



Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

Valoración psicosocial de madres adolescentes primíparas entre los 15 a 19 años, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia, entre Abril y Junio 2006.

Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al
Licenciado en Enfermería

Pamela Alejandra Ortiz Mera.
VALDIVIA – CHILE
2006

Profesor patrocinante:

Nombre : Sra. Ana Luisa Cisternas M.
Profesión : Enfermera docente.
Grados : Magíster en Gerontología y Geriatria.
Magíster modelado del conocimiento para entornos virtuales
educativos ©
Doctorado en geriatría ©
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : Sra. Beate Messing Grube.
Profesión : Enfermera docente.
Grado : Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria.

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

2) Nombre : Srta. Tatiana Victoriano R.
Profesión : Enfermera docente
Grados : Magíster en desarrollo Humano ©

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

INDICE DE MATERIAS

1. RESUMEN	06
2. SUMMARY	07
3. INTRODUCCION	08
4. MARCO TEORICO	10
5. OBJETIVOS	35
6. MATERIAL Y METODO	36
7. RESULTADOS	44
8. DISCUSION	58
9. CONCLUSIONES	62
10. BIBLIOGRAFIA	66
11. ANEXOS	68

INDICE DE GRAFICOS

- Gráfico N°1:** Relación numérica por tramos de edad del número de madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006 y que participaron en el presente estudio. 44
- Gráfico N°2:** Relación porcentual del nivel de escolaridad que presentan madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006. 46
- Gráfico N°3:** Relación porcentual por estado civil de madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia, entre Abril – Junio del 2006. 47
- Gráfico N°4:** Relación porcentual con quienes viven actualmente madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006. 48
- Gráfico N°5:** Relación porcentual de la actividad actual que se encuentran realizando madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006. 49
- Gráfico N°6:** Relación porcentual de ingresos mensuales apróx. Que se dispone en los hogares de madres adolescentes primíparas entre 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006. 50

Gráfico N°7: Relación porcentual del nivel socioeconómico actual según la encuesta socioeconómica del INTA, que presentan madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.

51

Gráfico N°8: Relación porcentual de la presencia de signos ansiosos, según la aplicación de la escala de Goldberg, en madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.

52

Gráfico N°9: Relación porcentual de la presencia de signos depresivos, según la aplicación de la escala de Goldberg, manifestado en madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.

53

Gráfico N°10: Relación porcentual del grado de apoyo familiar, según la aplicación de la escala de Zimet, percibido por madres adolescentes primíparas entre 15-19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.

54

Gráfico N°11: Relación porcentual del grado de apoyo de amigos, según la aplicación de la escala de Zimet, percibido por madres adolescentes primíparas entre 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.

55

Gráfico N°12: Relación porcentual del grado de apoyo social percibido, según la aplicación de la escala de Zimet, percibido por madres adolescentes primíparas entre 15 – 19 años de edad que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.

56

Gráfico N°13: Relación porcentual del grado de autoestima, según la aplicación de la escala de Coopersmith, percibido por madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.

57

1. RESUMEN

En el presente estudio se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, no experimental y transversal (Abril - Junio 2006); la cual pretende describir el perfil psicosocial de las madres adolescentes primíparas entre los 15 y 19 años de edad.

Para ello se trabajó con 25 madres primíparas adolescentes, que asisten a control puerperal con las Matronas del Consultorio Externo de Valdivia. Dentro de los requisitos considerados para la selección de la población de muestreo se trabajó con las fichas clínicas de estas mujeres, considerando cuatro factores para su selección: el primero que sean madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que vivan en los sectores de las poblaciones Yáñez Zavala y Pablo Neruda, que sus hijos tengan entre 3 y 6 meses de nacimiento y que estas madres se encuentren en control puerperal dentro del Consultorio.

Los resultados de la presente investigación fueron obtenidos a partir de la realización de visitas domiciliarias, dentro de las cuales se aplicaron cinco instrumentos de estudio que fueron los siguientes: una encuesta de antecedentes biodemográficos, la encuesta socioeconómica del INTA, la aplicación de la escala de Goldberg, para determinar la presencia de síntomas ansioso-depresivos; una escala multidimensional de apoyo social general percibido de Zimet y un test de autoestima de Coopersmith. Los resultados arrojados por esta investigación fueron analizados por el programa SPSS versión 10.

Dentro de los resultados obtenidos se puede concluir que la mayoría del grupo en estudio ha presentado: deserción escolar tanto primaria como secundaria (sólo cuatro continúan con sus estudios), la mayor parte son solteras y una cantidad mínima casadas, viven en compañía de sus padres, no se dedican a ninguna actividad fuera del hogar, son de nivel socioeconómico medio-bajo, con una fuente de ingreso mensual que fluctúan entre \$30.000 y \$50.000 aprox.; el jefe de familia se encuentra sin trabajo estable y es el único miembro que carga con el sustento económico, sus hogares son de escasos recursos y malas condiciones de vida. De este grupo, un 44% presenta signos de depresión y un 36% de ansiedad; un 56% percibe un alto apoyo de sus familias y un 52% un mediano apoyo de sus amigos, pero su nivel de autoestima se ve notablemente perjudicado, ya que un 68% presentan una autoestima baja.

2. SUMMARY

This is a quantitative, descriptive, no experimental, transversal (April-June 2006) and prospective research, which describes the psychosocial profile of adolescent primiparous mothers between 15 and 19 years old.

In this research we worked with 25 adolescent primiparous mothers, who attended to puerperal control with their obstetricians in the Consultorio Externo de Valdivia, In order to select the sampling population we worked with adolescent mothers' clinical records. This sampling population needed to satisfy four requirements. First, the women must be adolescent primiparous mothers between 15 and 19 years old. Second, they must live in social risk sectors like Yañez Zavala and Pablo Neruda villages. Third, their children must be between 3 and 6 months old. Finally, these mothers must be in puerperal control in the Valdivia's external Public Clinic.

The results of this research were achieved by making home visits. In these home visits were applied five research instruments. These instruments were: a biodemographic background survey, the INTA socioeconomic survey, the Goldberg's scale to detect anxious-depressive symptoms, a multi-dimensional scale of general social support (Zimet) and a Coopersmith self-esteem test. The statistical results of this research were analyzed by the SPPSS program version 10.

So far, with results obtained, it is possible to conclude that the majority of adolescent primiparous mothers present elementary and high school dropouts (only four mothers continue with their studies). Besides the majority of them are single mothers (only few of them are married). Also, they live with their parents and they do not practice any other activity than stay at home and take care of their children. Further, they belong to the medium-lower socio-economic class and their monthly income is approximately between \$30.000 and \$50.000. In addition, the head of the family is unemployed and usually he is the only person who works and gives the economic support to the family. Furthermore, their houses are located in social risk sectors and their families live in very bad conditions. Finally, in this group of 25 adolescent primiparous mothers, 44% present depressive symptoms and 36% present anxious symptoms. In addition, 56% of these mothers perceive a great support from their families, 52% perceive a medium support from their friends and their self-esteem level is seriously damaged; as 68% of these women present a low self-esteem.

3. INTRODUCCION

El embarazo adolescente es definido como: “aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica”(11.1). También el período de la adolescencia es definido como: “una etapa de la vida en la cuál comienzan a desarrollarse todas las funciones sexuales favorecidas por la producción de hormonas, que permiten la maduración de los órganos sexuales tanto femenino como masculino incluyendo las células sexuales femenina u óvulo masculina como espermatozoide”(11.1). Sin duda, esta última definición nos deja en claro que en los jóvenes a temprana edad su organismo se encuentra preparado para la procreación, sin embargo, la madurez emocional que estos requieren para aceptar y enfrentar tal responsabilidad no es la adecuada.

Uno de los graves problemas que conlleva el embarazo adolescente para nuestra sociedad, es el aumento en las cifras de pobreza; ya que la población más afectada por esta condición es de estratos socioeconómicos bajos, lo que contribuye a aumentar el grado de pobreza y hacinamiento de estas familias, favorecido por la deserción escolar y el aumento en el número de adolescentes incorporados precozmente al trabajo (en su mayoría en la calle), exponiéndose estos a adquirir hábitos nocivos para su salud y manifestando conductas de riesgo.

Ante el presente panorama la preocupación es notoria; los centros de atención primaria se ven enfrentados a un gran desafío con los adolescentes, urge la creación de programas de educación sexual y de prevención del embarazo, tanto a impartir en escuelas como en los consultorios, debido al inicio de la actividad sexual precoz y el aumento en el número de madres adolescentes. Esta situación las lleva a un declive en su autoestima y genera, en la gran mayoría de ellas, problemas de ansiedad y estados depresivos y un marcado deterioro de la imagen personal. Se ven obligadas a crecer y a madurar antes de tiempo a tomar decisiones y aceptar responsabilidades que no son atribuibles a su edad.

Las Matronas del Consultorio Externo de Valdivia trabajan con un grupo estimado de 3.913 mujeres, dentro de las cuales 459 corresponden a madres adolescentes entre los 15 y 19 años de edad. En la presente investigación se trabajó con un grupo de 25 madres adolescentes que se encuentran en control de puerperio con las Matronas de dicho centro de salud. Es de importancia considerar que esta entidad atiende a una población total de 34.277 personas de la comunidad de Valdivia. Este Consultorio cuenta con una serie de programas para mejorar la calidad de salud de la población, contando con un programa de

atención de la mujer, el cual contempla a su vez los programas de salud sexual y reproductiva y el de salud ginecológica. Es así como éste presta atención a 19.190 mujeres, dentro de las cuales 9.200 corresponden a adolescentes.

El presente trabajo pretende motivar e incentivar a la Enfermería en su trabajo con los adolescentes por ser un grupo predispuesto a experimentar conductas de riesgo, cuya herramienta principal para contrarrestar esta situación es la educación, la confianza y la riqueza del diálogo que uno logra entablar con ellos. Me es interesante abordar este tema dentro de esta investigación, considerando la poca existencia de programas para prevenir futuros embarazos en las adolescentes; más bien los hay cuando la joven ya ha sido madre para evitar posteriores embarazos. Además, la ausencia de Enfermeras en las escuelas, con un aumento significativo día a día de jóvenes en alto riesgo social, da cuenta de lo poco que aprovechamos y lo mucho que nos queda por trabajar. También, dentro del mismo tema, no podemos dejar de lado a la familia; se hace necesario en la joven madre adolescente trabajar dentro de éstas, reforzando los roles que se han visto alterados en ella y lograr adaptar a sus miembros y a las jóvenes madres en la aceptación de esta nueva condición, reforzando la autoestima, evitando la deserción escolar y las conductas de riesgo además de fomentar la planificación familiar. En este ámbito se considera de relevancia analizar las repercusiones que pueden desencadenar en una adolescente un embarazo no deseado, para ello se hace necesario el estudio de las características de sus familias, el grado de apoyo social percibido, su nivel de autoestima y la presencia o ausencia de sintomatología ansioso – depresiva.

4. MARCO TEORICO

4.1 Indicadores demográficos generales:

La población total de nuestro país corresponde, según las cifras obtenidas en el último Censo 2002, a 15.116.435 habitantes. De los cuáles 7.668.740 corresponden a mujeres y 7.447.695 a varones (Ver tabla 1).

Tabla 1. Población total, por área urbana rural y sexo, según división político administrativa, grupos de edad y años de edad(11.2).

División político administrativa, grupos de edad y años de edad.	Total		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total país	15.116.435	7.447.695	7.668.740
15 19 años	1.280.089	651.713	628.376
	Urbana		
Total país	13.090.113	6.366.311	6.723.802
15 19 años	1.120.774	546.061	556.713
	Rural		
Total país	2.026.322	1.081.384	944.938
15 19 años	159.315	87.652	71.663

Fuente: Censo 2002.

En nuestro país existe una mayor población de mujeres con respecto a la de varones, concentrándose un mayor número de varones en el sector rural y de mujeres en el sector urbano. En total existe en nuestro país 1.280.089 jóvenes entre los 15 a 19 años de edad. Dentro de lo cual se puede determinar que: “La población infantil, adolescente y juvenil, corresponde a 7.044.235 habitantes, que representa al 46,3 % de la población total nacional”(11.2). Estas cifras nos hacen darnos cuenta que casi la mitad de la población total corresponde a un grupo de población infanto-juvenil.

Dentro de la provincia de Valdivia existe un total de 356.396 personas; de las cuales 178.457 corresponden a varones y 178.457 a mujeres. Distribuida en 243.339 en el sector urbano y 113.057 en el rural (Ver tabla 2).

Tabla 2. Población total de la provincia de Valdivia, por área urbana rural según sexo(11.2).

	Total		
Provincia de Valdivia total	Ambos sexos	Varones	Mujeres
	356.396	178.457	177.939
	Urbana		
Provincia de Valdivia total	243.339	118.357	124.982
	Rural		
Provincia de Valdivia total	113.057	60.100	52.957

Fuente: Censo 2002.

4.1.1 Fecundidad Juvenil:

En la provincia de Valdivia existe un total de 131.595 mujeres mayor o igual a 15 años, dentro de las cuáles 15.530 se encuentran entre los 15 a 19 años de edad. Dentro de la provincia 122.876 mujeres se encuentran con fecundidad declarada viéndose representado en su mayoría por la presencia de hijos correspondiendo estas a 97.213; y dentro del grupo de mujeres entre los 15 a 19 años 11.652 se encuentran con fecundidad declarada, siendo 9.580 por la ausencia de hijos (Ver tabla 3).

Tabla 3. Población femenina de 15 años o más con fecundidad declarada, por número total de hijos nacidos vivos y promedio de hijos de mujer, según región, provincia, área urbana rural y grupos de edad de la madre(11.2).

Región, provincia, área urbana rural y grupos de edad de la madre.	Población femenina de 15 años o más.		Fecundidad no declarada.		
Provincia de Valdivia urbana rural.	131.595		8.719		
15 a 19 años	15.530		3.878		
Fecundidad declarada					
	Total	Sin hijos	Con hijos	Hijos nacidos	
				Números vivos	Promedio de hijos por mujer
Provincia de Valdivia urbana rural.	122.876	25.663	97.213	308.323	2,51
15 a 19 años	11.652	9.580	2.072	2.583	0,22

Fuente: Censo 2002.

“En 1998 fueron registrados en Chile 257.105 nacimientos; dentro de los cuales el 79.19% correspondió a hijos de madres de 21 años y más, y el 20.9% resultaron ser hijos de madres menores de 21 años”(11.2). Lo que deja a la vista que ha ido disminuyendo el número de embarazos en edad escolar durante el último tiempo. Con respecto a esto último, si analizamos el caso de madres mayores o igual a 21 años podemos señalar que entre los años 1980 a 1998 han presentado las mayores cifras en el número de hijos nacidos vivos con respecto a las madres mayores de 21 años. El menor número de hijos nacidos vivos se da en el año 1990 y corresponde a madres menores de 21 años respectivamente. (Ver tabla 4).

Tabla 4: Total de nacidos vivos en mujeres mayores y menores de 21 años, entre los años 1980 hasta 1998(11.2).

Año	Nacidos Vivos Edad de la madre		Total	Porcentaje Edad de la Madre	
	21 y más años	Menor de 21 años		21 y más años	Menor de 21 años
1980	180.030	54.632	234.662	76,7	23,3
1985	198.389	50.490	248.879	79,7	20,3
1990	237.144	55.002	292.146	81,2	18,8
1995	213.004	52.928	265.932	80,1	19,9
1998	203.434	53.671	257.105	79,1	20,9
Fuente: INE, Anuarios de estadísticas Vitales.					

Las mayores tasas de fecundidad se dan entre los 20 a 29 años de edad; presentando un significativo descenso en el año 1998 con respecto al año 1980. Esto se debe al giro que dio a nivel mundial el uso de métodos anticonceptivos favoreciendo el control de la natalidad (Ver tabla 5).

Tabla 5: Tasas específicas de fecundidad por edad de la madre en los años 1980 y 1998(11.2).

Año	Grupos de edad de la madre (por mil mujeres en edad fértil)						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1980	69.7	162.0	147.1	98.0	54.7	20.9	3.1
1998	70.2	110.4	112.8	89.0	50.8	13.8	0.8
Fuente: INE; Anuarios de Estadísticas Vitales, 1980 y 1998.							

En los años 1980 y 1998 la mayor tasa de fecundidad por edad de la madre correspondió a los 17 años y en su minoría a los 15 años de edad. Se puede concluir que desde los años 1980 a 1998 las tasas de fecundidad de las adolescentes en etapa escolar ha tenido una dinámica de ascenso considerable. Esto nos hace darnos cuenta del giro en la conducta sexual de los adolescentes en esta década (Ver tabla 6).

Tabla 6: Tasas específicas de fecundidad adolescentes por edad de la madre en los años 1980 y 1998 (Nacidos vivos por cada 1000 mujeres del grupo de edad)(8.2).

Año	Edad de la madre		
	15 años	16 años	17 años
1980	13	33	59
1998	23	50	71
Fuente: INE, Estadísticas Vitales.			

Durante la última década podemos mencionar el significativo cambio en el grupo de madres adolescentes según su estado civil, considerando que en el año 1980 un 60% de las madres adolescente se encontraban casadas y en el año 1998 el 77% corresponde a madres adolescentes solteras (Ver tabla 7). Esto nos hace darnos cuenta que actualmente la población ha postergado la edad de matrimonio y que la llegada de un hijo marca el inicio de una nueva etapa, pero no implica el vínculo del matrimonio. Actualmente el número de mujeres casadas va en un constante descenso ya que el ritmo de vida y las expectativas tanto laborales como profesionales a futuro han favorecido esta dinámica a nivel mundial.

Tabla 7: Maternidad adolescente según estado civil por cada 100 nacidos vivos en los años 1980 y 1998(11.2).

