo y tener un ingreso estable y suficiente para satisfacer las necesidades de su nueva familia. Por lo tanto, no debería resultar sorprendente que muchos varones opten por “huir” de esta situación y se desentiendan de su paternidad. En este sentido, es necesario fomentar la transformación de los roles de género hacia modelos menos rígidos que permitan a las mujeres proyectar horizontes que trasciendan la maternidad, y que reconozcan en los varones la capacidad de ser padres más allá de sus posibilidades como proveedor.

Previo al embarazo las/los jóvenes no suelen tener proyectos definidos en términos de planes de estudio, trabajo o realización personal y sus expectativas se centran en el presente. En ese contexto, la maternidad/paternidad aparece como un factor organizador de las vidas de los/las jóvenes que conlleva un proceso de

maduración precoz y despierta la preocupación por el futuro, hasta entonces ausentes. Si bien el embarazo suele ser accidental y provoca miedo, vergüenza y desconcierto social por el nuevo rol y acercarse al mundo adulto.

Más allá de las estrategias y políticas de inclusión de las adolescentes embarazadas, muchas de ellas deciden abandonar los estudios una vez confirmado el embarazo.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, nos propusimos realizar un acercamiento al problema, considerando los factores predisponentes y determinantes que influyen y cómo ese acontecimiento repercute en el proyecto de vida de las adolescentes. Lo que dio origen a la pregunta de investigación:

¿CÓMO AFECTA EL EMBARAZO A LA ADOLESCENTE EN SU PROYECTO DE VIDA QUE CURSAN UNA INTERNACION CONJUNTA EN UN HOSPITAL ESCUELA ENTRE JUL- AGOS DEL 2017. CABA?

PROPOSITO

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así elaborar estrategias para la prevención del embarazo en las adolescentes.

HIPÓTESIS

Frente a la problemática que implica a nivel multisectorial el embarazo adolescente, e impulsados por la recopilación de información mediante las investigaciones previas consultadas, pudimos llegar a la siguiente presunción de la pregunta de nuestra investigación:

El embarazo adolescente impacta directamente en el proyecto de vida de las adolescentes, este puede ser vivido por la adolescente de manera positiva, como parte de su proyecto de vida o de manera negativa, viéndolo como un impedimento para la realización de sus metas a futuro.

OBJETIVO GENERAL

Ante la realización de esta investigación se tiene como objetivo general:

- Indagar y analizar cómo afecta el embarazo en el proyecto de vida en las adolescentes de entre los 15 y 19 años que cursan una internación conjunta junto a su hijo entre los meses de julio y agosto del corriente año en un Hospital Universitario de la Ciudad autónoma de Buenos Aires.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar en las jóvenes sobre las causas predisponentes y determinantes que llevaron a su embarazo.
- Indagar como afecta el entorno social, y académico de la adolescente embarazada.
- Indagar sobre los cambios a nivel familiar, con su pareja y en el estilo de vida tras el embarazo en la adolescente.

- Indagar a las adolescentes sobre las expectativas que tienen sobre su futuro, anteriores y posteriores al embarazo.

2º APARTADO: MARCO CONCEPTUAL

Resumen:

En esta sección daremos lugar a la recopilación de conceptos y definiciones que nos ayudaran a dar respuesta a nuestra pregunta de investigación.

El mismo contara con definiciones de adolescencia, embarazo adolescente, factores predisponentes y determinantes, y proyecto de vida, entre otros.

1. ADOLESCENCIA

Definición de adolescencia

Definir la adolescencia con precisión es resulta problemático por varias razones. Primero, se sabe que, de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida¹⁴.

La palabra adolescencia deriva del verbo "adolescer", que significa "crecer, desarrollarse, ir en aumento", lo cual explica la derivación de la palabra. La adolescencia es también una etapa de crecimiento y de desarrollo, quizá la más crucial en la vida de un individuo. (infobae. Causas que explican el embarazo adolescente en argentina)

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, este comprende entre los 10 y los 19 años de edad.⁸

También puede definirse como aquel proceso en el que se asienta una identidad relativamente estable, en un campo de múltiples negociaciones entre las disposiciones subjetivas personales y los marcos sociales⁹.

La adolescencia es, en otras palabras, la transformación del niño/ infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno en donde los amigos y la familia son un eslabón clave durante esta etapa.

La OMS divide a la adolescencia en tres estadios para su mejor interpretación y estudio.

1.1 La adolescencia temprana

Se puede considerar como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 13 años de edad.

Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias¹⁴. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan¹⁴. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la

violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar.

1.2 Adolescencia media

Es la adolescencia propiamente dicha; comprende entre los 14 años y 16 años, en la cual el/la joven ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Desde lo psicológico es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios, como ser los mismos gustos por la música, vestimenta, etc. y en el cual conflictos con los padres se hacen recurrentes.

Esta etapa se podría considerar, la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; los adolescentes se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Los jóvenes se encuentran muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

1.3 La adolescencia tardía

La adolescencia tardía abarca, en líneas generales entre los 17 y los 19 años de edad. Para entonces, los cambios físicos más importantes ya se hayan manifestado. Las opiniones de los miembros de su grupo de afectos, es decir de su grupo de amigos, el que por el sentido de pertenecía son significativos. En el comienzo de esta etapa, las opiniones de sus pares aún tienden a ser importantes, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto” declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes.

Es en esta etapa que adquieres el hábito de fumar, experimentan con drogas y alcohol. Se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma¹⁴.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia¹⁴; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

La adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

Una vez que se ha completado el desarrollo físico y la persona se ha integrado a su medio social. Sin embargo, la finalización de la adolescencia varía mucho a nivel inter individual e intercultural, ya que dependen del logro de las tareas esperadas para esta etapa como son la autonomía e independencia económica y social.

PUBERTAD

Resulta conveniente destacar que la adolescencia no es lo mismo que la pubertad, que se inicia a una edad específica a raíz de las modificaciones hormonales.

La adolescencia varía su duración en cada persona. También existen diferencias en la edad en que cada cultura considera que un individuo ya es adulto.

La pubertad empieza en momentos distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición.

Cuando se habla de la etapa de la adolescencia, hace referencia a una serie de cambios tanto psicológicos como físicos. En este último aspecto hay que subrayar que los más obvios son el crecimiento en altura, el aumento de peso y de grasa corporal, la evolución de lo que es la dentición o el crecimiento de los músculos.

No obstante, es cierto que, aunque estos cambios se producen tanto en los chicos como en las chicas, cada género tiene además sus propias evoluciones físicas. Así, por ejemplo, los individuos masculinos ven cómo les va apareciendo el vello en áreas como los genitales, el bigote o las axilas y además son testigos del crecimiento de sus órganos sexuales.

Las adolescentes del género femenino, por su parte, además de experimentar el crecimiento del vello en su cuerpo, sufren lo que se conoce con el nombre de menarca que es la primera menstruación. Un hecho este último especialmente significativo que marcará de manera indudable una nueva etapa en sus vidas.

Entre los principales cambios que experimenta una persona en su adolescencia, aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la identidad sexual y La solidificación de amistades con la probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, el cigarrillo e incluso las drogas.

De acuerdo a la psicología, los adolescentes luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad¹⁴. Se trata de un proceso de autoafirmación, que suele aparecer rodeado de conflictos y resistencias, en los cuales el sujeto busca alcanzar la independencia. En este sentido, la psicología lleva a cabo una clasificación de los principales problemas que tienen lugar durante la adolescencia. Así, esta determina que existen problemas de tipo sexual, emocionales, escolares, conductuales, de alimentación, de drogas o incluso de abuso.

Todos estos se deben en gran medida al conjunto de cambios físicos y al desarrollo mental que experimentan los jóvenes, a las que deben ir adaptándose pero que de primeras les cuesta ir asimilando por lo que se encuentran en una complicada tesitura consigo mismos.

2. EMBARAZO

Definición de embarazo

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) embarazo se define como “los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer”. El embarazo inicia cuando termina la implantación¹⁵. La implantación es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. Este proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 12-16 después de la fertilización.

2.1 Embarazo en adolescentes

Se lo define como: *"el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"*.¹⁷

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.¹⁷

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Estos datos, siguen siendo significativos y también alarmantes, a expensas de los programas nacionales y campañas para el control de natalidad.¹⁷

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.¹⁷

Algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados.¹⁷

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad

prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.¹⁷

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.¹⁷

LA SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de transición, crecimiento, exploración y oportunidades en la que se evidencian múltiples condiciones en el desarrollo tanto biológico como psicosocial que les generan problemas en el compromiso emocional y social, en una etapa donde los y las adolescentes deben construir su propia identidad sexual¹⁵. Esto es posible, mediante la aceptación de los cambios que sufren a nivel corporal los que les permite adoptar una independencia que a futuro les proporcionará definir sus propios estilos de vida que los conlleven a redefinir su propia identidad.

Las relaciones entre los adultos y los adolescentes en esta etapa, no es la mejor. Es aquí, donde, muchas veces los adultos no saben o no encuentran la forma de llegar a ellos porque precisamente, no cuentan con la capacidad de entender sus ideales y sus nuevas concepciones de lo que para ellos significa ser adolescente. Es por ese motivo, que sus amigos, se convierten en un referente principal para los mismos adolescentes, pues son ellos quienes están pasando y viviendo la

misma experiencia, cosa que les genera un gran conflicto con los valores e ideas que sustentan los adultos.

Es así, donde la mayor dificultad que vivencia un adolescente con sus padres es la falta de diálogo y de comunicación frente a temas como la sexualidad. Para los padres de los y las adolescentes no es fácil comprender y entender, que en la etapa de la adolescencia pueda haber una vida sexual activa que iría en contra de las creencias que tienen ellos frente a la sexualidad, siendo este un tema de grandes inquietudes y dudas, donde en la gran mayoría no pueden ser resueltas por el tabú que genera en los mayores, que no les permite satisfacer las necesidades que se evidencian en los adolescentes. Al no poder satisfacer esas necesidades, es lo que conlleva a que ellos enfrenten por sí solos a diversos factores de riesgo que pueden en un momento determinado perjudicar su propia salud física y emocional.

De esta manera, es donde se hace importante destacar, que la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, debe ser un tema prioritario de atención, porque es un componente fundamental de la salud de las mujeres y de los varones durante toda su existencia. Toda evolución biológica, maduración psicológica y desarrollo social de las personas está asociada íntimamente al grado de bienestar sexual y al grado de satisfacción sobre la capacidad reproductiva de uno(a) mismo(a). Aun así, el momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, para el aprendizaje del cuerpo y, con mucha frecuencia, para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas, es el tiempo de la adolescencia. La adolescencia es una etapa que está marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales, acompañados por notorios sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir.

