

INTRODUCCIÓN

El adolescente es muy difícil de comprender, ya que este por un proceso de desarrollo el cual se da por etapas: Temprana de 12 a 14 años; Media de 15 a 16 años y Tardía de 17 a 19 años.

En donde a este se le van a presentar situaciones en los cuales podría llegar a confundirse en algún momento de su vida, pero es en ese momento donde comienza el apoyo y educación por parte de los padres, a muchos de ellos no les dan educación o información que necesitan para satisfacer alguna duda y tener un ritmo de vida normal. Es desde ese momento donde por falta de comunicación de estos grupos sus padres y adolescentes empiezan a buscar informaciones o comentarios en sus amistades u otras personas, ya sea a través de alguna información educativa, estos comienzan a presentar dudas y a tener intercambio de ideas. Si estas ideas no son compartidas con los padres, es en ese momento donde puede presentarse la situación de un embarazo precoz y en ese momento, tanto el padre y el hijo se darán cuenta que han cometido un grave error, donde a faltado lo primordial que es la comunicación.

Dentro de ese orden el embarazo puede suceder sin estar definido como un producto deseado, el cual es uno de los procesos o etapas más

difícil por los cuales debe pasar la mujer. En ese sentido, actualmente se han incrementado el número de embarazos en adolescentes y como causa primordial de esto según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2001) es que no están siendo informadas adecuadamente con respecto a la sexualidad. Los mismos autores continúan señalando que tal situación promueve en estos el embarazo precoz, también aumento de los abortos, como consecuencia del embarazo no deseado.

Dentro de ese orden de ideas Gómez, Álvarez (1997) considera que, los abortos pueden presentarse por un embrión mal formado, embrión muerto y retenido, anomalías cromosómicas o ausencia del embrión. Pero en su gran mayoría son causados por factores socioeconómicos, culturales, morales y falta de valores, a su vez el aborto trae como consecuencias antes, durante y después, problemas familiares, separaciones matrimoniales, problemas emocionales y hasta alteraciones de la personalidad, aunque estas actitudes también se presentan al comienzo del embarazo, pero es después del aborto donde la adolescente puede verse mas afectada por la pérdida de su hijo y a su vez por el rechazo de algún familiar. También se puede presentar una deserción escolar y no continuar con sus estudios, aunque cabe destacar que puede existir la posibilidad de que alguna si logre continuar sus estudios al ser motivada por tener un futuro mejor, tanto para ella como para su próximo embarazo.

Todos estos motivos en muchas oportunidades producen sentimientos confrontados que luego generan actitudes tanto para el cambio en la prevención de otros embarazos o bien para la multiparidad. En función de ello se desarrolla esta investigación en el área obstétrica del Hospital I.V.S.S, Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay, Estado Aragua, con el propósito del reconocimiento de creencias, afectivos y disponibilidad de la adolescente luego de un aborto.

Esta investigación esta conformada en cinco capítulos que se desarrollan y determinan el conocimiento sobre planificación familiar de las adolescentes y su acción contra el aborto, presentando en el Capítulo I, el planteamiento del problema, los objetivos que permitirán el desarrollo de la investigación y la justificación para llegar a analizar estaos conocimientos y creencias transmitidas por las usuarias.

El Capítulo II, sustenta la información planteada en el Capítulo I, mediante investigaciones que anteceden al conocimiento sobre planificación familiar de las adolescentes y su acción contra el aborto. Así mismo este capítulo contiene bases teóricas que parten desde la adolescencia, las transformaciones físicas, el desarrollo psicosocial y moral, comportamiento sexual entre otros puntos importantes para la presente investigación y bases legales.

Asimismo el Capítulo III, explica la Metodología empleada, el tipo de investigación, la población, muestra, operacionalización de las variables, técnicas e instrumento de recolección de datos, necesarios para la presentación de los resultados específicos que apoyan la investigación.

En el capítulo IV, se presentan el análisis e interpretación de los resultados a través de cuadros y gráficos.