Estado Civil	Año 1980	Año 1998
Casada	60%	23%
Soltera	40%	77%
Fuente: INE		

4.2 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años"(11.4). Se ha definido": Como un periodo que si bien no es sencillo determinar con precisión el tiempo o edad específica en la cual se desarrolla, ha podido establecerse que se extiende desde los 10 a 20 años de edad"(11.18).

La adolescencia es definida para muchos como una etapa intermedia, el paso de la niñez a la edad adulta. Como un período de la vida el cuál se caracteriza por la presencia de cambios tanto físicos como en la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la madurez de sus órganos sexuales y de la capacidad reproductora; también se destacan cambios en la esfera psicológica en especial a nivel emocional e intelectual frente a los cuáles deberá ser capaz de aceptar como suyos.

La adolescencia también se caracteriza por ser un período de extrema vulnerabilidad, el adolescente busca experimentar conductas nuevas, la gran mayoría de riesgo, en pro al encuentro de su verdadera identidad. En esta etapa va en búsqueda de lo desconocido, no mide riesgos, se vuelve innovador y en muchos casos se deja llevar por conductas de rebeldía que lo hacen enfrentarse a los adultos. Se aleja de sus padres estableciendo fuertes lazos de amistad con su grupo de amigos con quienes comparte ideas y gustos en común.

4.3 CAMBIOS EN EL ADOLESCENTE

4.3.1 Desarrollo físico

El adolescente experimenta en la primera etapa conocida como prepuberal un aumento en la velocidad de su crecimiento. Afloran en él los caracteres secundarios; en la mujer todo comienza con el desarrollo del botón mamario (telarquia), viene una etapa de crecimiento acelerado, lo sigue la aparición del vello pubiano, comienza el desarrollo de la areola mamaria y por consiguiente el desarrollo de la glándula mamaria, la sudoración y el crecimiento del vello axilar. En el varón aparece el aumento del volumen de los testículos, posteriormente el aumento de tamaño del pene y también del saco escrotal. También surgen cambios en el tono de la voz y el crecimiento del vello axilar.

Esta etapa finaliza con las primeras poluciones nocturnas en los varones y en la mujer con la esperada menarquia la cuál se da inicio 1,5 y 2 años posteriores a la telarquia. Se hace referencia que en Chile en promedio “ la menarquia ocurre a los 12,6 años, correspondiendo en el 30% de los casos al grado III de Tanner y el 90% ya la ha alcanzado en el grado IV de Tanner”(11.6). Es decir, el último signo de madurez en las niñas es la menarquia, cuando ya todo el desarrollo orgánico se ha completado.

El desarrollo físico y el crecimiento se terminan de completar en las siguientes etapas, en los varones por un aumento de su masa corporal por sobre su crecimiento. En tanto que en las niñas después de la aparición de la menarquia viene una desaceleración de su crecimiento.

4.3.2 Desarrollo intelectual

Durante la etapa prepuberal es característico en el adolescente el surgimiento de un pensamiento hipotético deductivo, es decir, es capaz de abstraerse de su realidad, pero durante la etapa de la adolescencia media ya es capaz de incorporar un pensamiento formal; tiende a razonar y meditar ante sus actos, establece un criterio claro ante la toma de sus decisiones y la expresión de sus ideas.

En la adolescencia tardía logra alcanzar un pensamiento operatorio formal similar al que incorporará el adolescente en la edad adulta.

4.3.3 Desarrollo afectivo

En esta etapa es característica la conducta impulsiva y arriesgada del adolescente, existe una marcada pérdida de su control y del dominio de sí mismo. Hay un fuerte quiebre con pérdida de interés en su rendimiento escolar. Experimenta fuertes cambios a nivel emocional, lo cuál lo muestra muy débil en ciertas ocasiones.

Se aleja de los padres y el grupo de amigos pasa a concentrar todo el interés del adolescente; sus amigos se transforman en sus confidentes más cercanos y en quiénes depositan toda su confianza. La mirada al sexo opuesto cobra también importancia, durante este período comienzan las primeras relaciones de pareja. En la adolescencia tardía se inicia la búsqueda de la independencia, el encuentro consigo mismo.

4.3.4 Desarrollo psicosocial y familiar

En la primera etapa el adolescente comparte con grupos de amigos de ambos sexos. Se caracteriza por haber cierto distanciamiento hacia los padres y una fuerte conducta de rebeldía para con ellos. Surgen fuertes conflictos familiares y duras críticas; se comparte más con los amigos que con la familia. La búsqueda de un modelo a seguir estará en el grupo de amigos.

Sin embargo, en la adolescencia tardía se consigue la reintegración del adolescente a su familia, con un buen clima de armonía familiar consiguiendo en esta etapa el cumplimiento en el logro de su identidad, en concebir para sí mismo de un estado de intimidad e integridad; además del establecimiento de la independencia tanto física como psicológica de sus padres.

4.4 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia se divide en tres etapas: Inicial o prepuberal: 10 a 13 años; Media o puberal: 14 a 17 años y Tardía: a partir de los 18 años. Según el programa de atención integral al adolescente, estas etapas son clasificadas en las siguientes:

4.4.1 Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Es definido como el periodo peripuberal, en el cual se manifiestan grandes cambios corporales y funcionales. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por el contacto y la cercanía con los padres, por lo cuál inicia amistades con individuos del mismo sexo. Intellectualmente se ven aumentadas sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no es capaz de controlar sus impulsos y se plantea a futuro metas vocacionales no aplicables a su realidad. También durante este período surge gran preocupación sobre su imagen corporal, por sus cambios corporales, que suelen no ser del todo aceptables, con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Nace en esta etapa la intimidad o el despertar del propio “yo”. Una etapa de crecimiento psíquico, físico y de maduración sexual. No existe aún conciencia de lo que ocurre. Es capaz de darse cuenta por primera vez de sus limitaciones y debilidades lo que lo lleva a sentirse indefenso ante ellas.

Existe gran desequilibrio y labilidad emocional la cuál se ve manifestada por una sensibilidad exagerada e irritabilidad. No se siente parte del mundo de los adultos, le cuesta poder encajar. Se siente refugiado en el grupo de amigos y de pares, aunque también manifiestan períodos de soledad.

4.4.2 Adolescencia media o puberal (14 a 17 años)

Es definida como la adolescencia propiamente tal; durante la cual el adolescente ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo. Psicológicamente es considerado como una etapa de máxima relación con sus pares, compartiendo valores, sentimientos y conflictos ocurridos con sus padres.

Es considerada como la edad promedio de inicio de experiencias nuevas (en su mayoría riesgosas); experimentan hábitos nuevos e inician precozmente su actividad sexual. Se sienten invulnerables, que nada los puede llegar a afectar, experimentan y asumen conductas casi siempre generadoras de riesgo. Se sienten muy preocupados y acomplejados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo que les sea atractivo, no se sienten conformes y se sienten guiados por la moda actual visto como una forma de acertamiento dentro de su grupo de amigos.

Surge la necesidad de amar y de sentirse amados, de establecer amistades duraderas. También aparecen los primeros amores. Existe miedo a la opinión de los otros, el adolescente experimenta timidez y pérdida de seguridad y confianza sobre sí mismo.

Existe gran autocrítica sobre cada uno de los actos y comportamientos inconformistas y sentimientos de frustración de sí mismo.

4.4.3 Adolescencia tardía (a partir de los 18 años hasta los 21 aprox.)

Durante esta etapa se manifiestan escasos cambios físicos; ya es capaz de aceptar su imagen corporal, logra un acercamiento hacia sus padres, sus ideas y valores presentan un enfoque más adulto; adquiere una mayor importancia las relaciones íntimas y de pareja tornándose estas más sólidas y con visión a un futuro; el grupo de pares va perdiendo jerarquía; se desarrolla en el adolescente durante esta etapa su propio sistema de valores con metas vocacionales claras afrente a su realidad.

Logra encontrarse consigo mismo, se encuentra más adaptado e insertado a la sociedad de la que forma parte. Se siente más seguro y confiado de él mismo, de sus capacidades y toma de decisiones, su conducta es mucho más conciente y se torna responsable por lo que se considera menos vulnerable a las dificultades. Etapa de mayor autodominio. Es considerada un período de importantes toma de decisiones a futuro tanto en lo personal como en lo laboral a modo de proyectar su vida para un futuro próximo.

Es de importancia para los profesionales de la salud u otros que trabajan diariamente con adolescentes conocer las características de cada una de las siguientes etapas, a modo de poder identificar los cambios por los que cursan tanto desde el punto de vista psicológico, biológico como social; también así nos permite comprender sus actitudes para poder evitar conductas de riesgo frente a las cuales se puedan ver expuestos; como en el caso de un embarazo no planificado considerando que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"(11.6).

4.5 DESARROLLO SEXUAL DEL ADOLESCENTE

Declaración que realizó el Comité sobre Embarazo Adolescente del estado de Nueva Jersey y de Estados Unidos en 1988: "La sexualidad es una parte integral de nuestras vidas desde el momento del nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto. La sexualidad debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano, no como un secreto a ser guardado por el silencio del adulto. Las opiniones y las percepciones acerca de los roles del adolescente y del adulto deben de basarse en el respeto mutuo y ser examinadas dentro del contexto de realidades y expectativas sociales. El tema crucial es la

calidad de vida para todos los niños y adolescentes, la proposición de que ellos alcancen su potencial y que cuando el camino sea duro, recibirán apoyo y ayuda”(11.7).

La sexualidad en el adolescente se ve manifestada desde un comienzo por la serie de cambios físicos y psicológicos que los jóvenes comienzan a experimentar. El hecho de ir conociendo, descubriendo y aceptando los cambios que van ocurriendo tanto en su cuerpo como en la manera de pensar y de actuar los hace ir enfrentando a diario a lo que es su sexualidad. Una sexualidad que aún desconocen y que les cuesta bastante aceptar; que sólo es comentada y compartida con los grupos de amigos más cercanos y frente a la cual se sienten diariamente expuestos tanto a nivel social por medio de la publicidad como a nivel cultural.

4.6 MAGNITUD ACTUAL Y TENDENCIA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Es una realidad que cada día miles de jóvenes adolescentes se ven expuestas a adoptar una faceta prematura de madres, sin tener la posibilidad de haber podido disfrutar de su juventud. Muchos países se enfrentan con este problema a diario; es definido como un problema de carácter social con graves implicancias sociales. Estudios a nivel Latinoamericano han revelado que: “La fecundidad total y la del grupo de 15 a 19 años han disminuido en la región de las Américas. Sin embargo, estos descensos no han sido de igual magnitud en todos los grupos etáreos, ni en todos los países. La tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años en América Latina fluctúa entre 60 y 130 nacimientos por 1.000, tendiendo, en general, las tasas de fecundidad en adolescentes a ser más altas en los países de fecundidad alta”(11.8). Esta situación deja a la vista que si bien las tasas de fecundidad han disminuido en algunos países de América, en otros se han mantenido en ascenso, considerando en especial, al grupo de jóvenes entre los 15 a los 19 años.

También se ha descrito que: “Aunque la tasa de fecundidad en adolescentes tiende a declinar, el mayor descenso de la tasa de fecundidad específica en edades superiores hace que la proporción de embarazos e hijos en menores de 20 años aumente; el número absoluto de hijos de adolescentes también aumenta por el aumento del número de población adolescente: el grupo de mujeres de 15 a 19 en América Latina subió desde 8 millones en 1950 a algo más de 22 millones a la vuelta del siglo. Los nacimientos en madres menores de 20 son alrededor del 15% con algunos países que superan el 18%. Así, cada año unas 3.300.000 adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo, ignorándose el número de abortos”(11.8). Es un hecho que dentro de los embarazos adolescentes en América Latina, las mayores tasas de fecundidad abarcan el grupo entre los 15 a 19 años,

descartándose el número de mujeres embarazadas que logran interrumpir sus embarazos. La tasa de fecundidad ha disminuido en edades superiores a los 20 años de edad.

Los estudios muestran que en: “Chile, en 1998, presenta una tasa de natalidad de 18,3 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, con un promedio de 2,3 hijos por mujer en edad fértil. La tasa de fecundidad específica es de 67,3 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años, siendo la proporción de nacimientos de madres de este grupo etario de 15% (incremento desde 10,5% en los años 60). Los padres de estos niños son también jóvenes, con 80 a 90% entre 15 y 24 años. Así en los últimos años, nacen aproximadamente 40.000 niños hijos de madres de 10 a 19 años, la gran mayoría de las cuales tiene entre 15 y 19 años”(11.8).

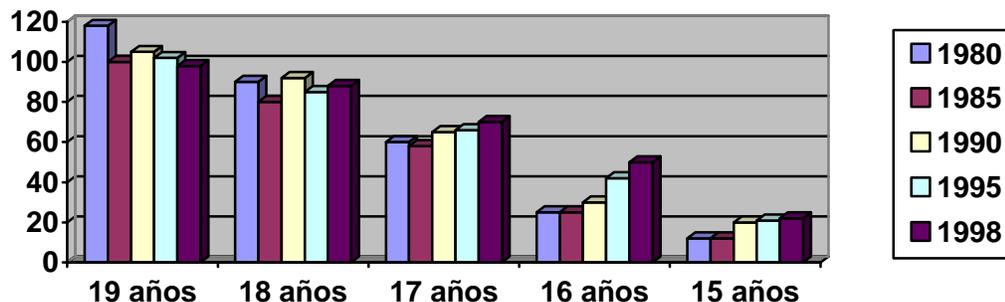
La realidad de nuestro país es que cada vez a edades más precoces mayor número de adolescentes quedan embarazadas, el grupo de mayor susceptibilidad corresponde al de 15 a 19 años, esto demuestra la tendencia en el inicio precoz de la actividad sexual de los jóvenes en nuestro país.

4.7 EMBARAZO ADOLESCENTE

Estudios a nivel nacional determinaron que: “Cada año más de 40 mil adolescentes Chilenas se dan cuenta que están embarazadas, una tendencia que se viene dando desde la década del 80”. Pero cabe considerar que: “La fecundidad promedio de las mujeres Chilenas cae progresivamente, pero la tasa de embarazos adolescentes aumenta significativamente”(11.9). Actualmente mayor número de adolescentes son madres postergándose la maternidad en edades superiores.

La dinámica a nivel país entre los años 1980 a 1998 deja en claro lo siguiente: “En 1990 los hijos de madres menores de edad constituían el 11% del total de nacidos vivos; hoy esa cifra se eleva al 16%. Este fenómeno se hace aún más evidente si observamos que la tasa de fecundidad de las jóvenes de 17 años, entre 1980 y 1998, creció de 59 a 71 nacidos vivos por cada mil mujeres de esa edad. De igual forma, en las jóvenes de 16 años aumentó de 33 a 50, y en las de 15 años, de 13 a 23 años”(11.9). (Ver gráfico1)

Gráfico 1; Tasas de embarazos por grupos de edades durante los años 1980 hasta 1998



Fuente INE, Anuario de Estadísticas Vitales de los años 1980, 1985, 1990, 1995 y 1998.

Existen estudios que han demostrado que la gran mayoría de las jóvenes adolescentes quedan embarazadas el 50% en los seis primeros meses de inicio de actividad sexual, un 20% en el primer mes; lo cual nos deja ver que existe un desconocimiento y una falta de información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos por parte de ellas. Otros estudios a nivel Latino Americano, revelaron que los adolescentes son el grupo que utiliza menos los métodos anticonceptivos lo que no quiere decir que estos los desconozcan, en su mayoría se hace referencia que es por miedo a que sus padres descubran que han iniciado actividad sexual, lo cuál deja en evidencia el riesgo que adquieren de un embarazo y de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Se describe que: “Durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año”(11.9). Esto deja por conclusión que la gran mayoría de las madres adolescentes tienen una tendencia a volver a presentar un embarazo, se contemplan como factores de riesgo tener un embarazo antes de los 16 años, tener una pareja que tenga más de 20 años, deserción escolar y haber necesitado de asistencia social ante el primer embarazo, haber presentado un embarazo de riesgo con complicaciones y el no haber recibido información adecuada sobre planificación familiar y el correcto uso de métodos anticonceptivos.

Muchas de las madres adolescentes deben dejar las antiguas actividades que antes acostumbraban a realizar para dedicarse al cuidado de sus hijos, en su mayoría derivando a la deserción escolar, a la incorporación anticipada al trabajo y el abandono de los cuidados de sus hijos (quedando en manos de las abuelas u otro miembro de la familia). También estudios en el ámbito nacional han determinado que: “Un 48% de las madres adolescentes son pobres, y una gran mayoría de ellas asume la maternidad en solitario. Por eso, muchas

se ven obligadas a ingresar al mundo laboral para poder mantener a su hijo, con lo cual abandonan definitivamente la educación formal y de paso reducen sus posibilidades de encontrar un trabajo bien remunerado”(11.9). Esto conlleva a un grave problema social, se reducen las posibilidades de que estas jóvenes puedan surgir de su estrato socioeconómico bajo, acrecentándose aún más los niveles de pobreza y las necesidades de estas familias.

La mayoría de estas madres adolescentes asumen tanto la maternidad como la paternidad, un gran porcentaje son abandonadas por sus parejas lo que determina que la gran mayoría de sus hijos sean criados sin una imagen paterna; esto conlleva a que los niños presenten problemas tanto a nivel conductual, académico y la presencia de trastornos psicológicos.