Todo programa que se establezca para ayudar a la salud sexual de los adolescentes debería contar con unas estrategias claves que permitan llegar a lo que busca y desea conocer el adolescente. Estos deben incluir diversos factores reales por los que se ven enfrentados los y las adolescentes en su vida diaria para

que logren influir eficazmente en las decisiones que estos vayan a tomar a la hora de enfrentarse a condiciones que tengan que ver con su salud sexual y reproductiva.¹⁵

FACTORES QUE DETERMINAN EL INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

A lo largo de los años el embarazo en adolescente ha sido estudiado en profundidad, pero a la hora de establecer los límites para el inicio de las relaciones sexuales por parte de la población adolescente las investigaciones arrojan que cada vez, este tiene a ser a más corta edad, en los que se registra un promedio entre los 13 y los 16 años.¹⁸ En el caso de Argentina, la edad promedio para el inicio de las relaciones sexuales es a los 15 años.¹⁹

Resulta oportuno considerar, que si bien, no existe una edad “adecuada” para la primera vez, ya que el despertar sexual dependerá de la madurez y del entorno de cada joven. Lo que si hay que destacar que más allá de los programas para la prevención del embarazo en adolescente sigan las cifras siendo significativas.²⁰

Las investigaciones consultadas nos dan cuenta de las percepciones de los adolescentes frente al inicio de las relaciones sexuales, en los que se pueden identificar las siguientes causas:⁵

- Presión de pares
- Curiosidad
- Sentirse bien
- Sentirse atractiva
- Sentirse querida, tener una relación cercana

- Estar enamorada de su pareja
- Querer tener un hijo
- Falta de control de la situación
- Sentirse mayor, con mayor independencia y autonomía

Sea cual sea el motivo del inicio de la actividad sexual en las adolescentes, se puede concluir que mientras más temprano la adolescente comienza su vida sexual, es más probable que tenga consecuencias negativas: mayor número de parejas, mayor probabilidad de Enfermedades de Transmisión sexual y sus consecuencias, consecuencias ligadas al embarazo y parto: complicaciones obstétricas y perinatales, consecuencias ligadas a la crianza del niño: deserción escolar, menores posibilidades laborales, matrimonios menos estables, menores ingresos, riesgo de futuros embarazos no deseados, mayor frecuencia de problemas emocionales⁵.

El análisis de los factores asociados al inicio precoz de la actividad sexual y de sus consecuencias demuestran que la conducta sexual temprana aumenta el riesgo de múltiples consecuencias nocivas para la salud integral de la adolescente.

FACTORES DE RIESGO DE ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ

Los factores son multifactoriales, hay múltiples estudios que demuestran la importancia de factores biológicos⁵, factores del desarrollo puberal, factores familiares, influencia de pares, influencia de los medios de comunicación, importancia de la familia.

Desarrollo puberal

En las mujeres, hay una asociación entre maduración precoz y edad precoz de menarquia y comienzo temprano de actividad sexual.

En los hombres se postula un umbral de nivel hormonal, en el que la testosterona parece tener un efecto directo sobre el incremento de la lívido y el interés sexual.

Esta relación entre crecimiento estructural, lo biológico, en el que se ve envuelto el adolescente junto con la transformación de lo psicológico en el que se involucran la interacción con el medio es muy compleja y aún no se sabe con certeza.

Desarrollo cognitivo y psicosocial

Los múltiples cambios que vive el adolescente lo ponen en una situación de alto riesgo de conducta sexual precoz, cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

El pensamiento hipotético deductivo aún no desarrollado durante las primeras etapas de la adolescencia, sumado a los sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia y egocentrismo, en un adolescente que busca experiencias nuevas y busca separarse de su familia. No ha desarrollado capacidad de intimar y no ha completado el proceso de desarrollo de su identidad. En este momento aun no puede prever consecuencias de sus actos ni puede anticiparse al resultado de sus conductas. Estas características del desarrollo cognitivo y psicosocial, propias de la etapa, explican por si solas, un excesivo riesgo de actividad sexual precoz, y también otras conductas de riesgo que con frecuencia se asocian en algunos adolescentes. Son estas decisiones que lo ponen en riesgo a los adolescentes a la hora de aventurarse en la experiencia de las relaciones sexuales, pero también los hace susceptibles de adquirir malas elecciones como las drogas y el alcohol.

Influencia de la familia

El entorno familiar juega un papel importante para el joven adolescente, en donde se pueden ver influenciados por las vivencias de los propios padres. Es así por ejemplo, la relación entre disfunción familiar y escasa comunicación familiar y embarazo precoz en adolescentes ha sido ampliamente demostrada⁵ es durante esta etapa donde la calidad de las interacciones del adolescente con la familia es

uno de los factores protectores más importantes para el inicio de la actividad sexual precoz como para otras conductas de riesgo.

La frecuencia de inicio precoz de actividad sexual se correlaciona con el antecedente de embarazo adolescente de la madre, divorcios y nuevos matrimonios de la madre.

Factores individuales

Las investigaciones consultadas, nos dan cuenta que las bajas expectativas académicas, la baja autoestima, la ausencia de religiosidad, el nivel socioeconómico bajo son factores que se relacionan con mayor frecuencia de inicio de actividad sexual precoz.

Presión de pares

De acuerdo a las características del desarrollo del adolescente es esperable que en esta etapa el grupo de pares cobre máxima importancia como modelo de conducta. Existe una estrecha relación entre actividad sexual y la percepción de que los pares son sexualmente activos. Son en muchas ocasiones el mismo grupo de amigos/as las que presionan al adolescente para iniciarse en la actividad sexual esto puede ser simplemente por imitación y curiosidad en la exploración de la intimidad sexual.

Medios de comunicación

Los medios de comunicación son una fuente importante de información de conductas sexuales para los adolescentes. Es cierto, que hoy en día los medios de comunicación se han masificado y que en muchas ocasiones las prácticas sexuales por parte de series y programas televisivos no respetan hora del día, transmitiéndolos a cualquier hora y se hace más evidente aun con el uso de internet. En muchas ocasiones, estos utilizan la sexualidad para vender productos, como por ejemplo fragancias de perfumes.

Utilizando su función socializadora, los medios de difusión ofrecen permanentemente a los adolescentes mensajes y modelos que los impulsan a asumir conductas de riesgo⁵.

FACTORES PREDISPONENTES

A continuación, se detallarán los factores predisponentes, recopiladas mediante la bibliografía consultada.

Los factores predisponentes son factores que actúan en compañía de otros y coexisten con el adolescente hasta que inciden o ayudan para que ocurra un embarazo, son de tres tipos que lo podemos dividir en tres grupos¹².

- **Personales:** los adolescentes que se van a ver influenciados por;
 - Abandono escolar
 - Autoestima baja
 - Falta de confianza en sí mismo
 - Sentimientos de abandono y desesperanza
 - Problemas emocionales, de personalidad o ambos
 - Carencia de afecto
 - Incapacidad para planear un proyecto de vida
 - Inicio temprano de relaciones sexuales
 - Adicción o consumo de sustancias tóxicas
 - Necesidad de afirmar su identidad de género
 - Menarquia temprana

- **Familiares:** en este grupo podemos encontrar;
 - Familia disfuncional
 - Hacinamiento y promiscuidad
 - Madre y/o hermana con antecedente de embarazo adolescente
 - Normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

- **Sociales:** Aquí encontramos;
 - Abandono escolar
 - Mal o inadecuado uso del tiempo libre
 - Cambios sociales que dificulten la incorporación laboral
 - Ingreso temprano a la fuerza laboral
 - Cambios sociales en el concepto de estatus de las mujeres
 - Condiciones socioeconómicas desfavorables
 - Mayor tolerancia del medio social al madresolterismo

Existen otros factores que pueden determinar a una adolescente al embarazo, dentro de los que podemos mencionar:

- **Migraciones Recientes:** estas se dan en torno a con pérdida del vínculo familiar. Esto ocurre por ejemplo con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo o motivadas por motivos propios de las jóvenes para dar continuidad a los estudios superiores.
- **Pensamiento Mágico:** El pensamiento mágico se fundamenta en creencias cuya estructuración no sigue un patrón racional. Suele estar basado en percepciones subjetivas del individuo/colectivo, pudiendo haber sido influenciado por otras personas que conocen o aceptan de algún modo dichas teorías o creencias.

Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desea.

Los/las jóvenes están más preocupadas/os por su imagen corporal, para la que mantienen regímenes dietarios estrictos y entrenamiento excesivo en el gimnasio, con el fin de tener cuerpos delgados y esbeltos. Sin embargo, no existe la misma conciencia con respecto a la salud de su cuerpo.

Los adolescentes, creen que saben mucho, viven una etapa en la que piensan que a ellos "nunca les sucederá nada", manejan información incompleta en materia del cuidado del cuerpo y no planean a futuro.²¹

Dentro del pensamiento mágico podemos encontrar:

- a) **Fantasías De Esterilidad:** los adolescentes comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- b) **Falta O Distorsión De La Información:** Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- c) **Menor temor a enfermedades venéreas:** esto también influenciado por los pensamientos de omnipotencias que creen que no les pasara nada.

FACTORES DETERMINANTES

Entre los factores determinantes se consideran:

a. Relaciones Sin Anticoncepción

Según la OMS Se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno.²²

b. Abuso Sexual

- c. **Violación.** En relación a esto, los números del último informe del Ministerio Público Fiscal presentados por el procurador Julio Conte Grand: **1.110 causas** por violaciones en 2015, 1.242 en 2016. Otros delitos contra la integridad sexual, como abusos simples o gravemente ultrajantes: **9.900 en 2015, 10.989 en 2016**⁸. El 93% de las víctimas son mujeres, de las cuales, más de la mitad son menores de edad.²³ Esto nos hace referencia del gran

número de adolescentes que son víctimas de violaciones, y que, quizás sus embarazos sean producto de este hecho.

3. CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA

Para dar una definición, el **proyecto de vida** es lo que una persona se propone hacer en distintas áreas a través del tiempo, con la intención de desarrollarse¹¹. Es una construcción permanente que se nutre de las decisiones que se toman día a día, las que van abriendo o cerrando posibilidades para lograr la meta propuesta. El camino para lograr materializar el proyecto de vida en la adultez comienza en la etapa de la adolescencia, dado que los y las jóvenes están formando su identidad y pensando en quiénes son y qué quieren hacer.