En el capítulo V, se presentan las conclusiones y recomendaciones finales, que le servirán de ayuda a todo aquel futuro personal de enfermería que este interesado en esta investigación y a su vez sentirse identificados por que de alguna manera estos conocimientos podrán ser aplicados en usuarios que presenten alguna otra patología, ya que esta, en especial estudia o determina el conocimiento del ser humano que se encuentra en problemas y necesita ayuda para aclarar ciertas cosas de su vida y de una forma u otra se puede orientar en cualquier momento para que este aclare su situación y logre mejorar su estilo de vida.

Por último encontramos las Referencias Bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Cada año, se producen aproximadamente unos cincuenta millones de abortos en todo el mundo. De estos, unos veinte millones se realizan en condiciones peligrosas sobre todo en países en vía de desarrollo, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2002), "su realización y la implantación de mejoras en los sistemas sanitarios evitarían muchas muertes. El aborto en el mundo causa hoy, en un año, casi tantas víctimas como la segunda guerra mundial, las estadísticas también indican que unas veinte mil mujeres pueden fallecer por las consecuencias negativas que para la salud de la madre se derivan del aborto" (Pág.76).

A nivel mundial las muertes por aborto representan al menos el 13%, de la mortalidad materna. Emplear procedimientos médicos sin riesgos y modificar la legislación para que se tomen medidas punitivas contra el personal sanitario y las mujeres afectadas serían dos factores primordiales para mejorar la seguridad de esta situación, se estima que unas cuatrocientas muertes tienen lugar por cada cien mil embarazos interrumpidos voluntariamente en los países en vías de desarrollo. Un

ejemplo de esto, según la OMS (Op-cit), “es el numero de abortos inseguros que se realizan en África y que tienen al menos, setecientas veces mas probabilidades de terminar en muerte, que aquellos que se realizan en los países desarrollados” (Pág.80)

En Latinoamérica la situación es igualmente preocupante, cada año se llevan a cabo cuatro millones de abortos ilegales, que son responsables, de que cientos de miles de mujeres mueran o que su salud se deteriore físicamente y emocionalmente pudiendo ser afectada la parte biosicosocial de la mujer tras haber sufrido un aborto.

López, A, (2000), manifiesta que en la mayoría de países de Sudamérica, América Central o el Caribe, las mujeres que quieren terminar con un embarazo deben correr un gran riesgo, ya que la operación puede ser realizada por personal no calificado” (Pág.29).

Dentro del mismo marco de referencia la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2002), señala, “América Latina, es la región del mundo donde se realizan mas abortos, y es el último reducto que le queda a la iglesia Católica para seguir imponiendo sus concepciones ideológicas. En Argentina mantienen el concepto de que viven en un país laico. La defensa de la Democracia implica que ningún dogma o religión se imponga al conjunto de la sociedad” (Pág.99).

A su vez Tristan, T (2001), perteneciente al Centro de la Mujer Peruana, manifiesta que Perú, es uno de los países de la región con mayor número de abortos provocados, se calcula que 5 de cada 100 peruanas entre los 15 y 30 años de edad se provoca un aborto cada año. Se estima que el mismo lapso se produce alrededor de 300.000, abortos inducidos, y una cifra similar de nacimientos no deseados” (Pág.101).

Venezuela, como parte de los países Latinoamericanos, no escapa de esta realidad, en donde diariamente en Hospitales y Clínicas son atendidos casos de abortos. Al respecto el Instituto Nacional de Estadística (ING), (2002), “gran parte de los abortos corresponden a mujeres en edades de 13 a 18 años de edad, en donde según diagnóstico médico son ingresos por complicaciones debido a la práctica abortiva clandestina” (Pág.8).

Para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) (2001), el 69%, de las complicaciones por aborto proceden de los que son por prácticas clandestinas en lo cual el 44%, ocurren en jóvenes entre 13 a 17 años de edad” (Pág.25).