4.8 ETIOLOGIA Y FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Existe una gran cantidad de factores bajo los cuales se ven influenciado el embarazo en los adolescentes, por lo que podemos desglosar los siguientes:

4.8.1 Factores biológicos:

El primer signo de madurez sexual en las mujeres lo constituye la menarquía. “El inicio de la menarquía es un factor fundamental en el inicio en la capacidad reproductiva, ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan alrededor del 50% 2 años después del inicio de la primera menstruación. Entre los fenómenos que constituyen la aceleración del crecimiento está el adelanto de la edad de menarquía. En el último siglo, la menarquía se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 (últimos 150 años)”(11.8). Estos datos nos hacen darnos cuenta que cada vez se adelanta aún más el promedio de edad de la menarquía; a edades tempranas el organismo de las adolescentes está preparado para la procreación, esto determina que las adolescentes inicien su actividad sexual a edades cada vez menores; por lo que los programas de educación sexual dentro de las escuelas deberán impartirse cada vez a cursos menores a modo de informar precozmente sobre sexualidad y métodos de prevención del embarazo. El adelanto en el inicio de la menarquía nos hace comprender los cambios en la conducta y actitudes que manifiesta el adolescente hacia el sexo opuesto.

4.8.3. Conducta sexual:

La conducta sexual en los adolescentes cada vez es de inicio precoz. Se afirma que: "Existe escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En 8 países participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%)"(11.8). Sin lugar a dudas el estrato socioeconómico bajo es aquél que mantiene las cifras más altas de embarazo adolescente, acrecentado los niveles de pobreza y las necesidades a las que se ven y verán expuestas sus hijos a futuro. Por esto es que urge fomentar programas de educación sexual contemplando cada vez edades más precoces a modo de reducir la desinformación sobre este tema a futuro.

Dentro de los estudios realizados se ha arrojado que: "La relación sexual precoz es extendida en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional"(11.8). Para la mayor parte de la clase media, la continuidad por los estudios el alcance del éxito y estabilidad laboral, económica y emocional pasan a determinar un inicio de actividad sexual tardío. Las prioridades pasan a ser otras, se piensa antes de actuar, se tiene mayor conocimiento, acceso y utilización de los métodos anticonceptivos.

4.8.4 Disfunción familiar:

Dentro de los hogares es frecuente encontrar problemas que determinen un mal funcionamiento familiar: "El cuál puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo que puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres"(11.8). Estos sucesos dentro de un hogar pueden ser causantes de una seguidilla de embarazos; la única vía de escape frente a la cual recurren muchas adolescentes para salir de los problemas de su entorno familiar, creen optar por el camino adecuado, sin embargo al corto plazo se dan cuenta que acrecienta aún más las necesidades y problemas de disfunciones familiares que ya tenían.

4.8.5 Psicológicos y Culturales:

Autores definen que: “Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar". La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia”(11.8). Los adolescentes pasan por una serie de cambios psicológicos que van guiando su conducta; en especial aquella que lo motiva en la iniciación sexual la cual se ve influenciada por su pensamiento liberal, guiado por sus impulsos, el hecho de vivir experiencias nuevas, no preocupándose de los actos ni midiendo el impacto que pudiesen llevar estos.

Se considera que:”En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El "machismo" y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno”(11.8). En estos estratos sociales pobres y disminuidos, las expectativas a futuro son casi nulas e inexistentes, el embarazo es un hecho aceptado por muchos.

4.8.6 Sociales:

Se ha determinado en algunos estudios que “Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo”(11.8). Esta realidad es la que acontece en nuestro país, considerando el medio ambiente social en el que se desenvuelven las madres adolescentes y la gran cantidad de factores de riesgo frente a los cuáles ellas y sus hijos en un futuro próximo se verán expuestos.

También se ha visto que: “Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual”. Además ha contribuido a esto: “La pérdida de la religiosidad”(11.8); lo cual contribuye al ejercicio de la sexualidad en los adolescente; los jóvenes cada vez se sienten más motivados al inicio de una actividad sexual precoz orientados por el medio publicitario.

4.9 PRINCIPALES PROBLEMAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Existe una serie de problemas que surgen a raíz de un embarazo precoz. Los principales problemas de un embarazo durante la adolescencia generan una serie de complicaciones en diversos aspectos tanto físicas y emocionales, para la madre, padre e hijo.

Para la madre adolescente trae consigo consecuencias especialmente a nivel físico; debido a que la joven todavía se encuentra en un proceso de crecimiento y desarrollo, por lo que un embarazo constituye un proceso que genera cambios dentro del organismo, la joven embarazada requiere de una mejor alimentación y tranquilidad.

En la mayoría de las adolescentes se genera una detención del crecimiento; ya que las proteínas destinadas sólo para la madre ahora deberán ser compartidas con su hijo. También debido a lo anterior surgen problemas de anemia y de desnutrición. Surge un aumento en la mortalidad materna; mayor riesgo de abortos espontáneos, nacimientos prematuros y de complicaciones durante el parto. Existe también un aumento en la probabilidad de presentar un nuevo embarazo; y también existe la posibilidad de tener mayor número de relaciones sexuales, seguidas, con frecuencia de varias parejas fomentándose conductas de promiscuidad y aumento mayor del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

A nivel psicológico y social la madre adolescente experimenta problemas de autoestima, como también frustraciones personales y sociales. La deserción escolar, es uno de los problemas más frecuentes a presentarse como también el abandono o cambio en los proyectos de vida. También surgen dificultades para poder educar con cariño al bebé, existe un mayor riesgo de separación, divorcio y abandono de la pareja. Ya no es tan frecuente, pero aún se presenta el rechazo social si el embarazo es fuera del matrimonio.

Para el padre la repercusión de un embarazo durante la adolescencia genera una mayor deserción escolar, el hecho de tener que trabajar y recibir un menor nivel de ingresos que los demás de su misma edad, causa cierto grado de disconformidad. También contribuye a una mayor tasa de divorcios ya que las parejas tienden a culparse la una a la otra. Surge estrés con una mayor incidencia de trastornos emocionales por la falta de recursos, impotencia por tener que verse enfrentado a trabajar anticipadamente sin poder continuar con sus estudios y ver quebrantados los sueños a futuro. Se hace frecuente la falta de contacto con los amigos por el poco tiempo que se dispone para divertirse. El adolescente se ve motivado a actuar y comportarse como adulto, a adquirir gran número de responsabilidades no acordes a su edad.

Para el hijo, que nace de forma no esperada en la adolescencia, generalmente tiene muchos riesgos como el de nacer en forma prematura con un bajo peso, lo que influye en el desarrollo de enfermedades infecciosas; también existe el riesgo de nacer con algún grado de deficiencia física y mental, debido a la inmadurez en las células sexuales femeninas como masculinas. Existe también la situación que al ser niño no deseado sea dado en adopción y en varios casos se puede dar que estos hasta son abandonados. Muchos adolescentes optan por tener a sus bebés aún cuando sean no deseados lo que puede repercutir en el desarrollo emocional del bebé.

También se ve de manifiesto que los hijos de padres adolescentes se cría la gran mayoría insertos en hogares con alteración de los roles familiares, en barrios con gran cantidad de carencias económicas, con graves condiciones en la vivienda, con grandes necesidades de abrigo, educación y de alimentación. Sectores donde ahonda la delincuencia y el abandono.

El hecho de verse obligados a formalizar una relación genera que la gran mayoría de estas uniones se vean quebrantadas ya sea por la violencia, los reproches, los chantajes o los celos, impedirán que su unión sea estable y permanente, lo que ocasiona también que al separarse tengan problemas de estabilidad emocional con cualquier otra persona.

4.10 IMPACTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en las adolescentes puede ser tomado de distintas maneras, dependiendo de la etapa en la cual la adolescente se encuentre:

4.10.1 Etapa de adolescencia temprana:

Estudios afirman que: "El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre. No hay concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebé de aspecto real. No hay lugar para el padre en sus planes"(11.8). Sin lugar a dudas la adolescente en esta etapa no concibe visualizar el impacto de lo que significa traer un hijo al mundo y la responsabilidad que deberá asumir el resto de su vida.

También se afirma que: "El tema de la maternidad provoca depresión y aislamiento. Puede presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica"(11.8). La futura madre presenta una gran sobrecarga emocional por el

paso abrupto de niña a mujer, lo cuál contribuye en la gran mayoría de casos a ocasionar síndromes ansiosos y hasta depresión ante la negativa psicológica de esta joven a tomar un rol de madre precipitado en este período de la vida que recién está aprendiendo a conocer y a disfrutar.

4.10.2 Etapa de adolescencia media:

Durante esta etapa la adolescente desarrolla una mezcla de sentimientos tanto de aceptación como de negación frente a su nueva condición. Estudios han afirmado que durante esta etapa: "El foco de desarrollo es el establecimiento de la identidad y de la feminidad. Es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de sentirse aislada, rechazada, no querida pasa a la euforia sintiéndose querida y popular. El embarazo, por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brindará madurez y crea expectativas"(11.8).

También es considerado que: "Su actitud es ambivalente, de orgullo y de culpa: la madre perfecta con su bebé y la desesperación por las responsabilidades que se le vienen encima. El padre tiene un lugar y es considerado importante como una esperanza en el futuro"(11.8). La joven madre se siente sobrecargada de responsabilidades y deberes a cumplir en pro del bienestar de su hijo; ve en su pareja la única forma de ayuda y de apoyo que tiene para salir adelante, la única persona que es capaz de comprenderla y de ponerse en el lugar en el que ella se encuentra.

4.10.3 Etapa de adolescencia tardía:

Esta etapa se caracteriza por ser: "El foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero(11.8)". Muchas jóvenes ven en el embarazo la única forma de escape de sus casas y la conformación de un nuevo hogar; con esta pareja creen poder establecer una relación sólida para el resto de su vida. Muchas confían en que la maternidad ayudará a consolidar esta relación de pareja y que la llegada de este hijo reafirmará el vínculo entre ambos.

"Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve el impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por adaptarse a su rol de madre: sentimientos maternales protectores y sensación de anticipación del hijo"(11.8). La llegada de este niño durante esta etapa es ampliamente esperada por la joven madre, surgen sentimientos de

cariño, ilusiones y fuertes sentimientos de apego frente a este niño. El embarazo es disfrutado a plenitud por la joven madre.

4.11 EMBARAZO EN ADOLESCENTES - SUS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES

“En el año 1996, la Asamblea General de la ONU establece que: "el tamaño de la familia debe ser una libre opción de la pareja.". Mientras que en 1968, durante la Primera Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Declaración de Teherán plantea que "los padres tienen derecho a determinar libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos." Es decir, se consagra el derecho a la planificación familiar, pero aún no se habla de Derechos Reproductivos (menos aún de derechos sexuales). En 1979 la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que ha sido ratificada por nuestro país y que en su art. 12, “exige se brinden a las mujeres servicios de atención adecuados en planificación familiar, embarazo, parto y puerperio”(11.10).

“Entre 1992 a 1996, se realiza un ciclo de Conferencias Internacionales de las Naciones Unidas, donde se reconocen los Derechos Reproductivos como tales y se produce un avance sin precedentes en esta materia, y también en parte, en los derechos sexuales. Entre estas conferencias, la más importante es la de El Cairo, de Septiembre de 1994, donde por primera vez la Comunidad Internacional define los términos "Derechos Reproductivos" y "Salud Reproductiva”(11.10).

Estos hechos nos muestran que hace bastante tiempo organizaciones se han preocupado por la mujer como foco de atención dentro de la salud reproductiva familiar. Cada familia es capaz de planificar el número de hijos que se dispone a tener y por esto el Estado deberá preocuparse que cada mujer que esté en estado de embarazo reciba el apoyo y la atención médica que esta requiere para el correcto nacimiento y desarrollo sano de sus hijos. Además, también es preocupación y responsabilidad del estado que cada familia reciba orientación e información sobre planificación familiar y que estas puedan optar libremente a un método de planificación familiar que deseen.

Los derechos reproductivos se basan “en el reconocimiento del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente en número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia”(11.10).

La maternidad en mujeres entre los 15 a 19 años conlleva a graves riesgos tanto para la salud física de éstas, como las repercusiones a nivel social que estas acarrearán. Las tasas de morbi-mortalidad en estos casos son elevadas; un embarazo dentro de la adolescencia genera para nuestro país un aumento considerable en las cifras de pobreza ya que contempla en su mayoría a mujeres de estratos socioeconómicos bajos, favorece la deserción escolar y la mala calidad de vida que va a tener este niño en su futuro.

“Dentro de los derechos reproductivos podemos mencionarlos como:

1. Derecho a ser capaces de tomar decisiones en forma libre y responsable sobre el número de hijos que se desea tener.
2. Derechos a tener información y medios adecuados para poder ejercer la toma de decisiones.
3. Derecho de acceder al más alto nivel de salud reproductiva”(11.10).

Los derechos sexuales se basan en las decisiones que cada persona es libre de tomar, respecto a su sexualidad; en base a la conducta sexual que cada individuo desee adoptar. También se incluye el derecho a no sufrir de ningún tipo de discriminación con respecto a la orientación sexual que uno establezca. “Los derechos corresponden a:

1. Derecho a tomar libremente y en forma responsable las decisiones que contemplen su sexualidad
2. Derecho a tener cada uno la orientación sexual que uno desee sin sufrir ningún tipo de discriminación.
3. Derecho a recibir educación sexual.
4. Derecho a disfrutar de un adecuado nivel de salud sexual.
5. Derecho a gozar del progreso científico y a consentir libremente a la experimentación.
6. Derecho a la privacidad”(11.10).

Los adolescentes también gozan de derechos sexuales y reproductivos. Lo cual significa que es un deber que los jóvenes tengan acceso a una adecuada educación sexual tanto en escuelas como en los centros de atención primaria; sobre prevención del embarazo como sobre enfermedades de transmisión sexual, VIH, entre otros. Es necesario que el adolescente tenga la instancia de preguntar libremente y de aclarar todas las dudas que pueda tener referentes a la sexualidad, que sea capaz de mantener una sexualidad sana y responsable guiada por el conocimiento y contemplando la repercusión de sus actos.

Sin embargo podemos aseverar que: “El Estado es el que debe asegurar que niños y adolescentes sean beneficiarios, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto

nivel de salud y de las políticas de prevención y atención en salud sexual y reproductiva, según la Ley 25.673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”(11.10). Es deber del estado que los adolescentes sean informados con precocidad sobre sexualidad y así lograr disminuir el número de cifras de embarazo adolescente y de enfermedades de transmisión sexual que existen dentro del país.

4.12 TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM:

A diario nos relacionamos e interactuamos en nuestro ambiente, el cual nos bombardea con una gran cantidad de estímulos frente a los cuales debemos adaptarnos a modo de mantener y favorecer nuestra salud. Se hace necesario que nuestras experiencias contribuyan a reforzar y disminuir el daño al mínimo; por lo que cada persona debe ser capaz de adaptar a diario conductas en pro a sus cuidados.

El autocuidado es definido como: “La práctica de actividades que los individuos incorporan por sí mismos en pro a mantener la vida, la salud y el bienestar”(11.12). Esta definición nos deja en claro que el hombre es el responsable de guiar sus conductas en favor de su salud y de su bienestar tanto físico como psicológico. El hecho de incorporar cambios de conductas para incrementar nuestro estado de salud nos hace acreedores del manejo de nuestra salud; cada uno es capaz de tomar decisiones y conductas a favor de esta. Cada uno cuida de sí mismo y de quienes más quiere incentivando conductas de autocuidado en quienes aún no pueden hacerlo por sí mismos. Es así como podemos afirmar que:” El autocuidado pretende permitir a los individuos, familias y comunidades a que ellos tomen iniciativas y asuman responsabilidades tanto en el desempeño efectivo como en el desarrollo de su propio camino hacia mejorar la calidad de vida, salud y el bienestar”(11.12).

Dentro de esta teoría surgen otros conceptos que se interrelacionan como lo es la agencia de autocuidado, la cual es definida como:” El poder de una persona para comprometerse en operaciones esenciales para el autocuidado. Involucra la capacidad de decisión y el desarrollo de acciones de esta persona, lo que puede estar influido por factores personales y su modo de vida, conocimientos, autovaloración, edad, etapa del ciclo vital, nivel educacional, nivel de salud, prácticas culturales, hábitos, creencias, costumbres, accesibilidad a los recursos de atención en salud, refuerzos positivos de amistades, familia e incluso del personal de salud, etc”(11.12). Es decir, pasamos todos a formar parte de una agencia de autocuidado, velando cada uno por sus cuidados en promoción de nuestra salud.

Se puede dar tal situación frente a la cual la agencia de autocuidado es ineficiente para lograr satisfacer tal demanda de autocuidado existente. Esto nos demuestra que muchas veces no somos capaces de incorporar conductas saludables y al contrario

adoptamos conductas que no son a favor de nuestra salud y que contribuyen a perjudicarla. Esto es conocido como “déficit de autocuidado”.

En tanto que la demanda de autocuidado es definida como: “La totalidad de acciones de autocuidado a realizar por algún tiempo para satisfacer requisitos de autocuidado usando métodos válidos y conjunto de operaciones (corresponde al diagnóstico de enfermería en que se declaran las necesidades de las personas”(11.12). Es en ciertas ocasiones en las que se torna necesario incorporar conductas en pro a satisfacer nuestras necesidades que se encuentran insatisfechas por lo que se hace necesario incorporar por un período de tiempo un cambio de conductas a modo de reestablecer el actual estado de salud. La incorporación de estos cambios en nuestras vidas nos hace tomar por sí mismos la decisión de hacernos cargo de nuestra salud a modo de reestablecerla y aminorar el daño.

Enfermería es capaz de contribuir a que los individuos sean capaces de incorporar el cambio en su actuar y es así como lo hacemos a diario en la atención primaria educando y fomentando conductas de prevención en nuestra población, instaurando cambios de hábitos y siendo una guía para la incorporación de nuevos estilos de vida. En atención secundaria disminuimos el daño detectando el riesgo a tiempo, favoreciendo para esto la incorporación de nuevas conductas. Así llegamos a la atención terciaria donde el daño esta instaurado, pero enfermería contribuye en la rehabilitación de la salud y posterior mantención del estado de salud de los individuos.