El Proyecto de Vida se distingue por su carácter anticipatorio, modelador y organizador de las actividades principales y del comportamiento del individuo, que contribuye a delinear los rasgos de su Estilo de Vida personal y los modos de existencia característicos de su vida cotidiana en todas las esferas de la sociedad.

En el Proyecto de vida se articulan las siguientes dimensiones de situaciones vitales de la persona:

- Orientaciones de la personalidad (Valores morales, estéticos, sociales, etc. y fines vitales)
- Programación de tareas-metas vitales-planes-acción social.
- Autodirección personal: Estilos y mecanismos psicológicos de regulación y acción que implican estrategias y formas de autoexpresión e integración personal y autodesarrollo. Esta construcción estructural-funcional del Proyecto de Vida necesita complementarse con una dirección de sentido: El enfoque historicista y contextual crítico-reflexivo y creativo del desarrollo de la persona en su situación social.
- Interrelación funcional de competencias humanas sobre la base del pensamiento de más alto orden, la creatividad, las disposiciones

afectivo-motivacionales y los procesos de autodirección de la persona.

- Unidad esencial de la experiencia cotidiana de los individuos en situación de interacción reflexiva y cooperada en torno a temas de sentido vital., en su contexto profesional y social.

En el caso de una joven embarazada, la maternidad puede ser vivida de dos formas:

- a) Como un quiebre en las expectativas que su entorno tenía para ella, siendo el embarazo un punto final a su proyecto de vida y un obstáculo a su desarrollo, generando sentimientos de tristeza, frustración, angustia y miedo. Para la adolescente, la situación de embarazo y los conflictos asociados a éste pueden hacer aún más difícil la tarea de pensarse a sí misma, pudiendo estancarse en su condición de maternidad, sin abrirse a otras posibilidades de desarrollo.

El embarazo en las jóvenes es percibido, por las jóvenes o por sus padres, como una alteración de los planes de vida y un reordenamiento de las priorizaciones y actividades cotidianas. A razón de los cambios que han atravesado los y las jóvenes como consecuencia del embarazo y la paternidad y maternidad, y a razón de los cambios que están atravesando pueden llegar a significar su sentido de vida dentro del síndrome de fracaso, esto manifestado por la interrupción de sus actividades, como así sus proyecciones que pueden ser aplazadas o anuladas.

Son varias las áreas vitales de connotación en las adolescentes como consecuencia del embarazo. Es así que cuando más modificada se encuentre la vida las jóvenes, la existencia de sus hijos o hijas representará como un obstáculo para el cumplimiento de otras metas. A esto se suma que los padres y madres de familia también se autocensuran y son cuestionados por los y las demás como los responsables de esta situación pues no pudieron ofrecer pautas de crianza que previnieran a sus hijos e hijas del riesgo de tener una vida sexual sin precauciones.

Con relación al ámbito educativo, las jóvenes consideran que una vez que han finalizado sus estudios secundarios, tendrán que postergar sus estudios técnicos o superiores un lado, para cuidar al bebé, y por el otro, porque deben asumir la responsabilidad obtener los recursos para la subsistencia de su hijo o hija. Con esta situación, las jóvenes intentan ubicarse laboralmente y se convierten en amas de casa; mientras los jóvenes, en el caso de tener pareja, que generalmente son de la misma edad, se encargarán de cumplir su rol como proveedores.

- b) Como la satisfacción de su anhelo de tener un hijo a quien se lo percibe como propiedad, siendo este la concreción del proyecto de vida y motivo de realización personal.

Las jóvenes intentan justificar su embarazo inesperado para significarlo de manera positiva, como una forma de adaptarse a la nueva situación y encontrar estrategias que permitan sobreponerse al fracaso inicial con el que se percibe su maternidad.

En cualquiera de estos casos, la toma de decisiones que haga la joven acerca de lo que quiere ser y hacer a futuro, va a estar modulada por factores personales, tales como el auto concepto, y también por factores sociales, tales como el apoyo de la familia, de la pareja, de la escuela, entre otros.

3º APARTADO: ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Resumen:

A continuación se dará lugar a la elaboración del marco metodológico en la que se describirán el tipo de estudio, la descripción de las unidades de análisis, el instrumento, etc.

Construcción del marco metodológico

La investigación consistirá en un estudio descriptivo de corte transversal, quien ha sido madre en los últimos 12 meses, cuyos hijos se encuentran internados en la unidad de pediatría de un Hospital Universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre los meses de julio y agosto del corriente año.

A continuación, se dará detalle de los métodos y técnicas utilizados para la investigación.

Universo: a este grupo pertenecen todas las madres, adolescentes o no que están internadas junto a su hijo en el Hospital Universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los meses de julio y agosto del 2017.

Unidad de análisis: se consideraron como unidad de análisis a cada una de las adolescentes que fueron madres recientemente (último año) que cursaban una internación conjunta con su hijo/a menor de seis meses en un Hospital Universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre los meses de julio y agosto del corriente año 2017.

Muestra: resultaron seleccionadas para esta investigación un total de 22 adolescentes que fueron madres en los últimos 12 meses, las que fueron seleccionadas por conveniencia, debido a que nos permitió acceder a la población de muestra de manera rápida en el momento de la valoración y recopilación de los datos.

Los criterios de inclusión fueron: a) adolescentes embarazadas; b) tener entre 15 años y 19 años de edad; c) cursar una internación conjunta en el servicio de pediatría del Hospital Universitario de la CABA entre los meses de julio y agosto del 2017.

La muestra piloto el aula para el que fue imprescindible la colaboración de 8 compañeros a fin de percepciones y recibir las críticas constructivas del instrumento elaborado.

Métodos y técnicas

Diseño: Para determinar la las percepciones que tenían el grupo de muestra sobre los temas referidos al embarazo y como afecta en la consolidación de su proyecto de vida y a todo lo que el comprende, incluyendo los factores predisponentes y determinantes, se utilizará una estrategia cuantitativa de corte transversal. Para esto las muestras son *no probabilístico*, ya que se seleccionaron por conveniencias en beneficio de la investigación. Esto nos limita la posibilidad de generalizar las respuestas en representación al colectivo en general, que de modo de ser consideradas de manera probabilística (al azar) si nos lo permitiría.

Técnica: Para favorecer la recolección de datos optamos por la *Encuesta*. La encuesta es el método que permite recolectar información de los sujetos de estudio acerca de determinados temas de interés, a través de una serie de preguntas (cuestionario estructurado preestablecido).

Instrumento: La elaboración de un cuestionario estructurado, con preguntas estandarizadas, nos permitió acceder a las unidades de análisis de manera rápida y sencilla. La misma contará con 24 preguntas de respuesta múltiples, de carácter estándar a todas las participantes. (ver anexos, encuesta).

Operacionalización de las Variables

Luego de la búsqueda bibliográfica que dio lugar a la construcción del marco teórico, se pudieron identificar las diversas variables para la elaboración de la herramienta utilizada para la recolección de datos. Cada uno de estos atributos que refieren las unidades de análisis en cuestión que se identificaron para esta investigación nos permitió medir los conceptos de lo racional a lo empírico.

Las variables utilizadas en su mayoría tuvieron la característica de ser excluyente y exhaustivo. Entendiéndose por el primero, que solo puede tener asignado un valor y por el segundo como, la consideración de todos los valores posibles. Las categorías de medición de las variables dieron lugar a escalas de medición nominal y ordinal. Por otra parte, existieron variables que dieron lugar a categorías de respuesta múltiple.

La operacionalización de las variables realizadas se dividió en tres grupos:

- Factores predisponentes;
- Factores determinantes; y
- Proyecto de vida.

Esto nos facilitó, la posibilidad de elaborar 7 dimensiones, desprendiéndose así:

- Factores demográficos.
- Factores socioculturales.
- Factores socioeconómicos.
- Vida social.
- Sexualidad.
- Anticoncepción.
- Proyecto de vida.

A continuación, se presenta la operacionalización de las variables de manera esquemática.

	DIMENSIONES	VARIABLES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
FACTORES PREDISPONENTES	Factores demográficos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 15-16 • 17-18 • 19 	Numérica
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Soltera • En pareja 	Nominal
		Lugar de residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Provincia • CABA 	Nominal
	Factores socio-culturales	Nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Primario • Secundario 	Nominal
		Composición familiar (refiere al núcleo con quien vive la adolescente)	<ul style="list-style-type: none"> • madre • Padre • Pareja • Sola • Hermanos/as • Otros 	Respuesta múltiple/nominal
	Factores socioeconómicos	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • actividad • Pasiva 	Nominal
		Entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo • Disgusto/enojo 	Nominal

	Vida social	Salidas con amigos/as	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 o mas 	Numerica
		Situación con los amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo • Apoyo 	Nominal
		Contexto de amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazadas • Con hijos. 	
		Pensamiento Mágico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
	Sexualidad	Menarca	<ul style="list-style-type: none"> • 9- 12 años • 13-15 años • 16-19 años 	Numérica
		Inicio de las relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Menos 12 años. • 12- 15 años • Mayor a 15 años 	Numérica
FACTORES DETERMINANTES	Anticonceptivos	Método anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> • Preservativo. • Pastillas. • Inyecciones • Otros 	Nominal

PROYECTO DE VIDA	Realización personal	Continuidad de los Estudios	<ul style="list-style-type: none"> • Si • NO 	Nominal
		Percepción del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Desilusión • Frustración • Miedo • Felicidad 	Nominal
		Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal

4º APARTADO: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Resumen:

En este apartado se representarán los resultados arrojados por el instrumento utilizado para la recolección de los datos, la encuesta, con la consecución de las representaciones gráficas de los aportes más significativos para dar respuesta a nuestra pregunta de investigación.

Análisis de los Resultados

Se realizaron un total de 22 encuestas a adolescentes entre los 15 y 19 años que fueron madres en el último año, las cuales cursaban la internación conjunta con su bebe en la unidad de cuidados pediátricos de un hospital escuela de la ciudad de Buenos Aires. Los datos arrojados en la interpretación lo dividiremos en:

- Datos demográficos.
- Factores Predisponentes.
- Factores determinantes.
- Proyecto de vida.
- Cambios psico-socio-familiares.

Datos demográficos

En este se consideraron la edad promedio de las adolescentes, residencia, características de la vivienda, cantidad de convivientes, situación laboral.