A lo expuesto también se le suman los planteamientos de Macnarney, (2001), en Venezuela aproximadamente la tercera parte de los abortos se llevan a cabo en adolescentes, siendo una decisión fácil a

su edad, en lo cual el nivel educativo de los padres de los jóvenes influyen en la decisión positiva o negativa en todo los extractos sociales y éticos” (Pág.79)

Ahora bien el aborto sus causas son muy diversas en ocasiones dependen del propio producto de la concepción (huevo mal formado, anomalías cromosómicas, ausencia de embrión), pero según el MSDS (Op-cit), en un porcentaje elevado de casos de alteración, deriva de la madre por enfermedades (diabetes, útero mal formado, infecciones, desequilibrio hormonales)” (Pág.76), no siempre que la mujer presenta síntomas de peligro abortivos (perdida de sangre, molestia en bajo vientre), según los mismos autores; este hecho pueda dar lugar irremisiblemente a un aborto, de hecho, la posibilidad de evitar que una amenaza de aborto termine en expulsión del huevo depende de las causas que motiven la pérdida de sangre.

En el caso del aborto inducido, ello puede practicarse por tres causas a saber 1). Terapéutico (en caso de peligro para la salud de la madre 2). Ético (en caso de violación con denuncia previa) 3). En genético (por malformación en el feto). Hay que destacar, que solamente en este caso legalmente está permitido la inducción del aborto, en otro contexto, como por ejemplo la interrupción de un embarazo cuyo crecimiento y

desarrollo cursa dentro de condiciones favorables, son un producto de evolución sana, ello es penado dentro del sistema legal.

En ese mismo orden la Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela, (2000), plantea:

Artículo 44. Protección a la Maternidad: El estado debe proteger la maternidad. Tal efecto, debe garantizar a todas las mujeres servicios y programas de atención, gratuitos y de la más alta calidad, durante el embarazo, el parto y la fase post – natal. Adicionalmente, debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vinculo materno – filial de todas las niñas y adolescentes embarazadas o madres.

Ética y Moral en la practica “Código Deontológico”:

Artículo 49. Al medico le esta prohibida la interrupción provocada del embarazo en cualquiera de sus épocas salvo con un fin terapéutico, y en todo caso siguiendo las normas establecidas por la ciencia y las disposiciones legales vigente. **Artículo 50.** Cuando el fin terapéutico indique la interrupción de un embarazo, este deberá practicarse con el consentimiento de la paciente, de su esposo o del representante legal por escrito. La certificación de la interrupción del embarazo deberá hacerla una junta médica, uno de cuyos participantes, por lo menos, debe estar especializado en la afección padecida por la enferma. **Artículo 52.** No debe practicarse el aborto terapéutico sino en ambiente adecuado con todos los recursos de la ciencia. **Artículo 53.** Frente a una paciente con una complicación obstétrica grave, el medico responsable de aquella, explicara claramente la línea de conducta que pretenda seguir en vista o obtener su conocimiento al respecto. En caso de conflicto entre ambas partes, el medico debe entregar la asistencia del caso a otro profesional cuando ello sea posible. Cuando no lo sea, pedirá a los familiares una declaración por escrito de que ellos no han permitido seguir el procedimiento propuesto por el, salvo los casos de extrema urgencia. (Pág.86)

De acuerdo a lo expuesto el aborto es un acto que va contra las reglas morales y penales en el contexto social.

Hay que destacar los planteamientos de Sileo Enriqueta, (1999), quien considera que la adolescentes que han pasado por la inducción de aborto, para hacer frente al aborto, las “jóvenes necesitan asesoría intensa. Si bien no se conocen a fondo las consecuencias psicoafectiva del aborto entre ellas, si los conflictos no son resueltos, es probable que tengan problemas más adelante con sus relaciones, incluido el matrimonio” (Pág.86).

En el Estado Aragua, de acuerdo a publicaciones del Departamento de Epidemiología de la Corporación de Salud (Corposalud), en el año (2004), fueron notificado y reportadas las estadísticas del Hospital Central de Maracay (10.990), adolescentes atendidos en el área de emergencia obstétrica luego de un aborto” (Pág.3).

Los mismos autores refieren que el aborto en la población de adolescentes en el Estado Aragua, siempre ha sido una problemática muy común reflejada en las áreas obstétricas, llamando poderosamente la atención que generalmente acuden luego de haber ocurrido el aborto y en su mayoría por presentar hemorragia, situación que amerita el cumplimiento de curetaje uterino, muchas veces como consecuencia del aborto incompleto, quedando resto del producto en el útero.