Si analizamos la etapa de la adolescencia enfocándonos sobre el tema de la sexualidad en los jóvenes; nuestro rol educativo va enfocado a la integración de conocimiento sobre educación sexual, la consejería es una oportunidad importante partiendo por la responsabilidad frente al inicio de la actividad sexual precoz, el autocuidado más haya de la prevención frente al embarazo dando a conocer los distintos métodos anticonceptivos se hace importante pero a la vez el cuidado de mantener una pareja sexual única por la masificación que han tomado las enfermedades de transmisión sexual en el ultimo tiempo. En la madre adolescente el autocuidado se inicia en base a los controles ginecológicos mensuales, también posterior al nacimiento, el manejo de algún método de planificación familiar para evitar posteriores embarazos y en la incorporación de conductas sexuales saludables no riesgosas para su salud reproductiva. Es importante en la madre adolescente incorporar hábitos de vida saludables partiendo por mantener una buena alimentación, pues ella esta aún en crecimiento, además de evitar hábitos nocivos para la salud como el tema de el alcohol, cigarrillo y drogas pues son capaces de dañar a su bebé.

PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA MADRE ADOLESCENTE

El embarazo en una adolescente genera cambios bruscos en el ritmo de vida que la joven estaba acostumbrada a tener, un embarazo no esperado genera toda una crisis en la estructura familiar y todo quiebre lleva a una etapa de inestabilidad para sus miembros. Dentro de este grupo de madres no es extraña la aparición de ciertos trastornos que alteran la salud mental y que pueden manifestarse tanto previamente o posterior al momento del parto. Es por esto que se ha querido mencionar la psicosis puerperal por la significativa incidencia que se está dando este cuadro en madres adolescentes en el último tiempo.

4.13.1 Psicosis Puerperal:

La maternidad es capaz de desencadenar ciertos trastornos psíquicos, es un hecho que: “Las cifras de riesgo para desarrollar un trastorno psiquiátrico durante el embarazo, es de 7,1 por 100.000 anualmente, frente a los 40,3 por 100.000 en el período postparto, son claramente más elevadas, incluso, que las de la población general (35,1 por 100.000)(11.13)”. Estas altas cifras nos demuestran la tendencia actual que ha ido tomando este trastorno. Se han confirmado que uno a dos nacimientos por cada mil tienen riesgos de manifestar este cuadro dentro de nuestra población. Estudios afirman que: “el 50% a 60% de los casos ocurren en primíparas y que en el 50% de los casos se asocian a complicaciones psiquiátricas perinatales”(11.13).

La psicosis postparto fue definida en un comienzo como amencia, cuyo significado era confusión y/o perplejidad. Se caracteriza por presentarse en algunas mujeres en un período de dos semanas posteriores al parto. Dentro de los signos o síntomas que acompañan este cuadro se presentan estados confusionales en el nivel de conciencia, pasando por periodos de lucidez y desorientación; también se producen alteraciones en la psicomotricidad, pasando de cuadros de agitación a estupor, seguidos de alteraciones verbales; también drásticos cambios a nivel emocional, cursando de la euforia a la depresión; cuadros de alucinaciones tanto auditivas como visuales; también se manifiesta presencia de delirios, relacionados con la maternidad, nacimiento, muerte, etc. Además de manifestarse durante el transcurso de la enfermedad variaciones dentro del cuadro clínico.

El autor Klompenhower, definió tres grupos de manifestaciones de este cuadro, siendo las siguientes: afectiva, esquizofrenias y la psicosis funcional inespecífica. El autor Cabaleiro afirmó que: “Los cuadros esquizofrénicos desencadenados durante el embarazo a un tercio de los cuadros de psicosis puerperal, la gran mayoría de tipo catatónico, y de estos casos, casi un 50% tenían antecedentes de brotes psicóticos o de enfermedad mental grave en la familia”(11.13). Esto significa que la gran mayoría de las mujeres con antecedentes de algún tipo de trastorno psiquiátrico es capaz de repercutir, o más bien de manifestarse días después de la llegada del niño.

El origen de este trastorno puede deberse a variadas causas como orgánicas, psicológicas o ambientales, dentro de las cuáles podemos mencionar:

- **Factores psicosociales:** Se han determinado ciertas características para este grupo como ser madre primípara, soltera, con un bajo apoyo sociofamiliar (durante el período perinatal) y también se considera la relación con la pareja.
- **Factores biológicos:** Se cree que la baja disminución en forma brusca de las hormonas sexuales que circulaban, debido al parto generan un aumento en la sensibilidad de los receptores dopamínicos en el cerebro. Los estudios sobre este tema afirman que: "las concentraciones plasmáticas de estrógenos y de progesterona caen de manera considerable para alcanzar tasas 100 veces más bajas que aquellas que existen en el preparto"(8.13). Se cree que también este cuadro puede deberse además a la baja de otras hormonas como los cambios en el eje tiroideo, la gonadotropinas, prolactina, corticoides circulantes. También se piensa que puede ser causa de fármacos (ecopolamina, meperidina), infecciones, toxemias y además de un aumento en las pérdidas de sangre. En enfermedades depresivas se cree que es debido a una baja en la síntesis de 5-OH triptamina cerebral y del precursor de la 5-TH central (triptófano cerebral). También se cree que alteraciones del sueño en especial en la fase IV menor pudieran desencadenar algún tipo de trastorno psicótico durante el postparto.
- **Factores psicodinámicos:** Se piensa que una de las causas también asociadas a las psicosis puerperales es el sentimiento de rechazo del niño a su madre o también visto como el sentimiento de culpabilidad de esta hacia su hijo. De hecho, este tipo de trastornos puede llegar a desencadenar un suicidio o bien un infanticidio tras la poca claridad de la madre ante sus sentimientos y el surgimiento de pensamientos perturbadores. Las experiencias negativas de estas mujeres sobre su infancia afloran y son capaces de repercutir en forma negativa, causando rabia, confusión y desesperación por la puérpera.

No es menor hoy en día el tema de la psicosis puerperal, la presencia de embarazos en mujeres adolescentes en pleno desarrollo que aún no se encuentran ni física ni psicológicamente preparadas para ser madres; es uno de los factores desencadenantes para el inicio de este trastorno. El embarazo genera en ellas sentimientos de negación y odio hacia su propia imagen, se sienten vulneradas en su calidad de pequeñas mujeres, están seguras de ser rechazadas por sus pares por lo que la gran mayoría tiende a aislarse, se sienten frustradas por no poder realizar los sueños y proyecciones que comenzaban a tener para su futuro. Además muchas de estas jóvenes conviven a diario con los reproches y lamentaciones de sus padres quienes no aceptan la nueva condición de la adolescente. Esta crisis e inestabilidad emocional que experimenta la joven previo y posterior al parto, es capaz de llevarla a este cuadro, siendo la causante de graves peligros para la integridad de

ella y de su hijo. Es por ello que se torna necesario preocuparnos de la madre adolescente, en especial valorando su esfera psicosocial, siendo capaces de poder determinar el grado de aceptación y de apoyo familiar y social que es capaz de percibir la joven. Debemos incorporarnos en el interior de estos hogares producto de esta crisis no normativa, a modo de poder reforzar los roles de sus integrantes que se han visto alterados y que los padres se transformen en un apoyo para ella. El hecho de transformarnos en mediadores contribuye a la adecuación de la adolescente a su nueva condición de madre. También se torna de relevancia poder valorar durante la consejería la presencia de síntomas en las adolescentes que se encuentren susceptibles a padecer el mencionado cuadro, siendo capaces de poder valorar en estas jóvenes madres la presencia de sintomatología ansioso-depresiva y poder intervenir a tiempo en el desencadenamiento de estos cuadros.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

- Describir el perfil psicosocial de madres adolescentes primíparas entre 15 a 19 años.

5.2 Objetivos específicos:

- Identificar la población de madres adolescentes primíparas entre 15 a 19 años según: edad, escolaridad, estado civil, con quién viven, actividad e ingreso familiar.
- Identificar la población de madres adolescentes primíparas entre 15 a 19 años, según el nivel socioeconómico al cuál pertenecen.
- Identificar la presencia síntomas ansiosos depresivos en madres adolescentes primíparas entre 15 a 19 años.
- Determinar el grado de autoestima general percibido por las madres adolescentes primíparas.
- Determinar el grado de apoyo social de familiares percibido por las madres adolescentes primíparas entre 15 a 19 años.
- Determinar el grado de apoyo social de amigos percibido por madres adolescentes primíparas entre 15 a 19 años.
- Determinar el grado de apoyo social general percibido por madres adolescentes primíparas entre 15 a 19 años.

6. MATERIAL Y METODO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Para la realización de este estudio se aplicará una investigación cuantitativa, descriptiva, no experimental, transversal (entre Abril a Junio 2006) y prospectiva.

6.2 POBLACION EN ESTUDIO

La provincia de Valdivia consta de una población total de 356.396 habitantes, de los cuáles 44.446 corresponden a mujeres entre 15 a 19 años de edad, según los datos del Censo año 2002.

La población a estudiar corresponde a un grupo de adolescentes entre 15 a 19 años que se encuentran en control puerperal con las Matrona del Consultorio Externo de Valdivia, quienes trabajan con un grupo aproximado de 3.913 mujeres dentro de las cuáles 459 corresponden a madres adolescentes entre los 15 a 19 años de edad. Es de importancia considerar que el Consultorio Externo de Valdivia atiende a una población total de 34.277 personas, de las cuáles un 55,5% corresponden a mujeres y un 44,4% a varones, entre los cuáles un 25% son menores de 15 años, un 69% entre los 15 a 64 años y un 6% a mayores de 64 años. El número total de adolescentes inscritas en el Consultorio son de 9.200. Para estas mujeres el Consultorio imparte una gama de programas dentro de los cuáles podemos mencionar el programa de salud de la mujer el cuál contempla el programa de salud sexual y reproductiva y el de salud ginecológica.

La muestra fue seleccionada a partir de la revisión de fichas clínicas de 25 madres adolescentes que cumplían con los siguientes criterios:

- Madres primíparas
- Entre 15-19 años de edad
- Asisten a control puerperal en el Consultorio Externo de Valdivia.
- Que viven en los sectores de Yáñez Zavala y Pablo Neruda.
- Cuyo hijo tiene entre tres a seis meses de nacimiento.

6.3 DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

6.3.1- VARIABLES INDEPENDIENTES: (CAUSA)

✓ 6.3.1.1- Factores biodemográficos

1. **Edad** (años cumplidos)

- 01 Fase post-puberal (o de adolescencia propiamente tal) 15 a 17 años.
- 02 Fase Juvenil inicial (o adolescencia tardía) 18 a 20 años.

2. **Escolaridad** (nivel de estudios cursados)

- 01 Analfabeta
- 02 Primaria incompleta
- 03 Primaria completa
- 04 Secundaria incompleta
- 05 Secundaria completa

3. **Estado civil** (situación actual)

- 01. Casada
- 02. Soltera
- 03. Separada
- 04. Separada
- 05. Viuda

4. **Vive** (con quién(es) vive actualmente y en dónde)

- 01. Con sus padres
- 02. Sola con su pareja
- 03. Con sus padres y su pareja
- 04. En la casa de su pareja
- 05. En la casa de amigos
- 06. En la casa de algún familiar

5. **Actividad** (situación laboral actual)

- 01. Sólo estudia
- 02. Sólo trabaja

- 03. Trabaja y estudia
- 04. Ninguna
- 05. Otra actividad; como ser dueña de casa y dedicarse a labores del hogar.

5. **Ingreso** (dinero que dispone en un mes) a nivel familiar.

- 01. < 30.000
- 02. 30.000 a 50.000
- 03. 51.000 a 80.000
- 04. 81.000 a 129.000
- 05. Mayor o igual a \$130.000

6. **Nivel socioeconómico** (se aplicará la encuesta socioeconómica elaborada por el INTA)

- 01. Alto : 13 puntos
- 02. Medio alto : 13,1 a 26 puntos
- 03. Medio : 26,1 a 39 puntos
- 04. Medio bajo : 39,1 a 52 puntos
- 05. Bajo : 52,1 a 65 puntos

6.3.2- VARIABLE DEPENDIENTE: (EFECTO)

7. **Síntomas ansiosos** (sentimientos de inseguridad y culpa, tendencia a apartarse del grupo social), para medirla se aplicará la “escala de ansiedad y depresión de Golberdg “(validada).

- 01. Síntomas de Ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.
- 02. Síntomas de Depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

8. **Apoyo social** (percibido de amigos, familia y otros). Determinada a partir de la escala multidimensional de apoyo social percibido del autor Zimet.

01. Alto apoyo social:	Entre 32-48 puntos.
02. Mediano apoyo social:	Entre 16-32 puntos.
03. Bajo apoyo social:	Menos de 16 puntos

9. **Autoestima** (Grado de autoevaluación que el individuo hace y mantiene de sí mismo, juicio de valor que expresa en sus actitudes). El instrumento con la que se medirá corresponde a la “escala de autoestima de Coopersmith “(validada):

01. Significativamente baja:	0-10 puntos
02. Media baja:	11-15 puntos
03. Media:	16 puntos
04. Media alta:	17-22 puntos
05. Significativamente alta:	23-25 puntos

7. METODICA PARA ANALISIS DE RESULTADOS

7.1. RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS:

Para la realización de este estudio se consideró 1 mes y medio, a partir de la aplicación de los instrumentos hasta la obtención de los resultados finales. Para la recolección de la información se aplicaron cinco cuestionarios impresos, que fueron aplicados por la entrevistadora a través de una visita domiciliaria en los sectores de Yáñez Zavala y Pablo Neruda. Estos fueron aplicados a 25 madres adolescentes primíparas entre los 15 a 19 años de edad, que asisten a control puerperal con las Matronas que atienden en el Consultorio Externo de Valdivia y cuyos hijos tienen entre 3 a 6 meses de nacimiento. Para esta etapa se constó de 3 semanas como máximo.

La investigadora debió orientar a las madres adolescentes sobre los objetivos que pretende dicha investigación y sobre la importancia de contestar los instrumentos con la mayor franqueza posible, se contempló para dicha investigación de los siguientes instrumentos: Encuesta de antecedentes biodemográficos, encuesta socioeconómica elaborada por el INTA, escala de detección de síntomas ansioso depresivos, escala multidimensional de apoyo social percibido y una escala de autoestima.

Cada instrumento de recolección de información constó de:

- De una hoja de instrucciones, la cuál fue leída previamente por la entrevistadora antes de la aplicación de dicho instrumento.
- Una hoja con antecedentes biodemográficos, la cuál constó de seis preguntas de carácter personal.
- Una encuesta socioeconómica elaborada por el INTA, la cuál constó de una serie de 13 preguntas, cada una con un puntaje atribuido por respuesta. Los resultados finales de la encuesta son los siguientes:
 - ✓ >13 puntos nivel alto.
 - ✓ 13,1 a 26 puntos nivel medio alto.
 - ✓ 26,9 a 39 puntos nivel medio.
 - ✓ 39,1 a 52 puntos nivel medio bajo.
 - ✓ 52,1 a 65 puntos nivel bajo.

Para responder dicho instrumento se dispuso de 15 minutos. La investigadora aclarará las dudas referentes a cada pregunta, para su correcto análisis, asegurándose que todas las preguntas sean contestadas en forma correcta por la entrevistada.

- Una escala de ansiedad y depresión de Goldberg: La escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADAC) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria, la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado en Atención Primaria.

Puede servir de guía de la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%) adecuados.

- La prueba consta de dos subescalas: una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- El investigador leerá cada pregunta en forma clara y comprensible, a modo de responder las dudas que pueda tener el entrevistado. Posteriormente se analizarán los datos, de acuerdo a las siguientes conclusiones:
 - ✓ Subescala de ansiedad : 4 o más respuestas afirmativas.
 - ✓ Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas

- Escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet: instrumento de procedencia estadounidense el cual fue traducido y adaptado realizándose la validación en un grupo de adultos mayores Chilenos, obteniéndose una validez de contenido y criterio que lo hacen apto para su aplicación en nuestro país. Este instrumento de acuerdo a la validación realizada se estructura en dos subescalas: familia-otros significativos conformada por ocho ítems, cuyo puntaje máximo es de 32 puntos y la subescala amigos, formada por cuatro ítems, cuyo puntaje máximo es de 16 puntos.

A partir de esto se obtienen los siguientes resultados:

Subescala familia:

- ✓ 32-22 puntos: Alto apoyo familiar
- ✓ 21-12 puntos: Mediano apoyo familiar
- ✓ 11 y menos: Bajo apoyo familiar

Subescala amigos:

- ✓ 16-11 puntos: Alto apoyo de amigos
- ✓ 10-6 puntos: Mediano apoyo de amigos
- ✓ 5 o menos: Bajo apoyo de amigos

Escala general:

- ✓ 48-32 puntos: Alto apoyo social general
- ✓ 31-16 puntos: Mediano apoyo social general
- ✓ 15 o menos: Bajo apoyo social general

- Test de evaluación de autoestima de Coopersmith: Versión corta, test validado internacionalmente el cuál consta de 25 ítem con respuestas dicotómicas (me describe o no me describe), con un tiempo promedio para su llenado de 10 minutos. Los resultados serán analizados de acuerdo al siguiente criterio:

- ✓ 0-10 puntos: Significativamente baja
- ✓ 11-15 puntos: Media baja
- ✓ 16 puntos: Media
- ✓ 17-22 puntos: Media alta
- ✓ 23-25 puntos: Significativamente alta.

7.2 RECURSOS NECESARIOS

7.2.1 Recurso humanos:

Para la recolección de la información se requirió de una entrevistadora quién llevará a su cargo la investigación, también de una profesora patrocinante Sra. Ana Luisa Cisternas, Magíster en Gerontología y Geriatría; quién fue guiando el curso de la tesis, la Sra. Nancy Asenjo, Matrona y la Dra. Karina Sotomayor, Adolescentóloga; ambas pertenecientes al Consultorio Externo de Valdivia, quienes ayudaron a determinar la población en estudio para la aplicación del instrumento de Tesis.