Edad promedio: La edad promedio de las adolescentes entrevistadas es de 17 años.

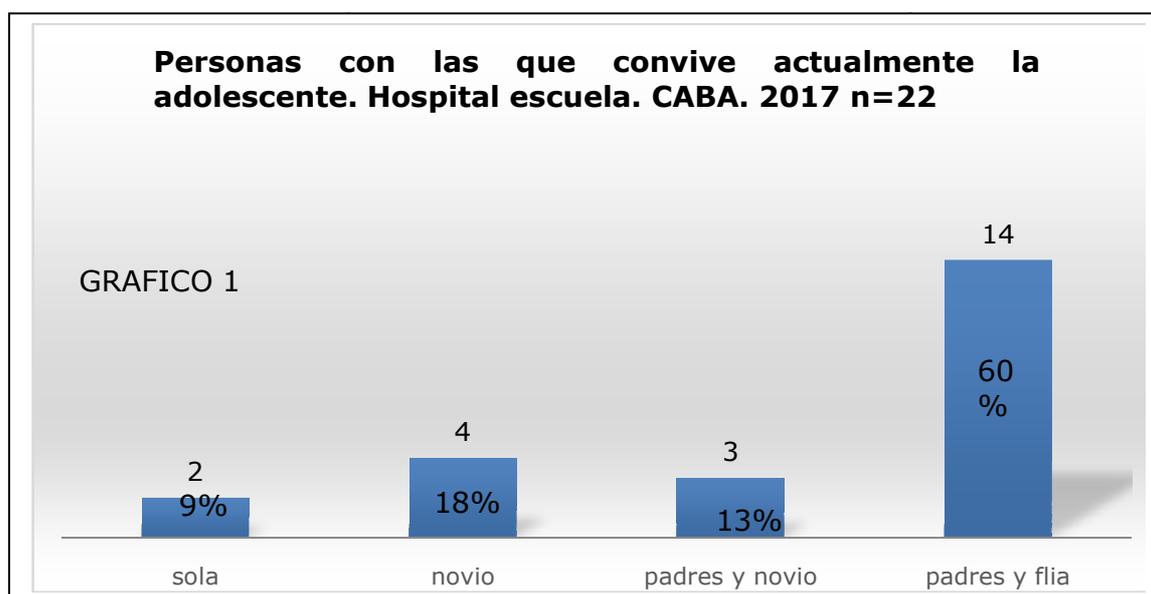
Residencia: El 54 % de las entrevistadas reside en la CABA mientras que el 46% reside en GBA.

Hijos: El 50% de las adolescentes entrevistadas ya tiene entre uno o dos hijos.

Escolaridad: El 59% de las adolescentes continúa con sus estudios durante el embarazo; ellas afirman que fueron obligadas por sus padres a no abandonar la escolaridad. Sin embargo, el 41.0 % restante abandonó la regularidad por motivo de vergüenza.

Vivienda: Las características de la **vivienda** muestra que el 50 % de las adolescentes viven en condiciones de hacinamiento¹.

Se observa en el **gráfico 1** que sólo 6 de las adolescentes encuestadas declaran haber conformado un hogar independiente al de su familia de origen (2 viven solas y 4 con su novio) El resto de las adolescentes (17) continúan viviendo con su familia de origen.



Relación laboral: El 72,7 % de las adolescentes no posee trabajo, de las cuales 12% está en búsqueda activa de empleo. El 54% de las adolescentes refiere que el embarazo/nacimiento de su hijo es un obstáculo para la búsqueda laboral y/o obtención de trabajo.

1. Hacinamiento: representa el cociente entre la cantidad total de personas del hogar y la cantidad total de habitaciones o piezas de las que dispone el mismo. Porcentaje de viviendas con más de 2.5 ocupantes por dormitorio. (INDEC).²⁴

Factores predisponentes

Se consideraron para esta variable, el inicio de las relaciones sexuales, menarca, vivencias de sus pares en sus grupos de pertenencias, situación sentimental con la pareja, amigos y familia, planificación familiar, entre otras.

Menarca: La edad promedio entre las adolescentes es de 12 años y el inicio de la relación sexual activa es de 14 años.

El 45.5% de las entrevistadas no se encuentra en alguna *relación sentimental*, mientras que el 54.5% están en pareja, con el padre biológico del bebé.

La variable *planificación familiar*, demuestra que el 68,2 % de las adolescentes manifiesta que los embarazos no son planificados o deseados.

El **grafico 2** representa el número de amigas de las adolescentes, que pueden estar embarazadas con o sin hijos, tener hijos o no tener hijos, en la que se observa 41.1% de las amigas de las entrevistadas ya tiene hijos y además está embarazada.

Amigas de la adolescente que se encuentran embarazadas y/o con hijos. Hospital escuela.CABA. 2017. N=22

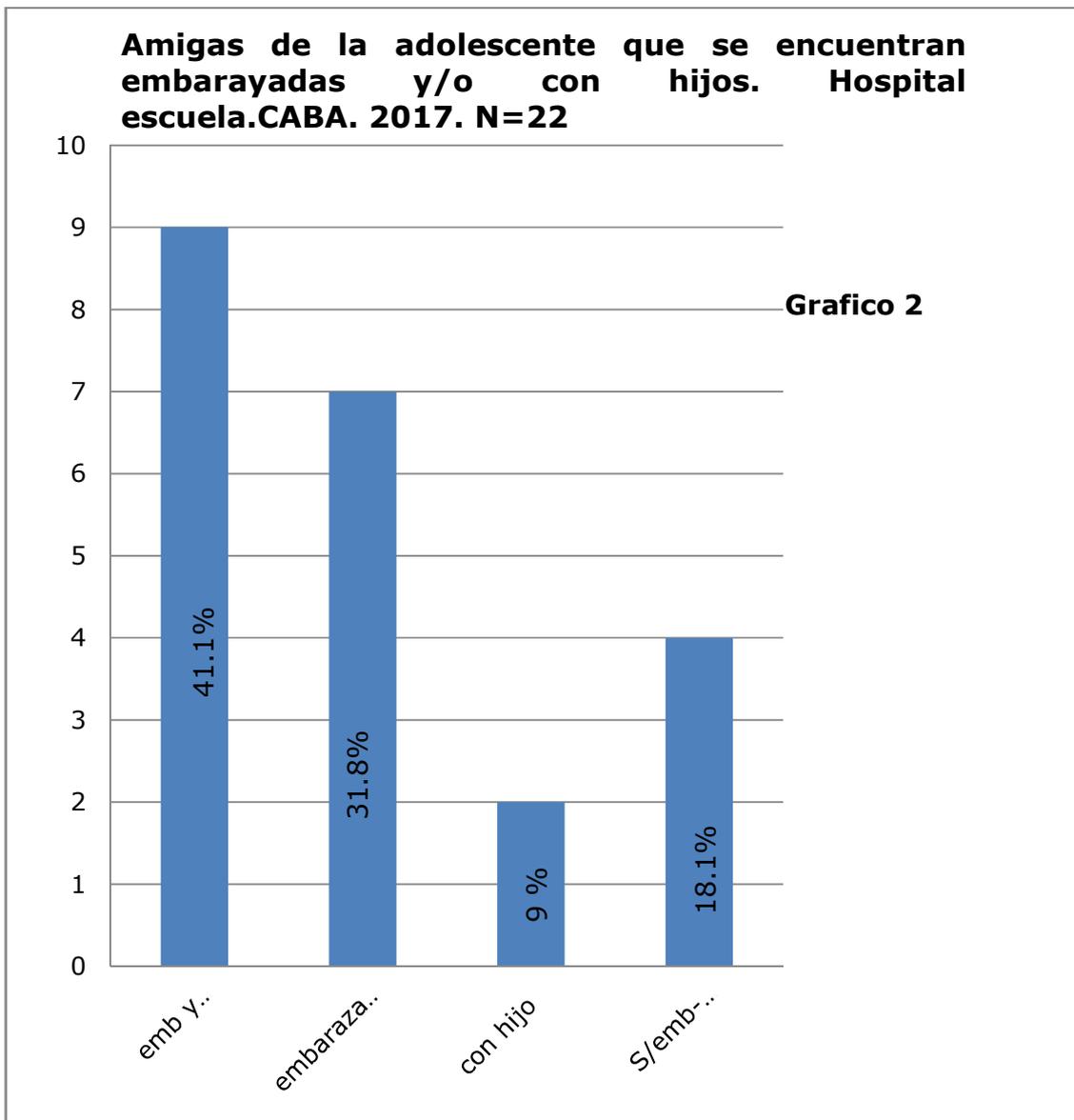
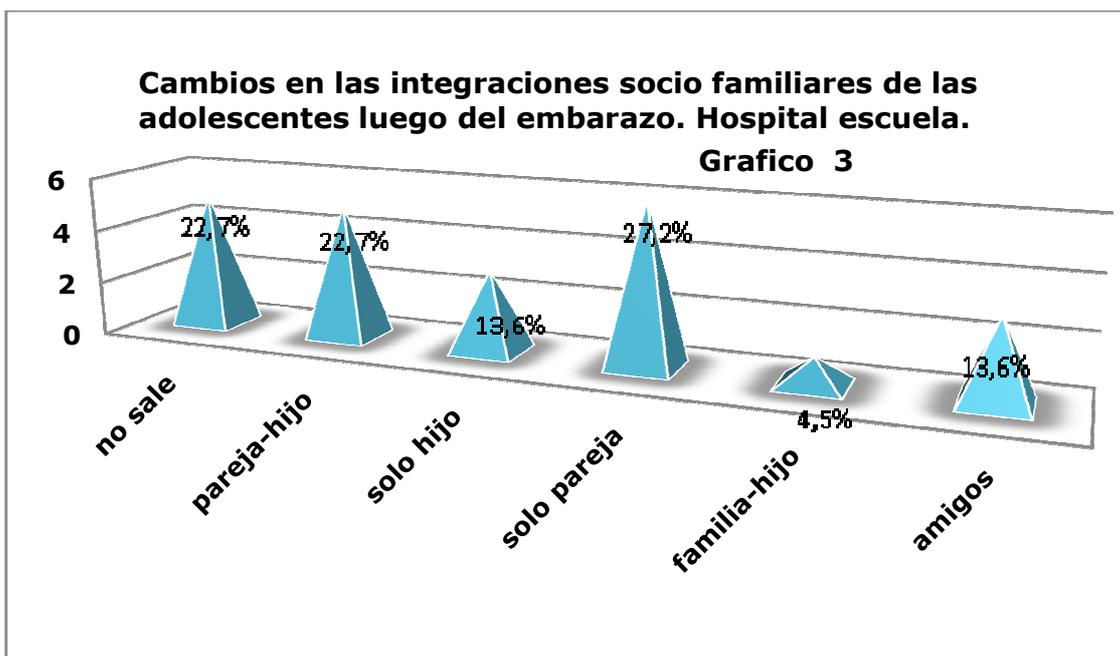


Grafico 2

En relación a la cantidad de salidas que tenía la adolescente antes del embarazo, el 54,6% tenía 2 salidas a la semana, el 31,8% tenía 3 salidas a la semana, y el 13,6% tenía 4 o más salidas a la semana.