Siendo que el embarazo implica un cambio en la vida de una mujer y de su familia, es el momento que ella y sus allegados se enfrenten, con el reto de definir su papel actual, revisar sus conflictos previos y asumir su nuevo papel, los ajustes físicos y emocionales del embarazo aunado a los requeridos para convertirse en padres, provocan diversos grados de estrés y ansiedad.

Tomando en cuenta que la adolescencia esta definida como un periodo de cambio o transición que afecta tanto el físico, como la psiquis del individuo y en la cual pueden, acentuar aun más las respuestas negativas ante el embarazo, induciendo con mas frecuencia a este grupo etéreo a recurrir a la aplicación del aborto.

Esta realidad ha sido reconocida por el gobierno regional del Estado Aragua, como un importante problema de salud manifestada entre las jóvenes en edades de 13 a 17 años con un 68%; en las rurales pobres y entre las urbanas de escasos recursos y un 9% de las que tienen altos ingresos (Corposalud) (2004).

Como se observa esta situación puede ser vista como una necesidad de salud en estos grupos en edades de 13 a 17 años, situación que puede ser evitada, en el caso específico que estas jóvenes participen en el programa de planificación familiar. Acto que les dará la oportunidad

y el tiempo conveniente para procrear, así como para conducir una salud reproductiva a mediano y largo plazo.

En ese sentido, el conocimiento sobre la forma y manera de prevenir el embarazo representará una solución contra el aborto. Hecho que se puede lograr una vez que estas jóvenes se inicien en el programa de planificación familiar.

Tal sentido requiere plantear las siguientes interrogantes:

¿Qué significado tiene el programa de planificación familiar en las adolescentes desde el punto de vista de sus creencias – conocimientos?

¿Qué disponibilidad tienen las adolescentes para ingresar al programa de planificación familiar según sus conocimientos?

En respuestas a las interrogantes hechas conlleva a la autora a formular el siguiente problema de investigación:

¿Cómo es el conocimiento de las adolescentes sobre la planificación familiar y su acción contra el aborto, emergencia obstétrica del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) Dr. José María Carabaño Tosca en Maracay, 2do. Semestre 2005?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Determinar los conocimientos en las adolescentes sobre la planificación familiar y su acción contra el aborto; en sus componentes creencias y disponibilidad área obstetricia en el IVSS Dr. J.M. Carabaño Tosta en Maracay, Estado Aragua, 2do. Semestre 2005

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar la creencia que tienen las adolescentes sobre el programa de planificación familiar según sus conocimientos.
- Identificar la disponibilidad de las adolescentes para ingresar al programa de planificación familiar según sus conocimientos.

1.3. Justificación

El aborto en las adolescentes es una necesidad que puede ser solventada por medio de las prácticas sexuales conscientes y responsables por parte de estos jóvenes, quienes día a día son ingresados a la emergencia obstétrica del I.V.S.S, Dr. José Maria Carabaño Tosta, de Maracay, con diagnóstico de aborto que enfrentan el problema del aborto, no solo en el I.V.S.S Dr. José Maria Carabaño Tosta,

de Maracay, sino en cualquier otra institución e incluso a nivel comunitario.

Dado que el aborto es la terminación del embarazo por cualquier motivo antes de que el feto este lo suficientemente desarrollado para sobrevivir, siendo esta una de las causas del sufrimiento psicológico y trastornos depresivos que puedan presentar muchas adolescentes tras haber sufrido un aborto.

El estudio de este problema es factible puesto que se encuentra con los recursos humanos, económicos, materiales y tiempo necesario para su elaboración. La realización de esta investigación es de gran interés para el equipo multidisciplinario de salud, ya que aporta conocimientos a todo este personal, que requiera información acerca de este tema, además representa otra ventaja para otra área en la que podrán utilizarla como fuente bibliográfica. Sobre todo con el marco conceptual con que cuenta, el cual da la oportunidad para que las autoridades del área obstetricia vean a la planificación familiar como la mejor alternativa para que este grave problema del aborto en adolescentes.