7.3 TABULACION Y ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

En esta etapa del trabajo se analizaron los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos anteriormente mencionados, a modo de dar respuesta al problema y a los objetivos planteados.

El análisis estadístico se realizó por medio del programa SPPSS versión 10, facilitado por el Instituto de Estadísticas de esta Universidad. Los resultados obtenidos serán presentados mediante gráficos circulares correspondientes.

7.4 PRESENTACION DE LOS DATOS

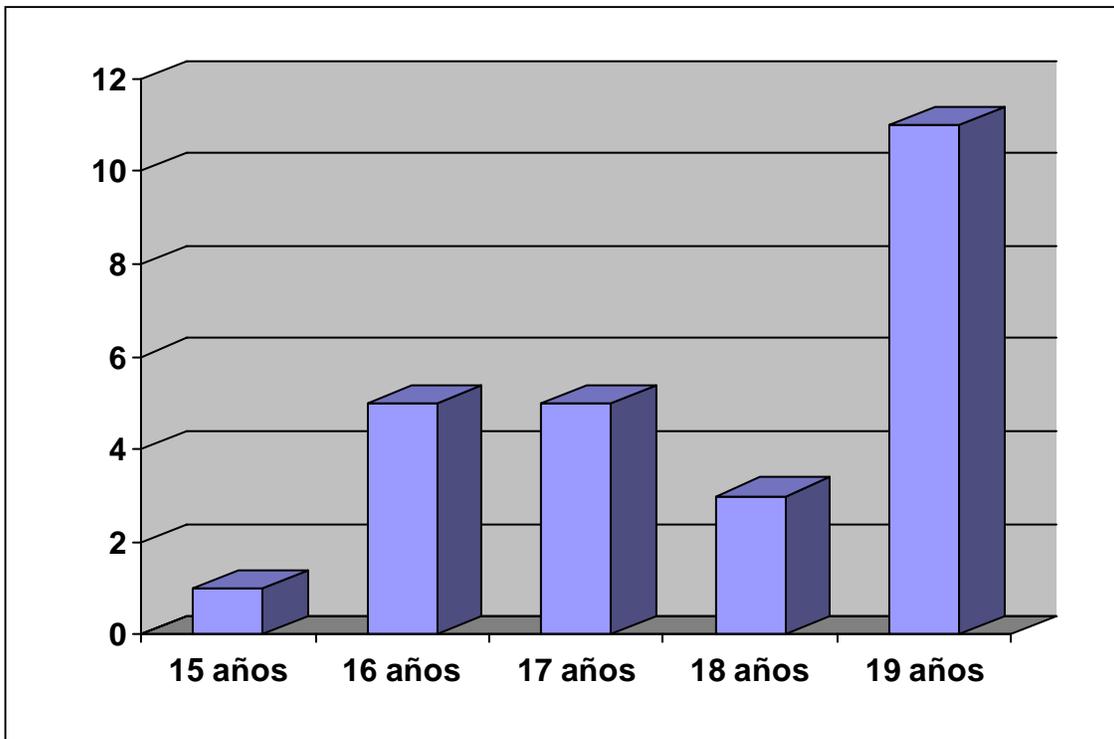
Los resultados obtenidos se representaron mediante gráficos circulares, expresando los resultados obtenidos en porcentajes totales tomando como un solo grupo en total a las adolescentes de 15 a 19 años y no por cada tramo de edad.

8. RESULTADOS

8.1. ANALISIS CUANTITATIVO DE LA INVESTIGACIÓN

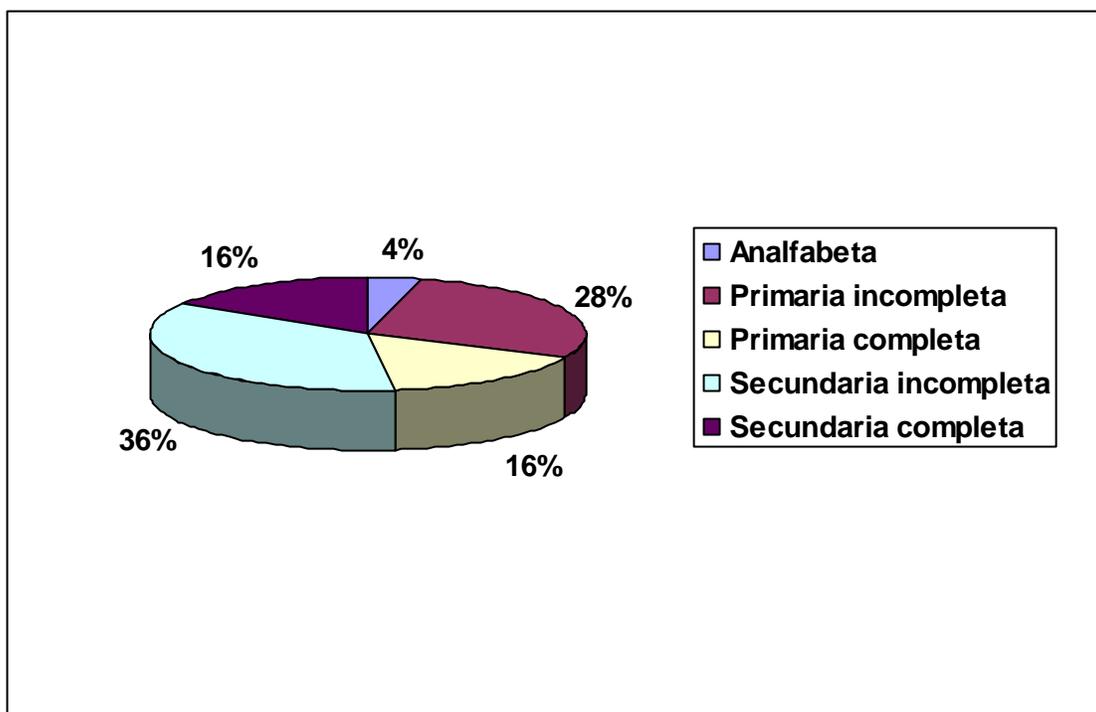
A continuación se presentarán los resultados obtenidos según los objetivos formulados. Los resultados de la investigación aplicada al grupo en muestreo fueron los siguientes:

Gráfico N°1: Relación numérica por tramos de edad del número de madres adolescentes primíparas entre los 15 - 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia, entre Abril - Junio 2006 que participaron en el presente estudio.



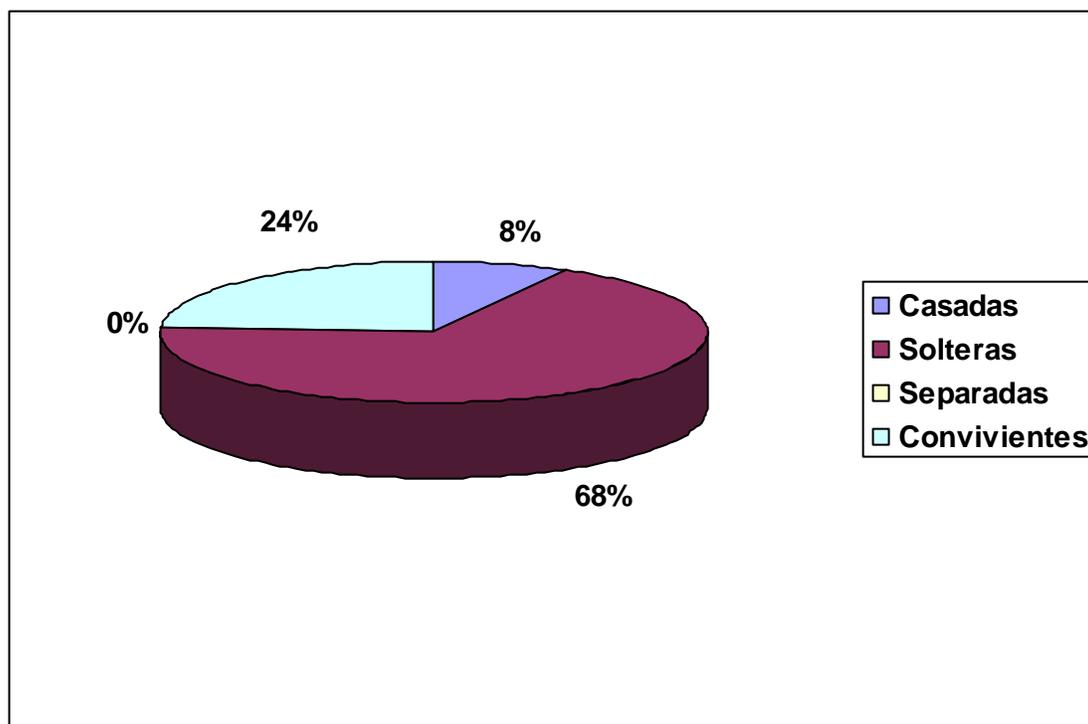
- En el presente gráfico podemos apreciar que la mayor parte de las adolescentes encuestadas tenían 19 años de edad y en el estudio participó sólo una adolescente de 15 años. En el resto de los tramos de edad participaron cantidades similares.

Gráfico N°2: Relación porcentual del nivel de escolaridad que presentan madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



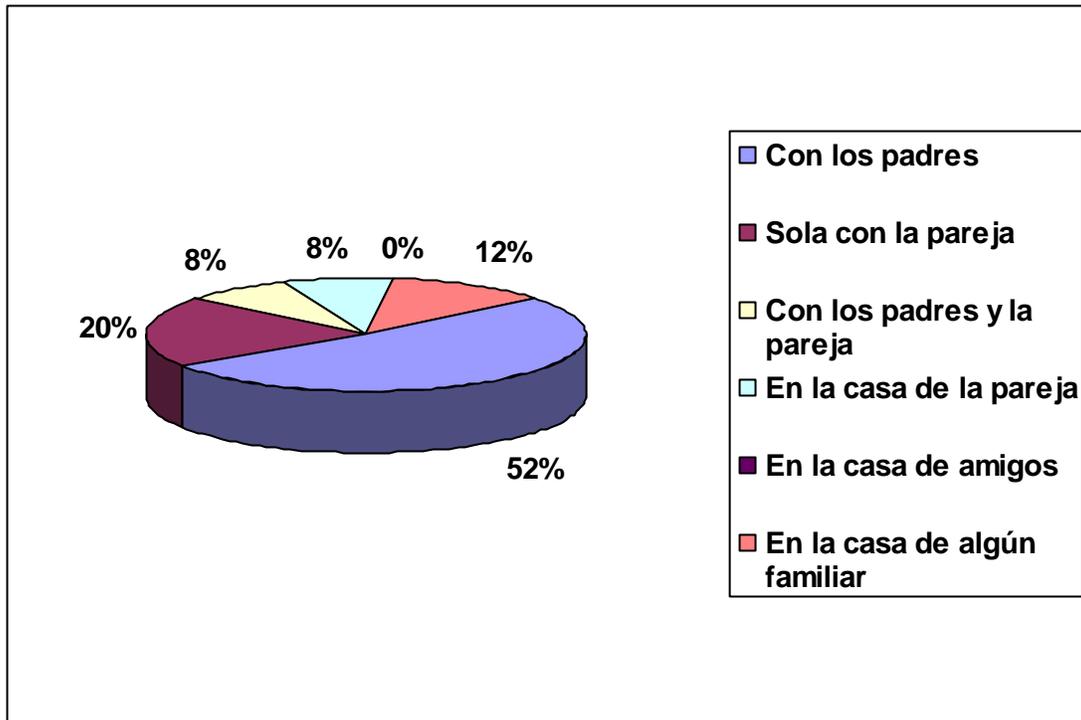
- Como se puede observar en la presente gráfica, la gran mayoría de las adolescentes encuestadas, correspondientes al 36% no han completado sus estudios secundarios, llegando como promedió a segundo medio, seguido del 28% que a su vez no han completado los estudios primarios. De lo anterior se puede observar el alto grado de deserción escolar dentro de la población en estudio, considerando que tan sólo cuatro de ellas han completado la enseñanza media.

Gráfico N°3: Relación porcentual por estado civil de madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia, entre Abril – Junio del 2006.



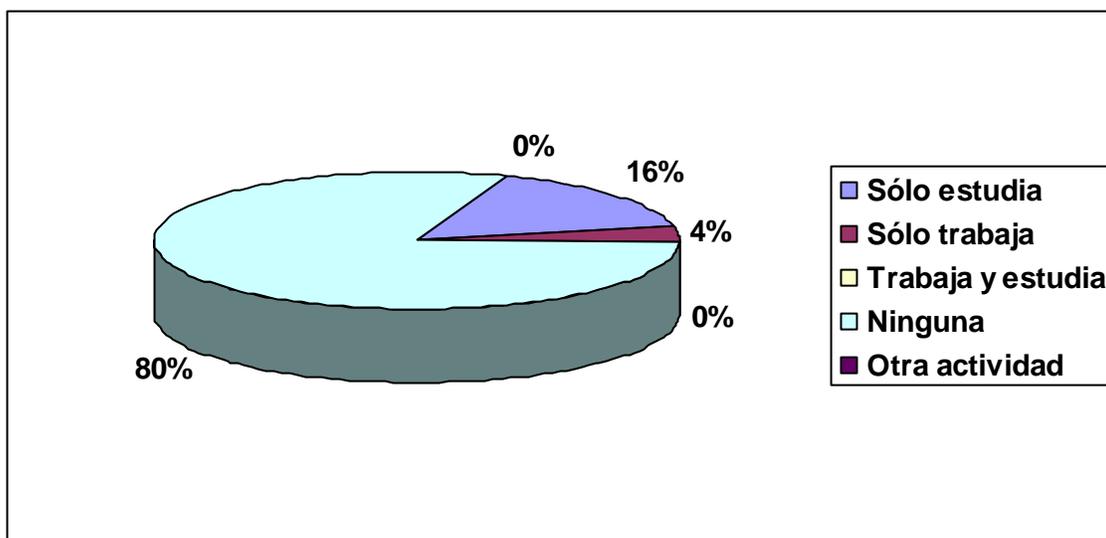
- La gráfica es clara: más de la mitad de las adolescentes encuestadas son madres solteras, seguido por el 24% de ellas que se encuentran conviviendo con su pareja y tan sólo el 8% son casadas. De este grupo ninguna se encuentra casada en trámites de separación.

Gráfico N°4: Relación porcentual con quienes viven actualmente madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



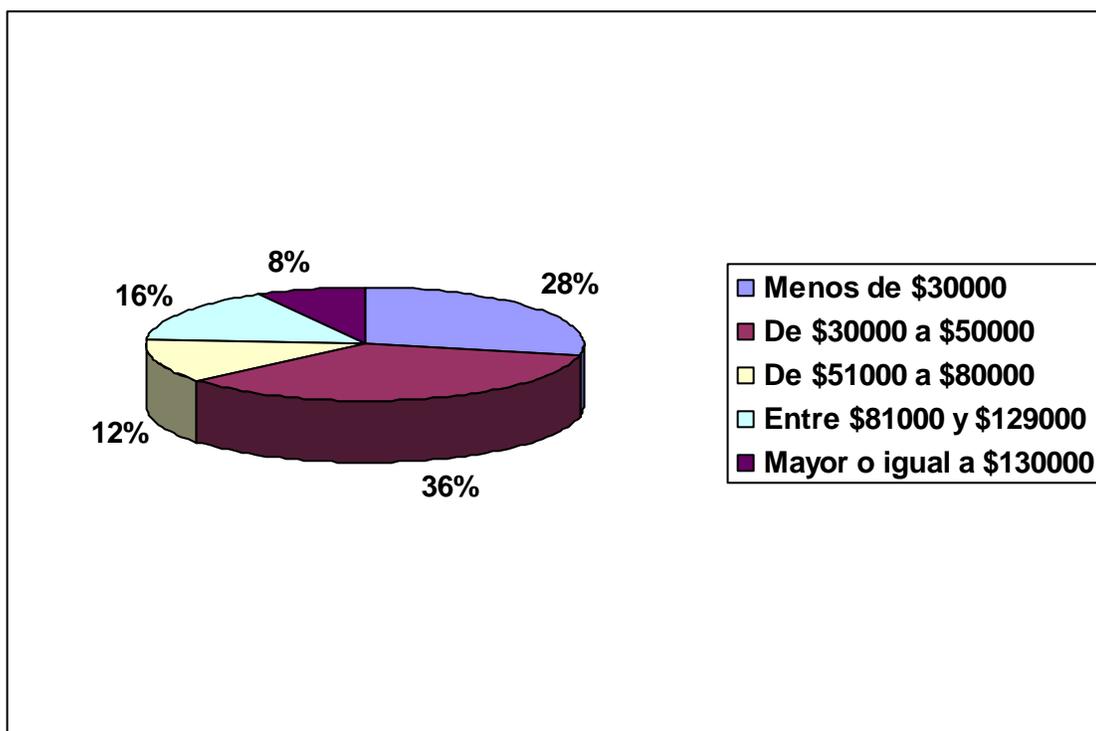
- La explicación de este gráfico muestra la tendencia analizada anteriormente; más de la mitad de la población en estudio se encuentran viviendo sin su pareja en la casa de sus padres, seguido por el 20% que han abandonado sus hogares y viven solas con su pareja. En tanto que el 12% son aceptadas en casa de algún familiar. Ninguna de ellas se encuentra viviendo en casa de algún amigo o conocido.