La variable fue considerada también luego del embarazo en el **grafico 3**, aquí se evidencia el 4,5% de las adolescentes ahora sale con su familia e hijo, el 13,6 % sale solo con su hijo, el 22,7% sale en pareja y con su hijo, el 13,6% sale con sus amigos y por último el 22,7% decide no salir. Las adolescentes declaran haber

reducido la cantidad de salidas después del nacimiento de su hijo con relación a la cantidad de salidas previo al embarazo. Doce adolescentes referían salir 2 veces/sem y luego del parto solo 6 mantienen las salidas. Es de destacar que en la actualidad las salidas se realizan mayoritariamente con la pareja que con los amigos



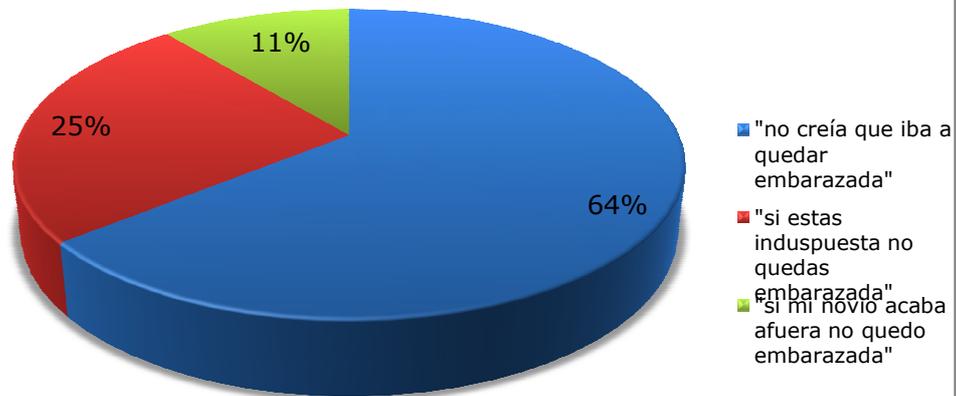
Factores determinantes

Para esta variable se consideró sólo la utilización de métodos anticonceptivos, excluyendo para este trabajo, el aborto y la violación.

El 63,6% de las adolescentes utilizan algún tipo de anticonceptivo, siendo los anticonceptivos orales (“pastillas”) la opción más elegida (40%). Mientras que el 36,4 % no utilizaba ninguno, de ellas el 90 % pensaba que no quedaría embarazada. (grafico 4)

Opiniones de las adolescentes acerca de la no utilización de métodos anticonceptivos Hospital escuela CABA.2017 N=8

Gráfico 4



Tras el nacimiento de su hijo/a el 95 % de las adolescentes recibe algún tipo de anticonceptivos. EL 60% de las adolescentes cambió el método anticonceptivo.

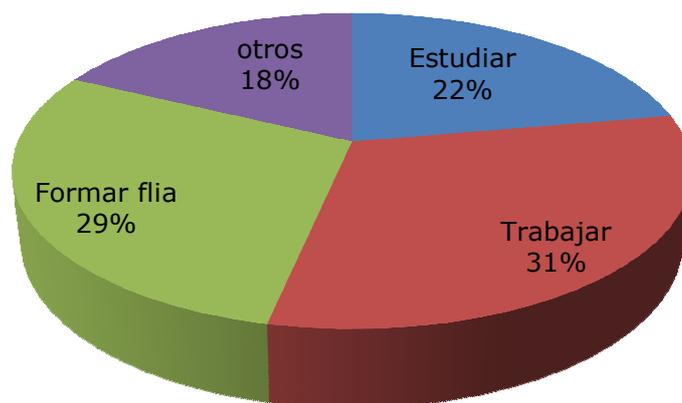
Proyecto de vida

Se consideró la variable proyecto de vida desde la perspectiva de las adolescentes, antes del embarazo, luego del embarazo y la relación entre ambas.

En relación a los **proyectos antes del embarazo** en cuanto la continuidad con los estudios el 68,2 % de las adolescentes tenían la intención de continuar con los estudios universitarios antes de quedar embarazadas. De éstas, sólo el 60 % de la muestra quiere continuar con los estudios superiores luego del nacimiento de su hijo/a. Por otra parte, considerando las perspectivas a futuro de las adolescentes luego del nacimiento de su bebé (**gráfico 5**), el 31% de las adolescentes quiere trabajar tras el nacimiento de su bebé, seguida del 29% que desea formar una familia y el 22% planifica continuar con los estudios.

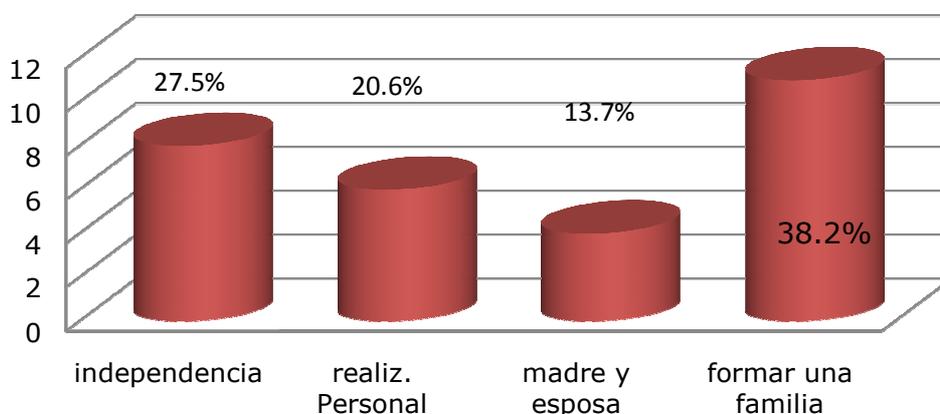
Proyecto de vida de las adolescentes luego del nacimiento de su hijo/a. Hospital escuela. CABA. 2017. N=45

Grafico 5



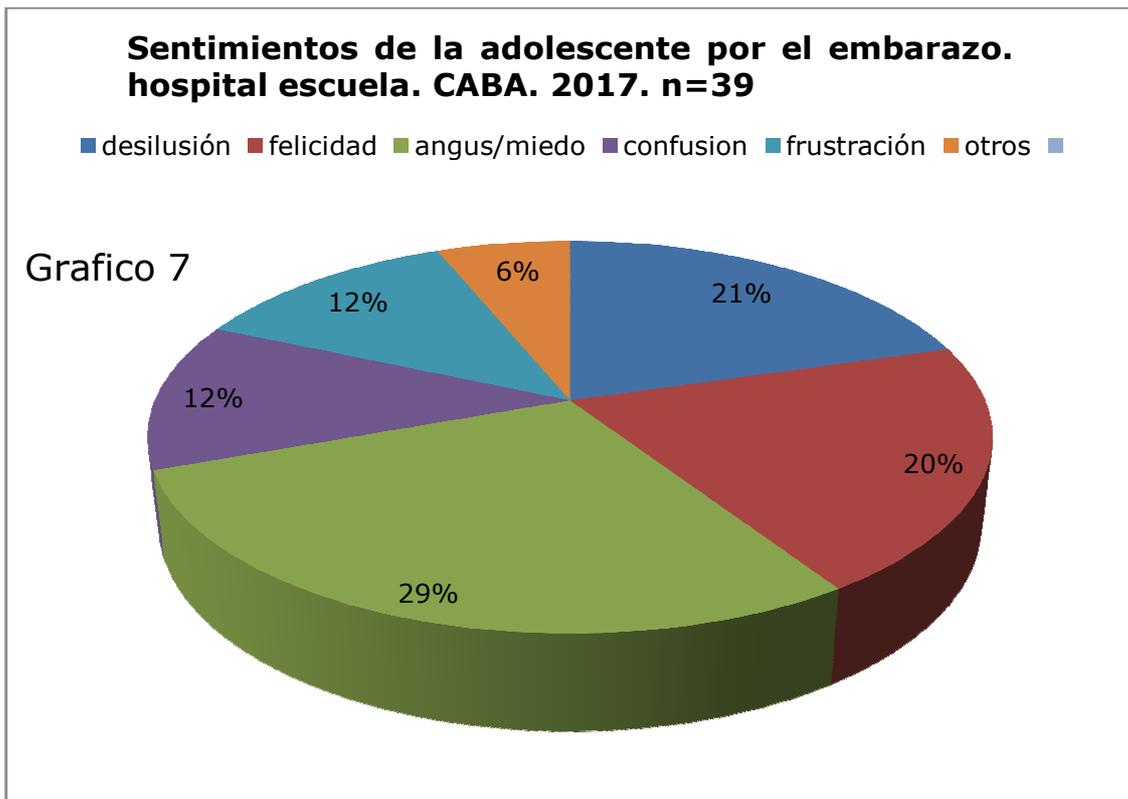
En el **Grafico 6** se presenta la variable percepción de la adolescente frente al embarazo, la que arroja que el 38.2 % de las adolescentes percibe su embarazo como la realización de formar una familia, seguida del deseo de independendia (27,5%).