Por otra parte proporciona herramientas al equipo multidisciplinario en salud, que les permitirá brindar una atención de calidad y un apoyo psicológico efectivo a las adolescentes que ingresan a esta unidad clínica.

Aunado a la oportunidad de orientarlas sobre el programa de planificación familiar a fin de que ingresen oportunamente y evitar nuevos embarazos conducentes al uso de prácticas abortivas.

Dentro del contexto social, la investigación se justifica, ya que su ejecución dará la oportunidad de conocer las opiniones de las adolescentes con diagnóstico (aborto) que están ingresadas en el área obstétrica. En ese sentido por medio del desarrollo de la investigación dará la oportunidad de conocer sus creencias, en conocimientos y valores y disposición en cuanto al reconocimiento de la planificación familiar como una medida contra el aborto.

Otro aspecto de gran relevancia lo significa el poder propiciar a los jóvenes una alternativa para que fomenten una disposición al cambio por intermedio de su incursión al programa de planificación familiar, hecho que sin lugar a duda permitirá disminuir en gran medida los abortos en este grupo.

Para la investigadora el desarrollo de la investigación representa un valioso aporte para la capacidad de resolución en cuanto a la continuación del trabajo, sobre la situación planteada, la cual hoy día es una realidad presente en todos los extractos sociales. En ese sentido la investigación se presenta como una posible iniciativa para la búsqueda de

mecanismos que permitan despertar sentimientos de responsabilidad contra los embarazos no planificados mediante el inicio del programa de planificación familiar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El presente capítulo, muestra las investigaciones que anteceden y sirven de base para el presente estudio, mostrando la importancia de los elementos que integran la adolescencia, tales como características de la pubertad, el desarrollo del adolescente: Cognoscitivo, moral psicosocial, comportamiento sexual, el embarazo, influencias culturales, aborto y duelo en las adolescentes y el programa de planificación familiar.

Del mismo modo se presentan las bases teóricas que sustentan la investigación dando a conocer lo que es la adolescencia, el desarrollo en adolescentes, embarazo en las adolescentes, cambios psicológicos durante el embarazo, aborto tipos de aborto, consecuencia del aborto, complicaciones luego del aborto y complicaciones posteriores a un legrado. Así como también se introducen las bases legales que sustentan la investigación y componente del programa de planificación familiar con sus beneficios.

Según Tamayo y Tamayo, (1998), manifiesta que en el marco teórico, “se amplía la descripción del problema, integra la teoría con la investigación y sus relaciones mutuas. Toda ciencia esta estructurada por dos elementos básicos, la teoría y el método de trabajo. Toda

investigación requiere un conocimiento presente de la teoría que explica el área de fenómenos de estudios” (Pág.96)

2.1. Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes son todas aquellas investigaciones que se han hecho sobre el tema, que sirve para aclarar, juzgar e interpretar el enfoque metodológico que se plantea en la misma, por lo que en esta parte del trabajo se ha intentado conocer el desarrollo de otras investigaciones relacionadas con problemas similares a los aquí planteados.

Álamo, (1999), su investigación estuvo enmarcada bajo la modalidad de proyecto factible como una propuesta cuyo objetivo general es un programa de educación dirigido a las enfermeras que atienden a las adolescentes que ingresan por aborto en el servicio Gineco Obstetra del Hospital General de los Valles del Tuy. La población y muestra intencional quedo constituida por doce enfermeras que laboraban en el servicio, se aplicaron dos instrumentos: el primero dirigido a las enfermeras y el segundo dirigido a las usuarias, para identificar el conocimiento sobre el aborto y sus consecuencias. La confiabilidad y validez se efectúa a través del juicio de expertos en la descripción y análisis de los resultados, se aplico la estadística descriptiva de los resultados utilizando el porcentaje,

los cuales denominaron el conocimiento sobre la atención de adolescentes que ingresan por abortos. Se recomienda que todo proceso que involucra al personal de enfermería en la atención de adolescentes que ingresan por prácticas abortivas deba ser de calidad, continuar con charlas educativas a las adolescentes, usuarias del servicio Gineco Obstétrico sobre las condiciones del aborto.