Gráfico N°5: Relación porcentual de la actividad actual que se encuentran realizando madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



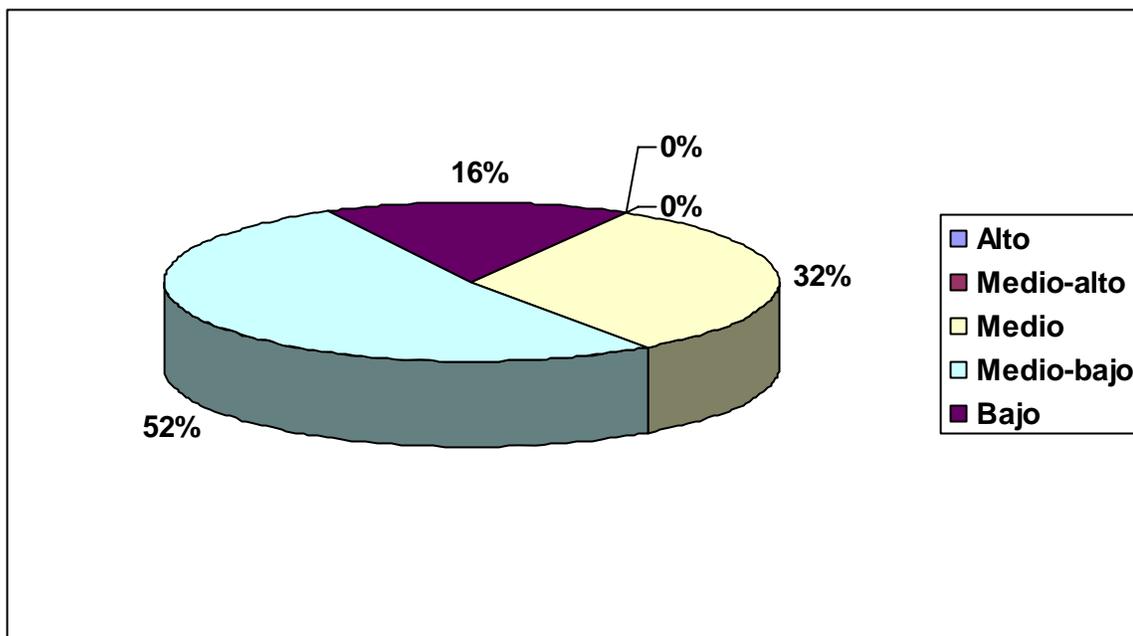
- El gráfico se explica por sí mismo: el 80% de estas adolescentes no se dedica a ninguna actividad fuera de su hogar, en tanto que el 16% han retomado sus estudios de enseñanza media y un porcentaje mínimo del 4% se encuentra dedicado a trabajar fuera del hogar abandonando los estudios, sin pensar en retomarlos próximamente. Ninguna de ellas se encuentra trabajando y estudiando al mismo tiempo.

Gráfico N°6: Relación porcentual de ingresos mensuales aprox. que se dispone en los hogares de madres adolescentes primíparas entre 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



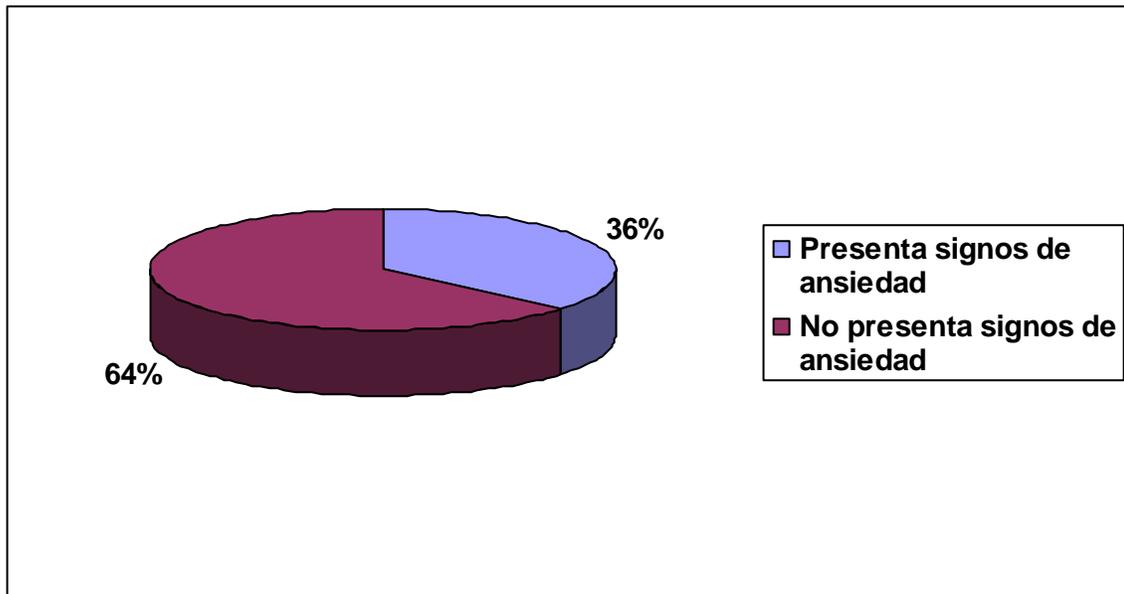
- Como se aprecia en la siguiente gráfica, un 64% de las adolescentes estiman que los ingresos familiares mensuales son inferiores a \$50.000, es decir se encuentran en la extrema pobreza; en tanto que un 16% se manejan entre \$81.000 y 129.000. Tan sólo el 8% calculan que en sus hogares se recibe el sueldo mínimo mayor o igual a \$130.000 mensual

Gráfico N°7: Relación porcentual del nivel socioeconómico actual, según la aplicación de la encuesta socioeconómica del INTA, que presentan madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



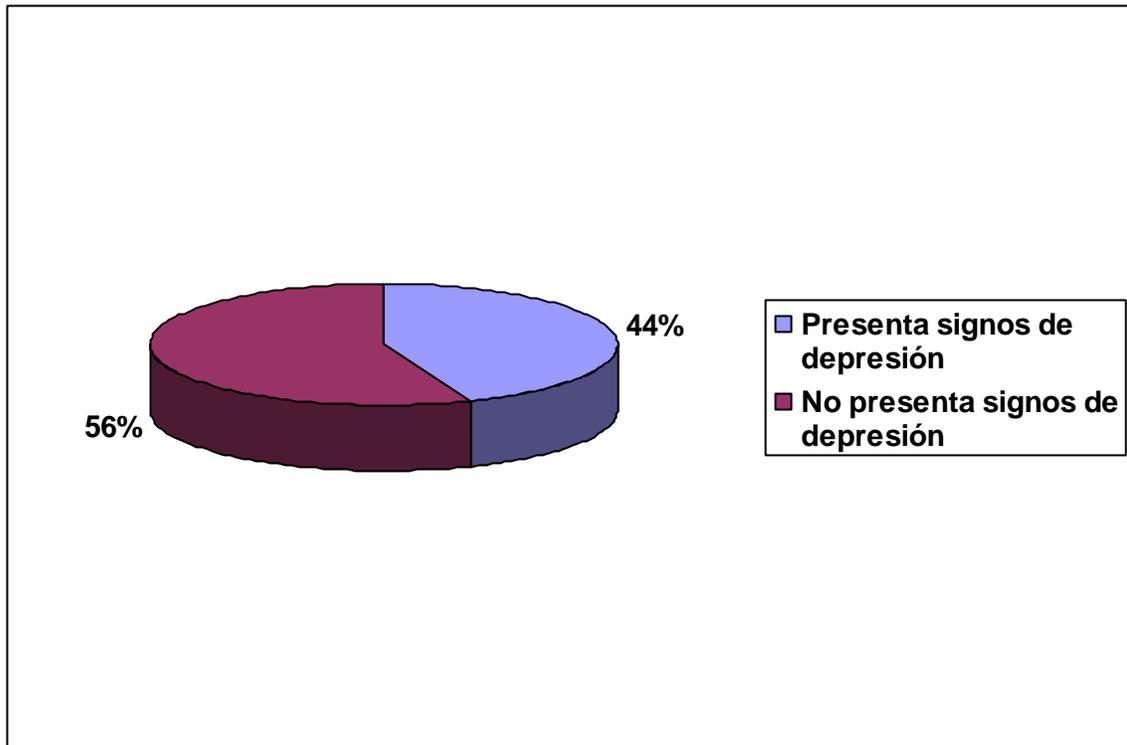
- La gráfica muestra que la mayoría de las encuestadas, el 52% de las madres adolescentes en estudio, corresponden al nivel socioeconómico medio-bajo, el 32% a el nivel medio, seguido por el 16% que corresponden al nivel bajo. Ninguna correspondía a la clase alta ni media- alta; estos resultados no son concordantes con las gráficas anteriores.

Gráfico N°8: Relación porcentual de la presencia de signos ansiosos, según la aplicación de la escala de Goldberg, en madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



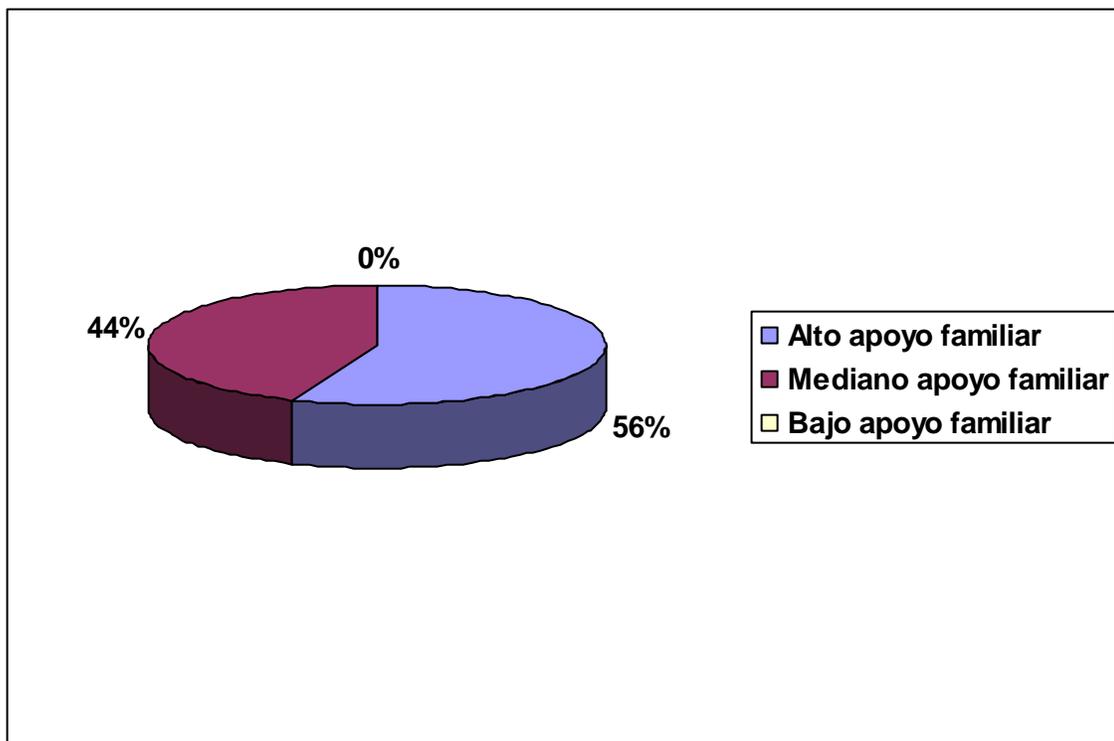
- La gráfica siguiente indica que existe un importante número de madres adolescentes que presentan signos de ansiedad. Lo que deja en claro la importancia de intervenir en este aspecto.

Gráfico N°9: Relación porcentual de la presencia de signos depresivos, según la aplicación de la escala de Goldberg, manifestado en madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



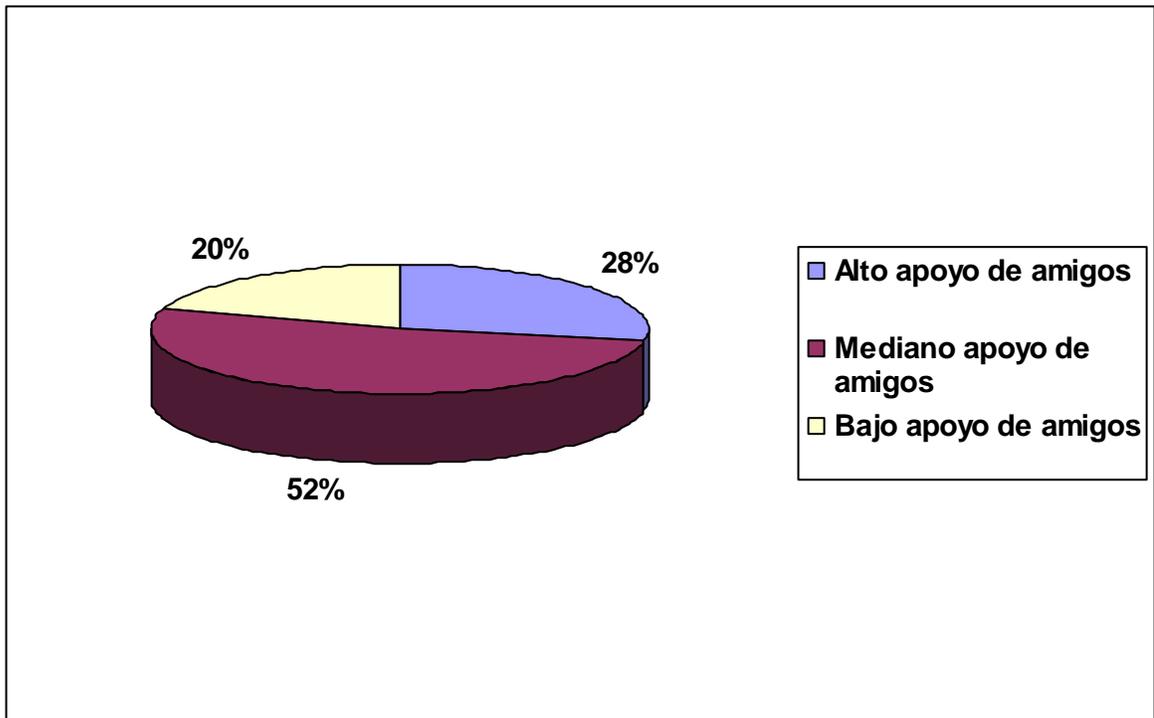
- Existe una alta prevalencia, algo menos de la mitad de las madres adolescentes participantes en este estudio, que presentan signos depresivos. Siendo en su mayoría las mismas que presentaron signos ansiosos anteriormente.

Gráfico N°10: Relación porcentual del grado de apoyo familiar, según la aplicación de la escala de Zimet, percibido por madres adolescentes primíparas entre 15-19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



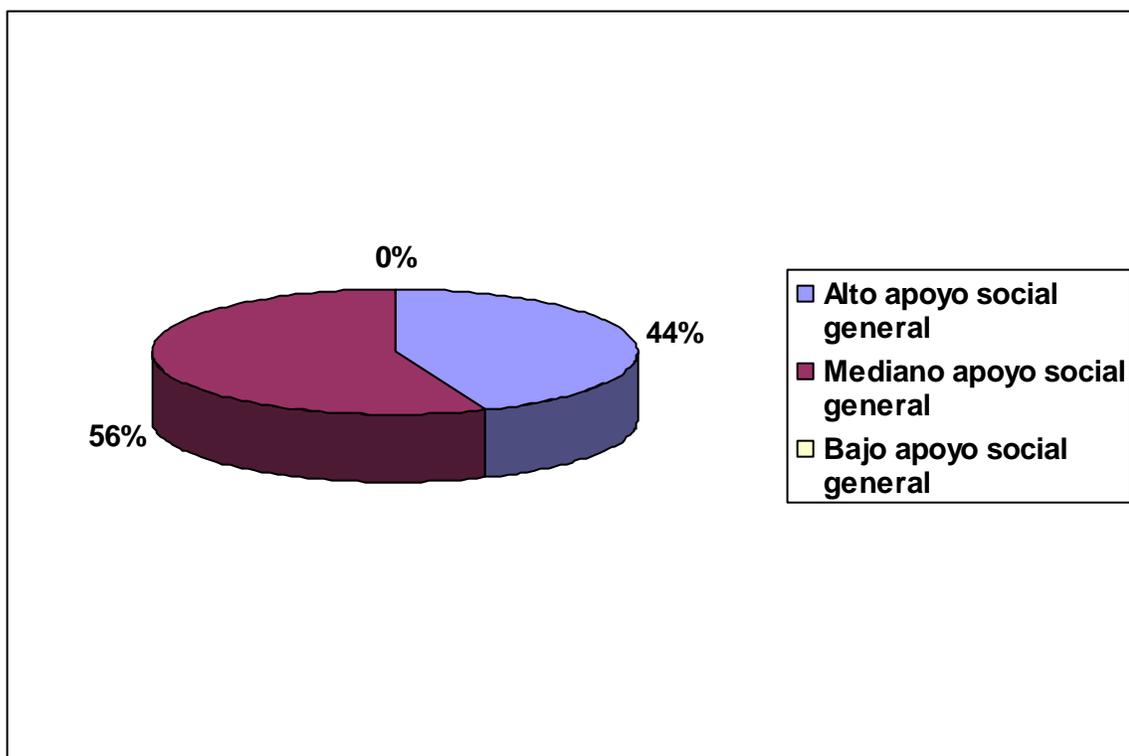
- Según lo expresa la siguiente gráfica un 56% de las adolescentes percibe un alto apoyo de sus familias, en tanto que un 44% percibe un mediano apoyo familiar. De la población en estudio ninguna percibe un bajo apoyo. En su gran mayoría son las mismas que presentan signos depresivos.