Percepción de las adolescentes frente al embarazo. Hospital escuela. CABA.2017. N=29

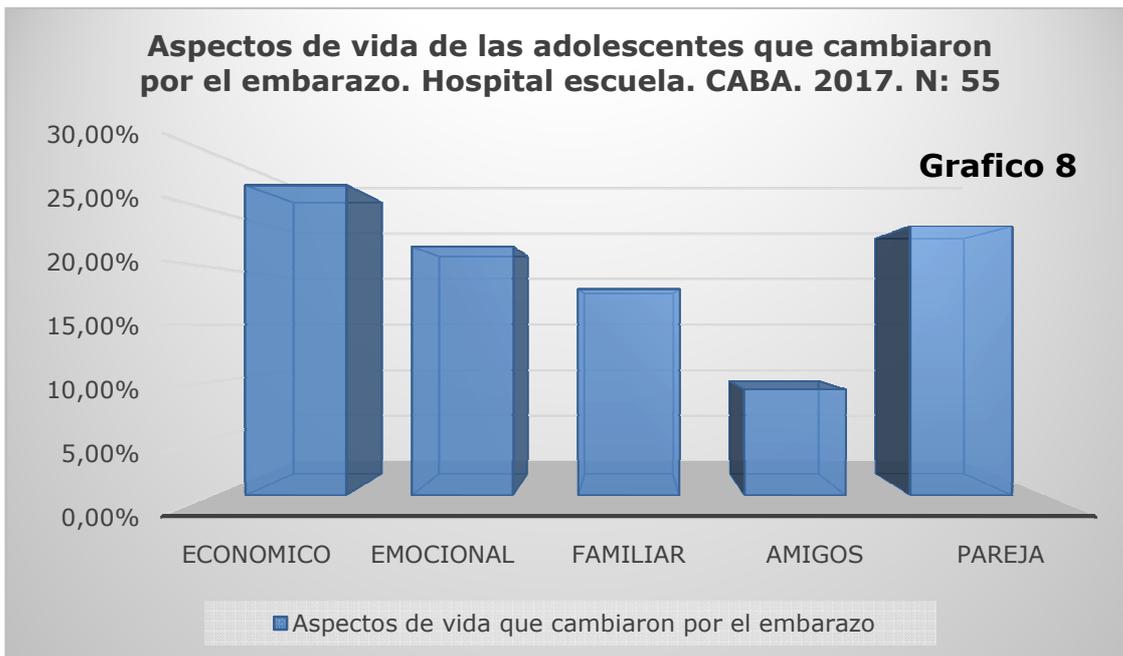


Cambios psico-socio- familiares

En el **gráfico 7** se presentan los sentimientos de la adolescente tras la noticia del embarazo. En éste puede observarse que el sentimiento de mayor prevalencia es el de angustia/miedo que representa el 29% de las embarazadas, seguida del 21% con el sentimiento de desilusión y por último el de felicidad con el 20%.

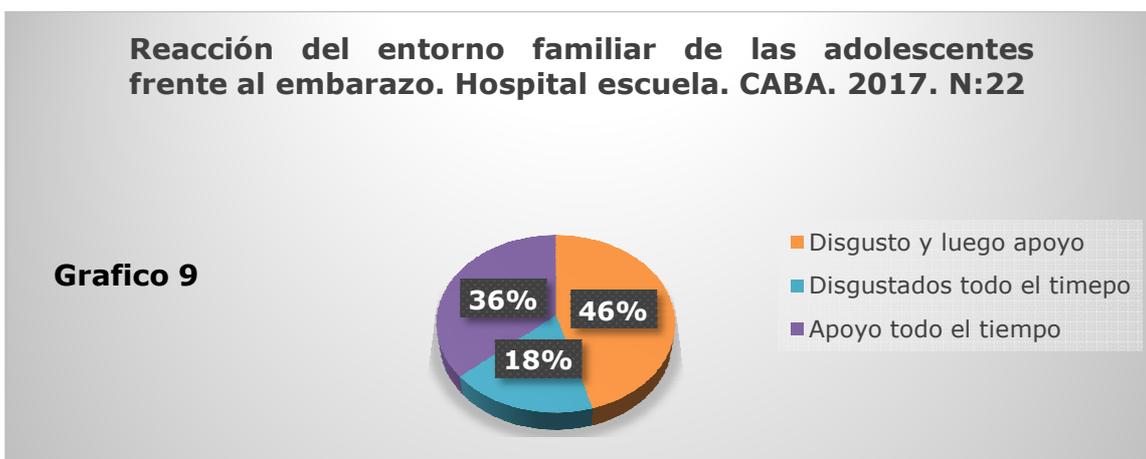


Los cambios en el aspecto de vida que refirieron las entrevistadas durante el embarazo y luego del embarazo, se representan en el **gráfico 8**. De dichos cambios el aspecto ECONOMICO arrojó que el 27,2% de las entrevistadas tuvo un cambio significativo, seguido de un cambio en la pareja del 23,6%, un cambio emocional del 21,8%, cambios en la familia de un 18,1% y por último cambios con los amigos de un 9,3%.



Con relación a la reacción del padre biológico frente al embarazo de la adolescente, las entrevistadas hicieron referencia a las siguientes reacciones: el 23,8% de los padres biológicos toma distancia, el 20,5% actúa con indiferencia, el 20,5% tiene angustia/miedo, el 17,6% las apoya en su embarazo y por último el 17,6% muestra felicidad frente a la noticia.

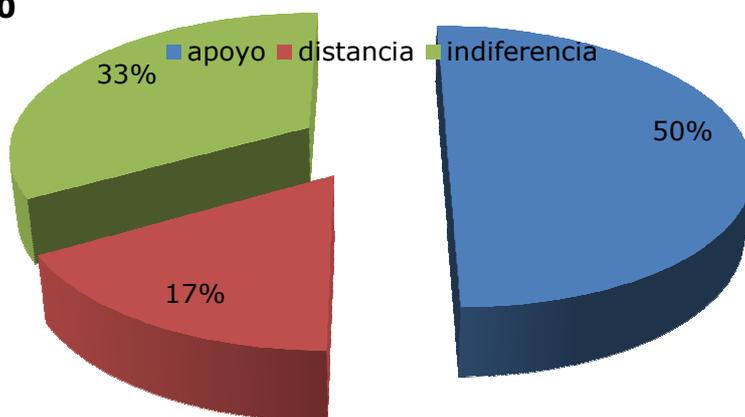
Las entrevistadas hicieron referencia a la reacción de su entorno familiar frente a la noticia del embarazo, esta variable se ve representada en el **grafico 9**.



Con respecto a la actitud de los amigos frente a la noticia del embarazo, el 31, 8% de las adolescentes refiere que el grupo de amigos ha cambiado luego del embarazo. La reacción de los amigos ante la noticia del embarazo se expresa en el **gráfico 10**. En él se evidencia que el 50 % de los amigos de la adolescente la apoyaron con su embarazo.

Reaccion de los amigos de la adolescente ante la noticia de embarazo. Hospital escuela. CABA. 2017. N= 30

Grafico 10



Cruce de variables

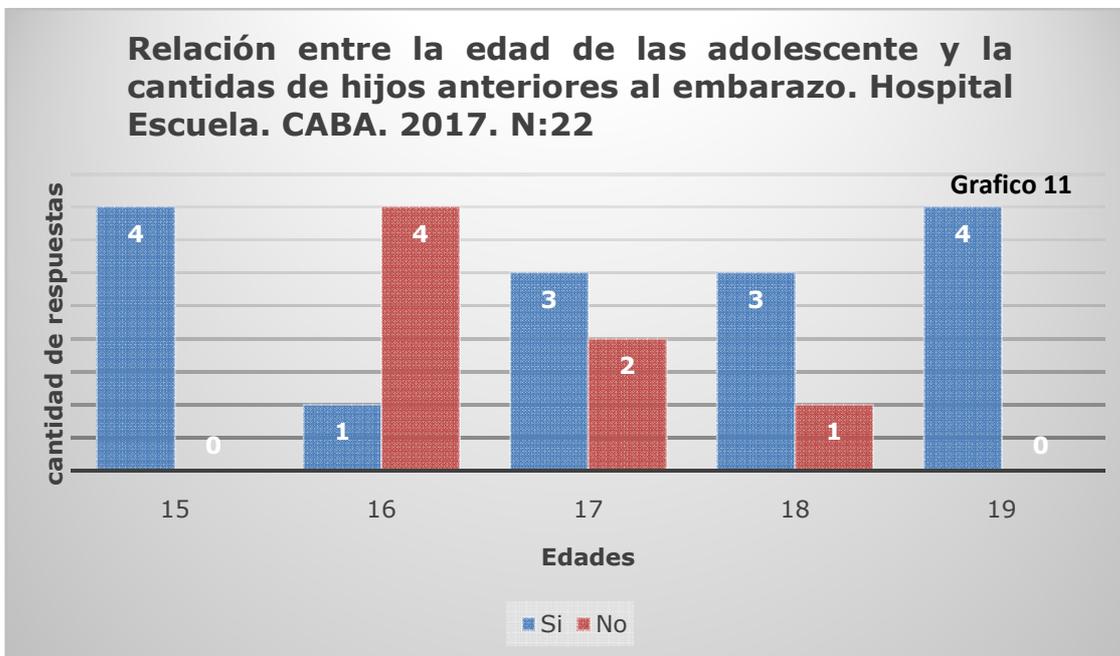
En la tabla #1 se puede observar, como datos más relevantes, que el 39% de las adolescentes tiene planeado quedar embarazada aun usando un método anticonceptivo. Sin embargo, el 46% no tiene planeado quedar embarazada, pero tampoco hace uso de los métodos anticonceptivos para evitar dicho embarazo.

- Tabla #1: Relación entre las variables “tenía planeado quedar embarazada” y “se cuidaba con algún método anticonceptivo antes de quedar embarazada”. Hospital escuela, CABA. 2017. N:22

Tabla#1	Uso de anticonceptivo		
	No	si	Total general
Hijo deseado			
no	7	8	15
si	1	6	7
Total general	8	14	22

El grafico 11 arroja los siguientes resultados. Las adolescentes de 15 y 19 años ya tienen todas por lo menos un hijo más al del último embarazo que cursaron; las que tienen 16 años, solo una tiene por lo menos un hijo anterior al del último embarazo; por último, 6 de las adolescentes de 17 y 18 años ya tiene por lo menos un hijo antes del hijo del último embarazo.

- Grafico 11. Relación entre las variables “edad” y la variable “¿tiene hijos anteriores a este embarazo que curso?”.



5º APARTADO: CONCLUSIONES FINALES

Resumen:

En este apartado presentara las conclusiones finales mediante los resultados obtenidos de las encuestas realizadas que junto con el análisis y la revisión bibliográfica dieron lugar a las mismas.

Conclusiones

Luego de la interpretación de los datos arrojados por el instrumento metodológico sumado a la revisión de la bibliografía hemos llegado a las siguientes conclusiones.

En relación al lugar de residencia de las adolescentes, si bien la mayoría de ellas reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no nos permite identificar si alude a un lugar de bajos recursos, ahora si valoramos la característica de la vivienda, el 50 % de las adolescentes reside en condiciones de hacinamiento lo que es un indicador de precariedad en la que la llegada de un nuevo integrante incrementa esta condición.