El autor recomienda continuar con la educación en el servicio, dirigido a las enfermeras que atienden adolescentes que ingresan al Hospital General de los Valles del Tuy, por prácticas abortivas. Hecho que debe ser aprovechado para el aporte informativo sobre el programa de planificación familiar como estrategia básica contra el aborto.

Esta investigación se relaciona con el estudio, ya que también se evaluara el conocimiento que tienen las adolescentes con respecto a lo que es el aborto y sus consecuencias, en donde se podrá comprobar que tanto están informadas al respecto a través del instrumento.

Díaz y Polanco, (2000), realizaron una investigación que se tituló "Incidencia del Aborto en Adolescentes", realizaron esta investigación por la inquietud de evaluar la incidencia de abortos en adolescentes, siendo esta la causa mas frecuente de consultas en emergencias, para estudiar dicha incidencia se revisaron 800 historias de aborto del servicio

obstétrico del Hospital Dr. Carlos Díaz del Siervo, se elaboro una ficha que obtenía las variables para recolectar la información, todas las embarazadas eran de 20 años con mayor incidencia de aborto en aquellas comprendidas entre 18 y 19 años de edad, 448 casos (56%) primera gesta, con 574 (72.21%), provenientes del medio urbano y con 603 casos (77.5%) en edad gestacional entre 5-10 semanas. Los autores concluyen que los resultados obtenidos demuestran que el aborto en adolescentes es una patología que se presenta provenientes de todos los medios sociales tanto urbanos como rural, por lo cual indica que hay que proporcionarles una educación para la salud de mayor calidad donde ellas puedan expresar sus dudas sus miedos, las cuales tengan una respuesta satisfactoria y así tratar de disminuir los embarazos en adolescentes y por ende disminuir los abortos. Es decir, promover sistemas de referencias y aceptación para que al culminar su ingreso hospitalario den inicio al programa de planificación familiar.

La relación del estudio con la investigación se debe a que se estudio a las adolescentes y a pesar de que han pasado varios años, la incidencia de aborto sigue siendo mayor, sin embargo, como se trata de determinar el componente afectivo luego de un aborto es de interés ya que esta investigación determina si las adolescentes necesitan un mayor apoyo emocional o de comprensión, todo esto se logra mejorando la atención de enfermería e inicio de estos grupos al programa de planificación familiar.

Hernández, y Perozo, (2003), realizaron una investigación que lleva por título, “factores Socioeconómicos y Educativos Asociados a la Incidencia de Aborto en Adolescentes”. Dado que el aborto es la terminación del embarazo por cualquier motivo antes de que el feto este lo suficientemente desarrollado para sobrevivir y considerando que el mismo ocupa un lugar importante de morbilidad y mortalidad en Venezuela, se realizo este estudio con la finalidad de determinar los factores socioeconómicos y educativos que asisten a la Emergencia Obstétrica del Hospital Central de Maracay, durante el mes de Agosto del año 2003, la muestra quedo constituida en 20 usuarias que representan el 30% de la población, para el análisis de los datos esta se apoyo en el uso de la estadística descriptiva, mediante cuadros de frecuencia y porcentaje, luego se analizaron los datos cuantitativamente. Se concluye que el aborto es una alternativa que solo debería ser utilizada bajo estricta condiciones medicas, en las cuales se evidencia un riesgo para la salud o la vida de la madre.

Esta investigación se relaciona con el estudio, ya que en la misma se ha determinado que una de las causas del aborto en las adolescentes se debe a problemas socioeconómicos y educativos.