Gráfico N°11: Relación porcentual del grado de apoyo de amigos, según la aplicación de la escala de Zimet, percibido por madres adolescentes primíparas entre 15 – 19 años de edad, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



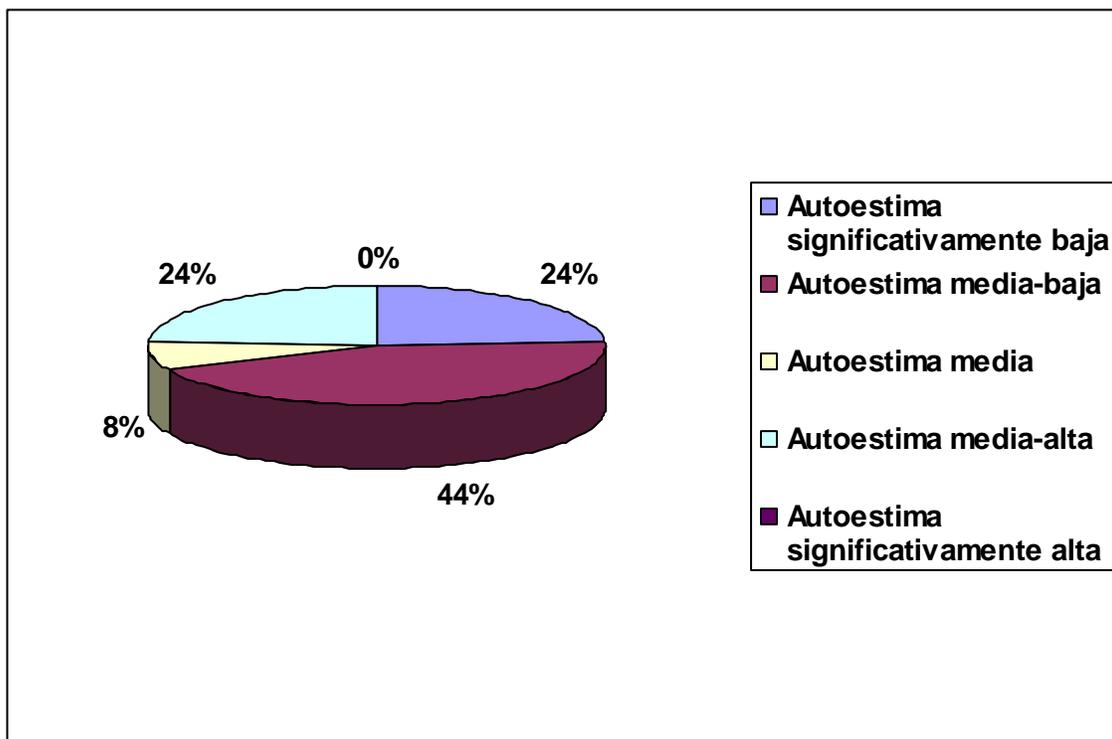
- Según lo que podemos observar en el presente gráfico, este grupo de adolescentes percibe un buen apoyo de sus amigos, ya que más de la mitad, correspondiente al 80% de las encuestadas, percibe un alto y mediano apoyo. En tanto que el 20% percibe un bajo apoyo.

Gráfico N°12: Relación porcentual del grado de apoyo social, según la aplicación de la escala de Zimet, percibido por madres adolescentes primíparas entre 15 – 19 años de edad que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



- Como se puede observar en la siguiente gráfica, las adolescentes en estudio perciben un buen apoyo social general; ya que el 56% de las madres adolescentes percibe un mediano apoyo y el 44% uno alto. Es importante considerar que ninguna de las encuestadas percibe un bajo apoyo social dentro de este estudio.

Gráfico N°13: Relación porcentual del grado de autoestima, según la aplicación de la escala de Coopersmith, percibido por madres adolescentes primíparas entre los 15 – 19 años de edad que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia entre Abril – Junio 2006.



- Con respecto al grado de autoestima percibido, podemos decir que la gran mayoría de las encuestadas, siendo el 68%, presentan una baja autoestima, en tanto que el 32% correspondiendo a un cuarto de la población en estudio, presenta una buena autoestima. Ninguna de ellas presenta una autoestima significativamente alta.

9. DISCUSION

A partir de los resultados obtenidos se desprende que la gran mayoría de las madres adolescentes encuestadas tenían 19 años y sólo una 15 años de edad. Esta diferencia existente en el grupo en estudio se puede explicar ya que las adolescentes fueron elegidas considerando cuatro factores para su selección: el primero ser madre adolescente primípara entre 15 – 19 años de edad, vivir en el sector de la población Yáñez Zavala o Pablo Neruda, encontrarse en control puerperal con las Matronas del Consultorio Externo de Valdivia y además que su hijo tenga entre 3 – 6 meses de nacimiento; por lo que hubo que considerar varios factores para la selección del grupo en estudio. La idea, en un comienzo, era tomar grupos similares por tramos de edad, pero esto se vio dificultado debido a que durante las visitas domiciliarias, fue más exitosa la aplicación de las encuestas en un grupo de edad con respecto del otro.

La mayor parte de las adolescentes encuestadas, correspondiente al 36%, no han completado sus estudios secundarios, seguido del 28% que a su vez no han completado los estudios primarios. Esta dinámica preocupa, ya que el gran número de ellas han llegado hasta octavo básico y segundo medio, sin pensar en retornar a sus estudios próximamente. La deserción escolar la ven justificada, debido a que deben preocuparse de los cuidados de sus hijos, puesto que son muy pequeños y necesitan de muchos cuidados; además existe un grupo que no cuenta con el apoyo de su familia y de la pareja por lo que no tienen quién las ayude con los cuidados de su hijo, para así continuar sus estudios y poder entregarles un futuro mejor.

Dentro de las 25 encuestadas sólo cuatro se encontraban asistiendo a clases, actualmente dejando el cuidado de sus hijos a sus madres. En muchos hogares las madres de las adolescentes optan por cuidar a sus nietos y pasan a criarlos como hijos, se involucran en este proceso tomando un rol activo para favorecer que sus hijas continúen asistiendo a clases.

También justifican la deserción escolar, en cierto modo, porque han cumplido las expectativas de sus padres, ya que estos han desertado en cursos inferiores. Cabe mencionar que los padres de la gran mayoría de estas jóvenes no completaron la enseñanza básica llegando hasta tercero y quinto básico como promedio, por lo que esta realidad a su vez es un factor desmotivante y poco alentador para que ellas retomen sus estudios; ya que no existe el ejemplo de sus pares ni la exigencia de estos últimos para con sus hijas.

Más de la mitad de las adolescentes encuestadas son madres solteras; esta tendencia se debe a que los tramos de edad, considerados para el presente estudio, son edades bajas para que estas adolescentes ya se encuentren casadas. Casi un cuarto de la población en estudio se encuentra conviviendo con su pareja, esto nos lleva a pensar que estas adolescentes deciden vivir en pareja a modo de poder conformar una familia ante la llegada de este hijo, ya sea en sus mismas casas o bien fuera de estas. El factor convivencia nos lleva a pensar que estas jóvenes tienen una mayor tendencia a presentar un nuevo embarazo, sin descartar a aquellas que no conviven lo que igual es un factor de preocupación en la prevención del embarazo y la adecuada planificación familiar.

La mayoría de las adolescentes del muestreo, el 52%, viven solas con sus padres, siguiéndoles el 20% que optan por alejarse de sus casas, para vivir solas o en pareja a modo de conformar su propio hogar, ya que una parte de estas son rechazadas por su familia y encuentran un único apoyo en su pareja.

Dentro de estas adolescentes el 80% se dedican a estar en sus casas, sólo cuatro se encuentran estudiando, correspondiendo el 16% y una sola trabaja. Muchas de estas jóvenes madres prefieren sólo dedicarse a estar en la casa para el adecuado cuidado de sus hijos, lo cual se hace comprensible considerando los pocos meses de nacimiento de ellos, lo que se expresa en querer conocerlo a modo de fortalecer el vínculo materno y participar activamente en el proceso de desarrollo y crecimiento en el cual se encuentran. También cabe considerar el caso de jóvenes que se encuentran sin el apoyo de sus familias y de la pareja para poder estudiar y trabajar, de este modo se ven privadas de compartir los cuidados de su hijo y así disponer de un poco de tiempo para ellas y dedicarlo a otras actividades fuera del hogar. Sin embargo preocupa que estas jóvenes en su mayoría se encuentren con grandes necesidades económicas y que sólo esperen que su familia o pareja carguen con los gastos que implica la llegada de un bebé, sin que estas se sientan motivadas a incorporarse al trabajo para contribuir ante las necesidades que tienen a diario.

El 64% de las adolescentes estiman que los ingresos familiares mensuales son inferiores a \$50.000, es decir se encuentran en la extrema pobreza; en tanto que un 16% se manejan entre \$81.000 y 129.000. Tan sólo el 8% calculan que en sus hogares se recibe el sueldo mínimo mayor o igual a \$130.000 mensual. No podemos considerar estos valores en su mayoría fidedignos, ya que la gran mayoría de las encuestadas estimo una aproximación al azar; debido a que desconocían esta información. Pero durante las visitas domiciliarias se pudo constatar que la gran mayoría viven en situaciones de pobreza, el jefe de hogar realiza trabajos esporádicos, siendo la única fuente de ingresos que se dispone en el hogar.

Con respecto al nivel socioeconómico arrojado en base a la aplicación de la encuesta del INTA, dio como resultado que el 52% de las adolescentes encuestadas corresponden, según la calificación, a la clase media baja, el 32% a la clase media y el 16%

a la clase baja. Como se mencionó anteriormente, dentro de los hogares de estas adolescentes se viven situaciones de extrema pobreza, con grandes necesidades socioeconómicas, partiendo por la infraestructura; por lo que los resultados de esta encuesta no reflejan la realidad apreciada dentro de estos hogares.

La encuesta de Coopersmith determinó que el 64% de las encuestadas, no han presentado en el último tiempo signos de ansiedad; sin embargo existe un 36% que presentan signos ansiosos, lo que nos preocupa dada la tendencia a llegar a desencadenar algún trastorno aún más complejo. El hecho de tener que asumir el rol de madres en forma inesperada, sin estar preparadas para tal responsabilidad y sin el apoyo de su red social, las lleva a manifestar este tipo de sintomatología, que se puede ver aún más perjudicada sin un correcto diagnóstico, control y tratamiento médico.

Para lograr determinar la presencia de signos depresivos en las madres adolescentes en estudio, se aplicó también la encuesta de Coopersmith; la cual arroja que el 56% de las madres adolescentes presenta algún tipo de signos depresivos, coincidiendo con las adolescentes que presentan signos ansiosos; lo cual es una consecuencia de lo expuesto anteriormente. La gran demanda de responsabilidades y el hecho de enfrentar esta crisis en forma abrupta, en muchos casos con sentimientos de fracaso consigo misma, las lleva a manifestar tal sintomatología sin que ellas mismas lo sepan.

A modo de determinar el grado de apoyo familiar percibido por este grupo de madres adolescentes, se aplicó la subescala de Zimet cuyos resultados expresaron que más de la mitad percibe un alto apoyo familiar, siendo las mismas que no presentan trastornos depresivos; lo cual puede verse expresado porque el gran número de ellas viven en la casa de sus padres, lo que nos lleva a concluir que estas jóvenes, si bien en un comienzo son reprochadas por quedar embarazadas, posteriormente son apoyadas y aceptadas dentro de sus hogares, tomando sus familias una actitud de comprensión y apoyo a la joven madre, en pro de un mejor futuro tanto de ella como de su hijo.

Referente al grado de apoyo percibido por los amigos, gracias a la aplicación de la subescala de Zimet, se puede concluir que más de la mitad de la población en muestreo percibe un alto y mediano apoyo de sus amigos, esto puede verse manifestado debido a que las adolescentes en estudio se dedican en su mayoría a estar en sus hogares encargadas de sus hijos, esto deja de manifiesto que ellas, bajo la condición de madres, se ven de cierta manera privadas de poder dedicarse a las actividades que antes estaban acostumbradas a realizar, lo que las lleva a perder el contacto con el mundo externo y en especial con uno de los grupos que pasa a tener mayor influencia e importancia dentro de la etapa de la adolescencia, como lo son los amigos. Los amigos más cercanos se mantienen, pasan a ser sus confidentes, consejeros y un importante apoyo para la joven madre.

En base al apoyo social general que perciben estas adolescentes, se puede expresar que el 56% de las adolescentes que participaron en el presente estudio, consideran que perciben un mediano apoyo social general; por un lado se sienten apoyadas en el desafío de este nuevo rol, se sienten valientes al asumir esta responsabilidad y saben que son valoradas por ello; pero por otro lado sienten que las cosas no se les han dado de manera fácil, temen que ellas y sus hijos sean rechazados o mal vistos y que no tengan las mismas oportunidades que el resto de las jóvenes de su edad.

Con respecto al grado de autoestima de este grupo de madres adolescentes, podemos decir que el 68% presenta una autoestima baja. Esta situación nos deja en claro que las madres adolescentes de la presente investigación no se encuentran satisfechas consigo mismas; existen sentimientos que son en su mayoría de culpa y de decepción por haber frustrado su futuro y haber decepcionado a sus padres, surgen sentimientos de dolor al haber perdido el apoyo y la confianza de sus seres queridos, al haber sido las culpables de traer un hijo a un hogar donde se viven muchas necesidades, también un grupo importante se sienten traicionadas por aquella pareja que decidió abandonarla por tener a ese hijo. La imagen en la gran mayoría de estas madres adolescentes se torna deteriorada, con un futuro confuso y con bajas expectativas. Pero también existe el 24% que tienen una autoestima media alta, se sienten comprendidas y apoyadas por su entorno, lo cual se manifiesta en la imagen que ellas proyectan y sienten de sí mismas; por lo que esta variable depende mucho de cómo haya vivido la adolescente su crisis y si logró adaptarse favorablemente a esta, también puede verse expresado en el grado de ayuda y apoyo de sus familias y de la misma pareja para la superación y el bienestar psicológico de la joven madre.

10. CONCLUSIONES

Según los resultados arrojados por la presente investigación podemos concluir que:

- Del grupo de 25 madres adolescentes primíparas entre 15 – 19 años de edad que fueron encuestadas, predominó el grupo de 19 años y en su minoría el de 15 años de edad.
- Un 64% de las encuestadas han desertado de la escuela, presentando el 36% estudios secundarios incompletos y el 28% primarios incompletos; sólo cuatro de ellas, correspondiente a un 16%, han completado sus estudios de enseñanza media.
- Un 68% de estas adolescentes son solteras, siendo un porcentaje mínimo de un 8% casada. Se encuentran un 24% conviviendo actualmente con su pareja.
- Un 52% de estas jóvenes se encuentran viviendo en la casa de sus padres, un 20% sola con su pareja y un 12% viven solas en casa de algún familiar.
- En relación a la actividad que se dedican actualmente las adolescentes en estudio, se aprecia que el 80% no ejerce ninguna actividad fuera del hogar, seguido de un 16% que se encuentran estudiando y tan sólo un 4% trabajando.
- El 64% de las adolescentes estiman que los ingresos familiares mensuales son inferiores a \$50.000, es decir se encuentran en la extrema pobreza; en tanto que un 16% se manejan entre \$81.000 y 129.000. Tan sólo el 8% calculan que en sus hogares se recibe el sueldo mínimo mayor o igual a \$130.000 mensual.
- El nivel socioeconómico, según la encuesta del INTA, arrojó que el 52% es medio bajo, el 32% medio y el 16% bajo. Lo cuál no concuerda con los resultados arrojados anteriormente.

- Se determinó que el 64% de las adolescentes encuestadas no presenta signos de ansiedad, correspondiendo el 36% las que sí los han presentado en el último periodo de tiempo.
- La investigación arrojó que el 44% de la población en estudio presenta signos depresivos, correspondiendo a las mismas que si presentaban signos ansiosos en tanto el 56% no ha presentado estos síntomas.
- El 56% de la población percibe un alto apoyo familiar, en relación a un 44% que siente un mediano apoyo.
- El 80% de las madres adolescentes perciben un alto y mediano apoyo de sus amigos.
- En base a los resultados del estudio, se puede concluir que el 56% de la población recibe mediano apoyo social y el 44% recibe alto apoyo.
- El 68% presentan una autoestima baja y el 24% de media alta.

Frente a los resultados obtenidos anteriormente podemos concluir que:

El tema de la educación sexual actualmente se ha visto sobrepasado; estadísticamente las altas cifras de embarazos en jóvenes menores a los 20 años repercuten considerablemente en la estructura social de un país. Es así como en nuestro país, las cifras son alarmantes. Miles de jóvenes adolescentes ven comprometidos sus sueños en pro a un mejor futuro por esta causa. El gasto que genera traer un embarazo de alto riesgo a término es altísimo. El crecimiento se ve estancado debido a que los índices de pobreza se acrecientan por la mayor tasa de embarazos ocurridos durante la adolescencia. Esto afecta a los estratos socioeconómicos bajos, fomentando la deserción escolar y la incorporación precoz de jóvenes al trabajo, en especial el de la calle con el riesgo que corren estos adolescentes de sufrir graves accidentes, adquirir hábitos nocivos: como alcohol, drogas y además de adoptar conductas sexuales de riesgo como la prostitución, pornografía y la adquisición consigo de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Nuestro rol educativo, en relación al embarazo adolescente, debe ser abarcado en conjunto por la Atención Primaria y las escuelas. Creando grupos multidisciplinarios que sean capaces de trabajar con las adolescentes, en los cursos de enseñanza básica y media el

tema de la educación sexual y la prevención del embarazo (métodos anticonceptivos); además de informar sobre las E.T.S. considerando la masificación que estas han ido tomando en el último tiempo. Sin lugar a dudas, se desconoce si las escuelas están activamente o no involucradas con el tema de la prevención. En la mujer embarazada se hace necesario reforzar los roles, contribuir a mejorar su autoimagen y prepararla para enfrentar las responsabilidades frente a las cuales se verán expuesta a futuro. El Consultorio Externo de Valdivia imparte variados programas para la mujer, los cuales están en su mayoría a cargo de Enfermeras y Matronas en base a los controles de salud reproductiva previo y posterior al embarazo, además de la consejería, pero lo que no se ha profundizado es la consulta con psicólogo(a) a los grupos de madres adolescentes a modo de poder evitar y de detectar a tiempo trastornos ansioso-depresivos en ellas, lo cual notamos que es un punto de quiebre en este aspecto; ya que los resultados del estudio muestran la necesidad de que estas madres expresen sus sentimientos y emociones ante el proceso de embarazo que se encuentran viviendo.