Hemos determinado que la menarca a temprana edad no es un factor predisponente para que las adolescentes tengan relaciones sexuales a temprana edad y muchos menos a que queden embarazadas a una edad temprana, ya que 27% (valor más alto) de las adolescentes tuvo una menarca a los 11 años pero su primera relación sexual fue a los 15 años, vemos que hay una diferencia de 4 años después de la menarca para iniciar su vida sexual activa, y en comparación con la bibliografía se encuentra dentro de los parámetros estándares para considerarlo menarca precoz como un indicador del inicio de las relaciones sexuales.

Es posible considerar que en la mayoría de los casos los embarazos no fueron planeados, y que las adolescentes tomaban alguna medida anticonceptiva y aun así quedaron embarazadas, lo que nos lleva a pensar que hacían mal uso de los mismos o discontinuaban los usos. Es destacable que tras el embarazo cambiaron la percepción ante el uso de los anticonceptivos, la que muestra un incremento del uso de los mismos como así el cambio del método con el fin de evitar un nuevo embarazo considerando que antes del embarazo el 50 % tenía entre 1 o 2 hijos.

En relación al entorno social de las adolescentes, se puede considerar que el embarazo es un factor común entre las amistades de la adolescente que cursa el nuevo embarazo, ya que 41 % de ellas está embarazada o ya tiene hijos siendo un factor condicionante o no, a la hora de decidir la concepción de un nuevo embarazo.

En cuanto a la percepción del embarazo como parte del proyecto de vida de las adolescentes, que en su mayoría era madre (15 adolescentes) vieron en el nuevo embarazo la posibilidad de formar una familia, aceptando que repercute directamente en el factor económico.

Esto nos lleva a pensar que frente a un embarazo que puede ser o no planeado la adolescente lo considera como un factor positivo frente al cambio, como una proyección en la consolidación de la construcción de una familia implícitamente más allá de los cambios económicos, familiares y de pareja que puedan sobrellevar.

Todos estos resultados nos permiten afirmar que el embarazo en las adolescentes impacta directamente en el proyecto de vida, considerando desde los factores sociales, económicos, etc.

Limitaciones

Entre las limitaciones que nos surgieron a medida que fuimos realizando la investigación fueron:

En primer lugar, el número reducido de recolección de datos por parte de las unidades de análisis solo fue posible la aplicación de 22 encuestas, esto nos limita a la hora de la interpretación de los resultados de manera porcentual.

Dentro de la encuesta, no se tuvo en cuenta el domicilio preciso de residencia, lo que no permitió identificar si el lugar pertenecía a un lugar vulnerable o no como así las características del hogar. Otro inconveniente fue no preguntar de quien provenían los ingresos para el sostén de la familia, sobre todo ante un nuevo embarazo, como así también si la historia familiar repetía los embarazos adolescentes.

Otra limitación, no menos importante fue el tiempo, que por causas extracurriculares y personales de cada una resulto difícil ponernos de acuerdo entre ambas integrantes para la realización del mismo.

6º APARTADO: ANEXOS

Resumen:

Para concluir con este trabajo de investigación final, se dará continuidad a la presentación del marco legislativo de la República Argentina que cuenta con las leyes 25, 673, 26.150, 25.808 y la Ley 25.273 que hacen referencia a los derechos de los jóvenes a la prevención y promoción de la educación sexual hasta el momento vigentes. Luego se presenta el instrumento metodológico elaborado: la encuesta, y el plan operativo que cuenta el desempeño a lo largo del año académico para la realización de la presente.

Marco Legislativo en Argentina

Ley 26.150

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL²⁵

Establéese que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Creación y Objetivos de dicho Programa.

Sancionada: Octubre 4 de 2006

Promulgada: Octubre 23 de 2006

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley: PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL

ARTICULO 1º — Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

ARTICULO 2º — Créase el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con la finalidad de cumplir en los establecimientos educativos referidos en el artículo 1º las disposiciones específicas de la Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley 23.849, de Ratificación de la Convención de los Derechos del Niño; Ley 23.179, de Ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que cuentan con rango constitucional; Ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y las leyes generales de educación de la Nación.

ARTICULO 3° — Los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:

- a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
- b) Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
- c) Promover actitudes responsables ante la sexualidad;
- d) Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
- e) Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

ARTICULO 4° — Las acciones que promueva el Programa Nacional de Educación Sexual Integral están destinadas a los educandos del sistema educativo nacional, que asisten a establecimientos públicos de gestión estatal o privada, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria.

ARTICULO 5° — Las jurisdicciones nacionales, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal garantizarán la realización obligatoria, a lo largo del ciclo lectivo, de acciones educativas sistemáticas en los establecimientos escolares, para el cumplimiento del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Cada comunidad educativa incluirá en el proceso de elaboración de su proyecto institucional, la adaptación de las propuestas a su realidad sociocultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros.

ARTICULO 6° — El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología definirá, en consulta con el Consejo Federal de Cultura y Educación, los lineamientos curriculares básicos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, de modo tal que se respeten y articulen los programas y actividades que las jurisdicciones tengan en aplicación al momento de la sanción de la presente ley.

ARTICULO 7° — La definición de los lineamientos curriculares básicos para la educación sexual integral será asesorada por una comisión interdisciplinaria de especialistas en la temática, convocada por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con los propósitos de elaborar documentos orientadores preliminares, incorporar los resultados de un diálogo sobre sus contenidos con distintos sectores del sistema educativo nacional, sistematizar las experiencias ya desarrolladas por estados provinciales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipalidades, y aportar al Consejo Federal de Cultura y Educación una

propuesta de materiales y orientaciones que puedan favorecer la aplicación del programa.

ARTICULO 8° — Cada jurisdicción implementará el programa a través de:

- a) La difusión de los objetivos de la presente ley, en los distintos niveles del sistema educativo;
- b) El diseño de las propuestas de enseñanza, con secuencias y pautas de abordaje pedagógico, en función de la diversidad sociocultural local y de las necesidades de los grupos etarios;
- c) El diseño, producción o selección de los materiales didácticos que se recomiende, utilizar a nivel institucional;
- d) El seguimiento, supervisión y evaluación del desarrollo de las actividades obligatorias realizadas;
- e) Los programas de capacitación permanente y gratuita de los educadores en el marco de la formación docente continua;
- f) La inclusión de los contenidos y didáctica de la educación sexual integral en los programas de formación de educadores.

ARTICULO 9° — Las jurisdicciones nacionales, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, con apoyo del programa, deberán organizar en todos los establecimientos educativos espacios de formación para los padres o responsables que tienen derecho a estar informados. Los objetivos de estos espacios son:

- a) Ampliar la información sobre aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos, psicológicos, éticos, jurídicos y pedagógicos en relación con la sexualidad de niños, niñas y adolescentes;
- b) Promover la comprensión y el acompañamiento en la maduración afectiva del niño, niña y adolescente ayudándolo a formar su sexualidad y preparándolo para entablar relaciones interpersonales positivas;
- c) Vincular más estrechamente la escuela y la familia para el logro de los objetivos del programa.

ARTICULO 10. — Disposición transitoria: La presente ley tendrá una aplicación gradual y progresiva, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en aspectos curriculares y de capacitación docente. La autoridad de aplicación establecerá en un plazo de ciento ochenta (180) días un plan que permita el cumplimiento de la presente ley, a partir de su vigencia y en un plazo máximo de cuatro (4) años. El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología integrará a las jurisdicciones y comunidades escolares que implementan planes similares y que se ajusten a la presente ley.

ARTICULO 11. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS CUATRO DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL SEIS. — REGISTRADA BAJO EL N° 26.150 — ALBERTO E. BALESTRINI. — DANIEL O. SCIOLI. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Ley 25.673/2003

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable²⁶

ARTICULO 1° - Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

ARTICULO 2° - Serán objetivos de este programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

ARTICULO 3° - El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

ARTICULO 4° - La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

ARTICULO 5° - El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud;
- b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;
- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;
- d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.

ARTICULO 6° - La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;

b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.

Aceptándose además las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anticoncepción; (Párrafo incorporado por art. 8° de la Ley N° 26.130 B.O. 29/8/2006)

c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

ARTICULO 7° - Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

ARTICULO 8° - Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

ARTICULO 9° - Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

ARTICULO 10° - Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b), de la presente ley.

ARTICULO 11° - La autoridad de aplicación deberá:

- a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;
- b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 12° - El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

ARTICULO 13° - Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

ARTICULO 14° - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DOS.

LEY 25.808

MODIFICACION DEL ARTÍCULO 1º DE LA LEY 25.584 PROHIBICION EN ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION PUBLICA DE IMPEDIR LA PROSECUCION NORMAL DE LOS ESTUDIOS A ALUMNAS EMBARAZADAS O MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA²⁷

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de ley: Artículo 1º.- Modificase el artículo 1º de la Ley Nº 25.584, el que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 1º.- Se prohíbe a los directivos o responsables de los establecimientos oficiales y privados de educación pública de todo el país, en todos los niveles del sistema y de cualquier modalidad, la adopción de acciones institucionales que impidan o perturben el inicio o prosecución normal de sus estudios a las estudiantes en estado de gravidez o durante el período de lactancia y a los estudiantes en su carácter de progenitores. Las autoridades educativas del respectivo establecimiento estarán obligadas, en cuanto a la estudiante embarazada, a autorizar los permisos que, en razón de su estado, sean necesarios para garantizar tanto su salud física y psíquica como la del ser durante su gestación y el correspondiente período de lactancia”.

Artículo 2º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo. Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los cinco días del mes de noviembre de dos mil tres.

Sanción.- 5 de noviembre de 2003

Promulgación.- 27 de noviembre de 2003

Publicación B.O.- 28 de noviembre de 2003

Ley 25.273

RÉGIMEN DE INASISTENCIAS PARA ALUMNAS EMBARAZADAS²⁸

Sancionada el 29 de junio de 2.000

Promulgada el 24 de julio de 2.000

Publicada en el Boletín Oficial el 27 de julio de 2.000

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de ley:

Artículo 1°- Crease un Régimen Especial de Inasistencias Justificadas por razones de gravidez para alumnas que cursen los ciclos de Enseñanza General Básica, Polimodal y Superior No Universitaria en establecimientos de jurisdicción nacional, provincial o municipal, que no posean una reglamentación con beneficios iguales o mayores a los que otorga esta ley.