Durante las visitas a terreno, se pudo contribuir a reforzar la planificación familiar, respondiendo a las dudas que surgieron en muchas de las jóvenes; cabe mencionar que tres de estas jóvenes se encontraban nuevamente embarazadas, con un período de ventana de tres meses. Esto nos demuestra lo poco efectivo que están siendo los programas e intervenciones en salud reproductiva que se están impartiendo o lo poco responsables que están siendo este grupo de madres adolescentes con respecto a su salud reproductiva, considerando que ellas se encuentran aún en crecimiento, deben alimentar a su hijo recién nacido y vuelven a quedar embarazadas, por lo que no alcanzan a reponerse de este embarazo cuando deben prepararse para recibir al próximo. Quizás esta realidad sea una nueva oportunidad para renovar y buscar nuevas iniciativas para el contacto y trabajo con los adolescentes, el inicio para buscar una nueva propuesta, para renovar los métodos de enseñanza incorporando técnicas más didácticas y motivantes, a modo de reformular la metodología para que esté más acorde a la realidad y mejorar la vía o canal de comunicación para que este sea el adecuado para una correcta comunicación con los adolescentes, con el fin de causar el efecto que esperamos.

Cada uno tiene derecho a ser informado sobre sexualidad y a cuidar de sí mismo de acuerdo a las conductas que uno cree que son las correctas, el autocuidado se ve reflejado tanto por dentro como por fuera. El iniciarse sexualmente durante la adolescencia nos obliga a instaurar conductas de autocuidado, en este caso métodos para la prevención del embarazo. En el trabajo con las madres adolescentes, las Enfermeras(os) debemos ser capaces de motivar el autocuidado, promoviendo la planificación familiar, a modo de evitar un nuevo embarazo; incentivar el control de salud reproductiva, fomentar conductas de vida saludables, evitar la deserción escolar que, como problema social, es una de las causas del aumento en los niveles de pobreza, promover el desarrollo de actividades fuera del hogar, a modo de evitar la sobrecarga y presión emocional a la que se encuentran sometidas estas jóvenes y favorecer el cuidado de sus hijos como futuros miembros de nuestra sociedad.

Referente al rol de la investigación es de importancia seguir aumentando los estudios de investigación referentes al embarazo adolescente. Cada documento de investigación es de interés a nivel país, para determinar el impacto, nivel de eficacia para poder ir evaluando, renovando los programas en estudio.

En base a nuestro rol asistencial, toma relevancia los cuidados sobre la salud materno-infantil, partiendo por un enfoque preventivo sobre la detección de posibles complicaciones, tanto para la madre adolescente como para el recién nacido, identificando factores de riesgo durante el embarazo; ya sean fisiológicos, psicológicos o patológicos que sean una condicionante de riesgo para ambos. Además, cabe destacar la importancia de los cuidados que se le brindan a la madre adolescente y al recién nacido después del parto, frente a la cuál la enfermera contribuye en forma activa, para la pronta restauración de la salud de la joven madre. Pero nuestro actuar no termina aquí; ya que también se continúa colaborando con la detección de factores de riesgo, tanto para la madre, en base a la consejería, para trabajar el tema de la salud reproductiva, basándose en la planificación familiar y en la esfera psicológica la detección del estrés y depresión post-parto. Para el niño, durante la asistencia al control del niño sano, a modo de poder conocer el ambiente físico, psicológico y social que los rodea y a la vez poder estar al tanto del grado de conocimiento de la joven madre sobre como esta llevando a cabo los cuidados de su hijo.

En el campo de la administración se hace relevante contribuir en la correcta organización en el servicio o centro asistencial en el cuál trabajemos, contribuyendo estadísticamente a poder tener datos más fidedignos del número de madres adolescentes que se controlan y poder determinar las reales necesidades en salud, favoreciendo la nueva incorporación de profesionales que se requieren para mejorar la calidad del servicio que se les otorga. Se hace evidente la mayor necesidad de enfermeras en la atención primaria, es sin duda para la creación de programas basados en planes de apoyo y prevención dirigidos a la población de adolescentes.

Es de importancia redefinir las necesidades e ideales en salud, a modo de responder de forma oportuna, eficiente e integral a las demandas frente al perfil epidemiológico que enfrenta nuestro país. Debido a esta tendencia el modelo de atención en salud con un enfoque familiar, se va haciendo cada vez más sustentable ante las demandas sociales. Este modelo es relativamente reciente se espera que el trabajo directo frente a los problemas sociales y comunitarios con la gente y del punto de vista de esta investigación con las familias como sujeto de intervención fortaleciendo los conocimientos, habilidades y destrezas de ésta, para mantener una vida saludable. Se hace necesario mantener con la integración de este modelo su continuidad a lo largo del tiempo, estableciendo una relación de compromiso mutuo entre el equipo de salud capacitado y los usuarios, siendo activos agentes de cambio.

11. BIBLIOGRAFIA

11.1 Angélica Díaz, Pablo Sanhueza R, Sra. Nicole Yaksic B, “Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas”, *Revist. Chile obst. Ginecolog.* Vol 67 N° 6 P (481- 487). Stgo 2002, [http:// www.scielo.cl](http://www.scielo.cl)

11.2 Desarrollo humano adolescente, “Indicadores sociodemográficos”, Chile 2000, <http://www.sexualidadjoven.cl>

11.3 Instituto nacional de estadísticas, “Manual Censo”, Chile 2002, [http:// www.ine.cl](http://www.ine.cl)

11.4 Tranquilina Gutierrez Gómez. Lic. Enfermería, “Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente”, *Rev. Enfermeras IMSS* 10 (1): 21-25, <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres>

11.5 “Atención ambulatoria en el período de la adolescencia”, Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Departamento de Pediatría, Chile, http://www.Escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/quinto/pediatria/pediatambulat/PedAmb_027.htm.

11.6 “Tercera antología adolescencia y salud”, Manual de consejería en salud sexual y reproductiva para la adolescente ,2005,[http ://www. binass.ca.cs /adolescencia/manualdulto.pdf](http://www.binass.ca.cs/adolescencia/manualdulto.pdf).

11.7 “La sexualidad”, Medicina de Tarragona España. Escuela de padres, <http://www.webfacil.binet.org/medica/aWQ9MJLYNiZOaHJIYWQ9MJE2NW>

11.8 Dra. María Inés Romero. “sexualidad y embarazo en la adolescencia” Pontificia universidad Católica, modulo 3: lección 15, <http://www.Escuela.med.puc.cl/ops/Curso/Lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.htm>.

11.9 “Embarazo adolescente”, Fundación Chile Unido, Junio 2001, doc. N°47 http://www.Chileunido.cl/corrientes/docs_-corrientes/cdeo47embarazo.pdf.

11.10”Embarazo en adolescentes – sus derechos reproductivos”, <http://www.bvs.org.ni/adolesc/doc/Emb>.

11.11 Bertha Sola Valdés, “Consecuencias de un embarazo”, Salud familiar 2004 <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adolescentes/392469.html>.

11.12 Sra. Cecilia Rosas G, Apunte “Teoría del autocuidado de Dorotea Orem una base para la práctica de Enfermería”, 2000 Valdivia UACH. P (1 - 12)

11.13 Dr. Simón Lorda, I. Gómez - Reino Rodríguez. “Originales y misiones psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales”, Servicio de psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense, Mayo – Junio 1999, Vol 11 N°3 http://www.dinarte.es/salud_mental/pdf113/7113orig2.pdf.

11.14 Dr. Enrique Cano Romera, “Escala de ansiedad y depresión de Goldbeg” 1998, <http://elmedico.metropoliglobal.com/ansiedad.htm>.

11.15 ,”Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana”, Cienc. Enferm. Concepción Junio 2002, Doc. Vol 3 N°1, <http://www.scielo.cl>.

11.16 Coopersmith adaptación de brinkmann y segure; “Inventario de autoestima de Coopersmith”. http://biblioteca_-digital.ucentral.cl.

11.17 Pichot, Pierre. “Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales”; DSM-IV, 1995; p (405-420)

11.18 Dr. Pablo Claci, “Adolescencia una etapa de cambios. Parte I” Definición, Latin Salud <http://www.latinsalud.com/articulos/00946.asp>

ANEXOS

I. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____,
he sido informado (a) por la Srta. Pamela Ortiz Mera. , egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, que realiza un trabajo de valoración psicosocial de madres primíparas entre 15 a 19 años, madres de lactantes menores, que se controlan en el Consultorio Externo de Valdivia, es por eso que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo de investigación, contestando instrumentos de recolección de información.
2. He sido informado (a) claramente sobre el rol que me concierne dentro del trabajo y la metodología a estudiar en el estudio de investigación así también, se me han presentado los objetivos que persigue este trabajo.
3. Autorizo a la Srta. Pamela Ortiz Mera., a que utilice la información que yo le entregue reservando mi identidad.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración y participación, en cualquier momento que yo desee.
5. Fijaremos día, hora y lugar donde se aplicará el instrumento de recolección de información.
6. Manifiesto que he comprendido lo establecido y otorgo mi consentimiento y para que así conste, firmo el presente documento.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la tesista.

Valdivia, _____.-

II. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION PARA LA VALORACIÓN PSICOSOCIAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS ENTRE 15 A 19 AÑOS.

INSTRUCCIONES

- ✓ Su participación en este estudio es voluntaria y anónima.
- ✓ A continuación usted encontrará los cuestionarios respectivos: antecedentes biodemográficos, encuesta socioeconómica, escala para medir el síndrome ansioso, otra para medir la percepción social y la autoestima.
- ✓ Este cuestionario no llevará nombre, para proteger su intimidad, además se asegura la confidencialidad de todos los datos recogidos en él.
- ✓ Para responder al cuestionario, debe marcar con una cruz (x) la respuesta correcta a su condición.
- ✓ Es importante no omitir respuestas.
- ✓ No existen preguntas correctas e incorrectas, sólo interesa conocer la realidad.
- ✓ Ante cualquier duda consulte.

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

12.1. ANTECEDENTES BIODEMOGRAFICOS

- ✓ Cuál es su edad (años cumplidos)

15 años	
16 años	
17 años	
18 años	
19 años	

- ✓ Cuál es su escolaridad, marque con una cruz (X)

Analfabeta	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaría incompleta	
Secundaría completa	

- ✓ Cuál es su estado civil, marque con una cruz (X)

Casada	
Soltera	
Separada	
Conviviente	

- ✓ Vives actualmente con, marque con una cruz (X)

Con tus padres	
Sola con tu pareja	
Con tus padres y tu pareja	
En la casa de tu pareja	
En casa de amigos	
En casa de algún familiar	

- ✓ A qué actividad se dedica actualmente, marque con una cruz (X)

Sólo estudia	
Sólo trabaja	
Trabaja y estudia	
Ninguna	
Otra actividad	

- ✓ Indique los ingresos familiares aprox. (dinero del que dispone en un mes), marcando con una cruz (X)

Menos de \$30.000	
De \$30.000 a \$50.000	
De \$51.000 a \$80.000	
Entre \$81.000 y \$129.000	
Mayor o igual a \$130.000	

12.2. ENCUESTA SOCIOECONOMICA

1.- Persona que viven en la casa (comen y duermen)

- 1= 1-3
- 2= 4-6
- 3= 7-9
- 4= 10-12
- 5= 13-15
- 6= 16 y más

Puntaje

2.- ¿Esta viviendo con su pareja?

- 1= Si (o no tuvo nunca pareja)
- 3= No, pero me ayuda siempre
- 4= No, pero me ayuda esporádicamente
- 6= No, me abandono

Puntaje

3.- Escolaridad del jefe de hogar (persona que mantiene el hogar)

- 6= Analfabeto.....
- 5= Básica incompleta.....
- 4= Básica completa/Media incompleta..
- 3= Media completa o técnica.....
- 2= Universitaria incompleta.....
- 1= Universitaria con titulo.....

Puntaje

4.- Actividad del jefe de Hogar

- 6= Cesante.....
- 5= Ingresos inestables (pololos).....
- 4= Obrero estable (Empl. Dom; SSS).....
- 3= Pensionado otros que SSS, Obrero calif,.....
pequeña empresa

Puntaje

5.- Seguridad social: ¿Está afiliado a alguna caja de previsión? (SSS, AFP, Otros)

6= Sin seguro social

4= S.S.S.

2= AFP y otras cajas de previsión

1= F.F.A.A. y de orden

Puntaje

6.- El sitio en el que vive lo ocupa en calidad de:

6= Allegado

5= Toma de sitio no saneado

4= Usufructuario, préstamo

3= Arrendatario

2= Pagando dividendo u otra deuda de la vivienda

1= Dueño

Puntaje

7.- El tipo de casa es de:

6= Madera con una pieza

5= Madera con tres piezas, conventillos

4= Autoconstrucción (Con más de tres piezas), cité, adobe en mal estado, (casa del Hogar de Cristo)

3= Casas tipo departamentos (pobl. Homogénea)

Puntaje

8.- ¿En la casa duermen 2 personas juntas, que no sean pareja?

6= Si

1= No

Puntaje

9.- ¿El agua que usa para cocinar la tiene en el lugar que cocina?

1= Si

6= No

Puntaje

10.- ¿Puede hacer uso de un excusado?

6= No (Sitio eriazo)

5= Pozo negro

1= Si (alcantarillado o fosa séptica)

Puntaje

11.- La recolección de basura es:

6= Nunca

5= Menos de una vez por semana

4= Una vez por semana

3= Dos veces por semana

2= Tres veces por semana

1= Cuatro veces por semana

Puntaje

12.- ¿Tiene una pieza independiente para cocinar?

1= Si

6= No

Puntaje

13.- Pude hacer uso de:

1. TV.....

2. Equipo modular.....

3. Lavadora.....

4. Refrigerador.....

5. Auto

SI

Puntaje

NOTA: Encuesta elaborada en el INTA.

PUNTUACION: > 13 = Alto
13.1 a 20 = Medio alto
26.1 a 30 = Medio

39.1 a 52 = Medio bajo
52.1 a 65 = Bajo

ESCALA:

6= 0

5= 1 - 3

4= 4 - 6

3= 7 - 9

2= 10 - 12

1= 13 - 15

12.3. ESCALA DE GOLDBERG

Subescala de Ansiedad:

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total Ansiedad:

Subescala de Depresión:

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Ud. el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido?
9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total Depresión:

Criterios de valoración:

Subescala de ANSIEDAD : 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.

12.4. Escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet.

Item	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.				
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.				
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.				
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.				
6. Tengo la seguridad que mis amigos tratan de ayudarme.				
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
9. Cuando tengo penas y alegrías puedo compartirlas con mis amigos.				
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.				
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.				

Escala de zimet, puntuación por cada ítem:

Casi nunca:	1 punto
A veces:	2 puntos
Con frecuencia:	3 puntos
Siempre:	4 puntos

Subescala familia:

32-22 puntos:	Alto apoyo familiar
21-12 puntos:	Mediano apoyo familiar
11 y menos:	Bajo apoyo familiar

Subescala amigos:

16-11 puntos:	Alto apoyo de amigos
10-6 puntos:	Mediano apoyo de amigos
5 o menos:	Bajo apoyo de amigos

Escala general:

48-32 puntos:	Alto apoyo social general
31-16 puntos:	Mediano apoyo social general
15 o menos:	Bajo apoyo social general

12.5. Test de autoestima de Coopersmith (versión acortada):

	Me describe	No me describe
1- Más de una vez he deseado ser otra persona.		
2- Me cuesta mucho hablar ante un grupo.		
3- Hay muchas cosas en mí misma que cambiaría si pudiera.		
4- Tomar decisiones no es algo que me cueste.		
5- Conmigo se divierte uno mucho.		
6- En casa me enfado a menudo.		
7- Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo.		
8- Soy una persona popular entre la gente de edad.		
9- Mí familia espera demasiado de mí.		
10- En casa se respeta bastante mis sentimientos.		
11- Suelo ceder con bastante facilidad.		
12- No es fácil ser yo.		
13- En mi vida todo esta muy confuso.		
14- La gente suele secundar mis ideas.		
15- No tengo muy buena opinión de mí mismo.		
16- Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa.		
17- A menudo me siento harto del trabajo que realizo.		
18- Soy más fea que el resto de la gente.		
19- Si tengo algo que decir, normalmente lo digo.		

20- Mi familia me comprende.		
21- Casi todo el mundo que conozco, cae mejor que yo a los demás.		
22- Me siento presionada por mi familia.		
23- Cuando algo, frecuentemente me desanimo.		
24- Las cosas no suelen preocuparme mucho.		
25- No soy una persona muy de fiar.		

Test de Autoestima de Coopersmith, puntuación:

Máxima puntuación: 25 puntos.

Mínima puntuación: 0 punto.

Puntuación	Calificación
0-10	Significativamente baja
11-15	Media baja
16	Media
17-22	Media alta
23-25	Significativamente alta

Puntúan con un punto las siguientes respuestas:

Ítem:	Puntúa si han respondido:
1-	No me describe
2-	No me describe
3-	No me describe
4-	Me describe
5-	Me describe
6-	No me describe
7-	No me describe
8-	Me describe
9-	No me describe
10-	Me describe
11	No me describe
12-	No me describe
13-	No me describe
14-	Me describe
15-	No me describe
16-	No me describe
17-	No me describe
18-	No me describe
19-	Me describe
20-	Me describe
21-	No me describe
22-	No me describe
23-	No me describe
24-	Me describe
25-	No me describe