Artículo 2°- Las alumnas que presenten certificado médico de su estado y período de gestación y alumbramiento, tendrán treinta (30) inasistencias justificadas y no computables antes o después del parto, pudiendo ser continuas o fraccionadas.

Artículo 3°- Este Régimen Oficial, incluirá para las alumnas que certifiquen estar en período de amamantamiento, la franquicia del establecimiento durante una (1) hora diaria por el lapso de seis (6) meses a partir de su reincorporación a la escuela.

Artículo 4°- El no cómputo de las inasistencias a días y horas de clase no significará promoción automática, debiendo acreditar como alumna regular de acuerdo al sistema de promoción vigente de cada jurisdicción.

Artículo 5°- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Rafael Pascual José Genoud Guillermo Aramburu Mario L. Pontaquarto.

Encuesta



TFI. LICENCIATURA DE ENFERMERÍA 2017

La siguiente encuesta es de carácter anónimo y representativo de carácter educativo a fines de cumplimentar la carrera de Licenciatura en enfermería.

Agradecemos su colaboración, y esperamos que sea completada de manera consciente, y de ninguna manera se busca prejuzgar a la persona encuestada.

Edad: Estado civil:

Dirección:

Hijos: SI __ NO__ ¿Cuántos? ____

1. .Estudias: SI__ / *Primaria __ año en curso: ____ . *Secundaria __ año en curso: ____ .
NO__ / ¿Hasta qué año curso? _____
2. ¿Abandonaste la escuela cuando te enteraste del embarazo?
SI__ NO __ ¿Por qué? _____
3. ¿Con quién vivís actualmente? Novio: __ madre: __ Padre: __
Sola: __ otros: __
4. ¿Cuántos viven en la casa? __. Cuantas habitaciones tiene la casa: __
5. ¿Trabajas actualmente? SI__ NO __. Si la pregunta es no, ¿estás en busca de trabajo? Si: __ No: __

6. ¿Crees que el embarazo te va a impedir a conseguir trabajo aún después del nacimiento del bebé? Si: __. No: __
7. ¿A qué edad fue tu primera menstruación? ____.
8. ¿Estuvo en tus planes tener un hijo? Si: __ No: __. A los cuantos años tuviste tu primera relación sexual: __
9. ¿Estás en pareja actualmente? SI__ NO __ ¿Es el padre biológico de su/sus hijo/s? SI__ NO __
10. ¿Qué sentimiento tuvo al momento de enterarse de su embarazo? Desilusión __ felicidad __ angustia/miedo __ confundida __ frustración __. Otros: __
11. ¿Cómo percibís tu embarazo? Como una forma de independizarte: __. Como realización personal: __. Que te consideren adulta: __ Sentirte madre y esposa: __. Construir una familia: __. Otros: __
12. ¿Cómo afecto tu embarazo tu entorno familiar? Primero se disgustaron y después me apoyaron __. Todo el tiempo estuvieron disgustados __. Todo el tiempo me apoyaron __.
13. ¿algunas de tus amigas está embarazada o ya tiene hijos? Si: __. No: __
14. ¿Tus amigos son los mismos de antes de quedar embarazada? SI__ NO __
15. ¿Qué opinión tuvieron sus amigos con respecto al embarazo? Apoyo __ distancia __ indiferencia __. Otros: __.

16. ¿Cuál fue la reacción del padre biológico de su/s hijo/s cuando le dio la noticia de su embarazo? Apoyo ___ distancia ___ indiferencia ___ felicidad ___ angustia/miedo __. Otros: __
17. ¿Qué aspectos han cambiado en su vida desde el momento que se enteró de su embarazo? Económica ___ Emocional ___ Familiar ___ Amigos ___ Pareja ___ Estudios __
18. ¿Cuántas salidas tenías a la semana con tus amigos antes quedar en embarazo? Ninguna ___ 1 ___ 2 ___ 3 o más __
19. ¿Actualmente cuantas salidas tiene en la semana? Ninguna ___ 1 ___ 2 ___ 3 o más __. Estas salidas son con: Amigos ___ Pareja ___ Familia ___ solo con mi/s hijo/s __
20. Antes del embarazo ¿tenía algún pensado de ir a la universidad o realizar algún estudio de educación superior? SI ___ NO __
21. ¿Te cuidabas con algún método anticonceptivo antes del embarazo? SI ___ NO __. ¿Cuál? Preservativo: __ Pastillas: __ inyecciones: __. Otros: __
22. Si la respuesta es No: porque? Creías que no ibas a quedar embarazada: __. Si estas indispueta no quedas embarazada: __. Si mi novio terminaba afuera no quedo embarazada: __. Otro: _____.
23. Actualmente ¿Te cuidas con algún método anticonceptivo? SI ___ NO __ ¿Cuál? _____.
24. ¿Qué expectativas tienes para tu futuro? Continuar los estudios: __ Trabajar: __ Consolidar la relación y formar una familia: __. Otros: __

Plan Operativo

Se presenta a continuación el plan operativo que da cuenta del trabajo realizado a lo largo del año académico para la construcción de este trabajo final.

	2° semestre 2016					1° semestre 2017						2° Semestre 2017					
	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov.	Dic
Marco teórico																	
Elaboración del instrumento																	
Recolección de datos																	
Análisis de los datos																	
Conclusión																	

BIBLIOGRAFÍA

1. VANESSA JORDÁN BEGHELLI Tesis: Representaciones sociales del Embarazo en adolescentes embarazadas y no embarazadas [internet]. Bogotá. 2013. Citado el 20/04/16. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43052/1/31577419.2013.pdf>
2. UNICEF. Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. [internet]. Publicado en Julio de 2013. Citado el 20/04/16. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Embarazo_adolescente_Argentina-VB.pdf
3. UNICEF: Vivencias y relatos sobre embarazo en adolescente. 2014. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_%282%29.pdf
4. UNICEF. Evolución de la tasa de fecundidad adolescente. Argentina 1990-2011. Citado en 20/04/16. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Embarazo_adolescente_Argentina-VB.pdf
5. Ministerio de Salud Pública de la Nación. Estadísticas Vitales 2014. Citado el 18/04/16 Disponible en: <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro58.pdf>
6. Mónica Gogna (Coordinadora), Ariel Adaszko, Valeria Alonso, Georgina Binstock, Silvia Fernández, Edith A. Pantelides. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencia y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires, Argentina, 2005. Pag.285- 315.
7. Dr. Juan R. Issler. Embarazo en Adolescentes. Revista de posgrado Vía de Medicina [internet]. Agosto 2001. (citado 19/05/16); N°107; pág. 11-23. Disponible: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
8. García R, Suárez R, Mateo de Acosta, O.: Comunicación y Educación Interactiva. Una metodología alternativa en Los Programas de Salud. Instituto Nacional de Endocrinología. Ciudad de La Habana, 1994. Citado el: 26/06/16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100007)

9. Lic. Jorge Luis Calero, Dr Felipe Santana. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Revista cubana de Salud Pública [internet]. 2001 (citado 31/05/2016) Vol.27 n°1. Pag: 54. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v27n1/spu07101.pdf>
10. Loreto Salvatierra López, Marcela Aracena Alvarez, Paula Ramírez Yáñez, Lucía Reyes Aranís, Carla Yovane, Aracelly Orozco Rugama. Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. Revista psicología Chile [internet] 2005 (citado 31/05/2016). Vol. XIV, N° 1. Pag 144. Disponible: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17419/18177>
11. Enoc Valentín González Palacio. Cambios En La Percepción Y Usos Del Cuerpo Debido Al Embarazo En Mujeres Jóvenes Que Tuvieron Su Primer Hijo [Internet]. Medellín, 2009 (Citado 19/06/2016). Disponible En: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/180-cambios.pdf>
12. Dra Tamara Zubarew. Sexualidad del Adolescente. Salud de Adolescente [internet]. Citado el 26/06/16. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/m3l15leccion.html>
13. Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definicion.de: Definición de adolescencia [internet] disponible en: <http://definicion.de/adolescencia/#ixzz4CohiQ5sv>
14. Cuídate PLUS, Internet, 2016. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/adolescencia/diccionario-de-adolescencia/etapas-adolescencia.html>
15. Yendry Priscilla Sanabria Leandro. (Internet). Citado el . Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>. MedlinePlus(Internet) Página actualizada 8 junio 2016. Citado: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/teensexualhealth.html>
16. Organización Mundial de la Salud, Pagina web, citado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
17. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001
Página: 11-23. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
Prof. Dr. Juan R. Issler

18. factores asociados al inicio de la actividad sexual. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.78 no.3 Santiago 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000300007
19. Anticoncepción. La primera vez. SAGIJ. Disponible en: <http://www.sagij.org.ar/index.php/sexualidad/anticoncepcion>
20. Clarin. Virginidad. ¿A qué edad tienen los chicos su primera vez?. 25/07/2014 - 15:13 Clarin.com. Disponible en: https://www.clarin.com/hijos/sexo-primera_vez-virgen-virginidad-debut_sexual-edad-chicos_0_H1__CRKPmg.html
21. Adolescencia, la edad del pensamiento. Revista Chilena de Pediatría Volume 86, Issue 6, November–December 2015, Pages 436-443. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615001412>
22. Planificación familiar. Nota descriptiva. Julio de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
23. Crimen y Justicia. Los números de los abusos sexuales y las violaciones en el país: más de la mitad de las víctimas son menores. Disponible en: <https://www.infobae.com/sociedad/policiales/2017/10/05/los-numeros-de-los-abusos-sexuales-y-violaciones-en-el-pais-mas-de-la-mitad-de-las-victimas-son-menores/>
24. http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/7/sesd_glosario.pdf<http://www.covveg.gob.mx/seiisv/modulos/secciones/indicadores/indicadores/Indicador%2014.pdf>
25. PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL- Ley 26.150. Disponible en: http://www.me.gov.ar/doc_pdf/ley26150.pdf
26. Ley 25.673/2003. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>
27. LEY 25.808. MODIFICACION DEL ARTÍCULO 1º DE LA LEY 25.584. PROHIBICION EN ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION PUBLICA DE IMPEDIR LA PROSECUCION NORMAL DE LOS ESTUDIOS A ALUMNAS EMBARAZADAS O MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA. Disponible en: <http://www.cnm.gov.ar/legNac/Ley%2025808.pdf>
28. Ley 25.273. RÉGIMEN DE INASISTENCIAS PARA ALUMNAS EMBARAZADAS. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/ley25273.pdf>