Peñuela y Torrealba (2004), realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la atención que brinda el personal de enfermería

a las adolescentes con aborto que acuden a la emergencia obstétrica del Hospital Central de Maracay, con el propósito de determinar si las profesionales de enfermería que laboran en esta unidad brindan la atención necesaria a las pacientes tanto a nivel psicológico como emocional, esto debido a que la enfermera juega un papel importante dentro de la sociedad, como educadora y orientadora. La metodología de la investigación se basó en un diseño no experimental transnacional, además se desarrolló bajo la modalidad de un estudio de campo descriptivo y fundamentado en el área asistencial. Se aplicó un cuestionario como instrumento de recolección de datos a un tipo de muestra intencional en donde se seleccionaron 10 usuarias que representan un 33% de la población, así mismo se utilizó la observación directa para el análisis de los datos, se apoyó la representación en gráficos circulares. Se concluye que el aborto no es más que la terminación del embarazo por cualquier motivo, antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir, el aborto en adolescentes representa un grave problema ya que el ser madre a temprana edad es un inconveniente y es por ello que toman la determinación de interrumpir el embarazo, se le recomienda al personal de enfermería que oriente a estas adolescentes de manera tal que conozcan las complicaciones de realizarse un aborto por cuenta propia, destacando que es un riesgo para su salud y su vida, que puede terminar con la muerte.

De tal manera que esta investigación se relaciona con el presente trabajo, ya que buscó determinar las orientaciones dada por las enfermeras con adolescentes.

2.2. Bases Teóricas

Se refiere a diferentes bibliografías que sustentan a la variable en estudio.

Adolescencia.

Littre en el siglo XIX, define la adolescencia como “la edad que sigue a la infancia y que se inicia con los primeros signos de la pubertad”. Tal definición también señala a los primeros signos púberes a saber, la menstruación en las muchachas y la primera emisión espermática en los muchachos constituyen los criterios aparentes que marcan el inicio de la adolescencia, el cambio que se produce a partir de ese momento implica otros procesos diferentes. La evolución de la inteligencia así como el advenimiento de la madurez genital que para Wildlocher (1997) constituye el signo distintivo de la adolescencia (Pág. 70)

Características de la Pubertad

Los jóvenes adolescentes que se observan en un espejo con sorpresa y no sin cierta presión, seguramente comparan su cuerpo actual

con el de una foto más antigua. Sin duda ha crecido con más rapidez y ello ha podido plantearle algunos problemas. En general la mujer alcanza su talla definitiva hacia los 17 años, al mismo tiempo la pelvis se ensancha aunque de manera insensible, hecho que es de suma trascendencia para ellos. Sin embargo el mayor descubrimiento lo constituye el desarrollo de los senos, el pezón se ha hecho mas grueso y el seno ha brotado a la manera de un botón cónico, la zona pigmentada del pezón se torna mas oscura. Bastaran 2 años para alcanzar el desarrollo completo.

La velloidad pubiana precede o acompaña al desarrollo de los senos, aparecen a la vez en el pubis y en principio una fina pelusilla suave e incolora pero pronto pasa a ser el signo más evidente de la evolución de la pubertad, alcanzando su pleno desarrollo al cabo de 2 años.

La velloidad bajo las axilas tiene lugar entre 1 año y 18 meses mas tarde, conviene añadir que a menudo los muchachos se preocupan de los vellos que aparecen en las piernas, los antebrazos e inclusive el rostro aunque dicha velloidad no extraña ninguna anomalía fisiológica, corre el riesgo de tener en los adolescentes una repercusión psicológica de cierto peso en la sociedad.

Paralelamente se pasa a comprobar la modificación de los órganos genitales externos e internos, los grandes labios se desarrollan y ocultan el resto de la vulva visible en la niña, los pequeños labios se acentúan y colorean, la mucosa se torna mas rosada y húmeda al tiempo que el monte de Venus manifiesta una mayor prominencia

A este nivel se hallan localizados los corpúsculos de la voluptuosidad, los cuales presionados o acariciados procuran un placer erótico, pero es el punto de unión de los 2 pequeños labios muy cerca del vértice, donde se sitúa el glánde del clítoris que emerge del capuchón como de una campanilla.

Luego sobrevienen la primera regla o menstruación, que constituyen el signo más elocuente de la pubertad, entre 1 y 3 años se sitúa el plazo que va desde el inicio de la pubertad a la primera menstruación o la edad media de aparición, sería a los 13 años. La segunda menstruación no se manifiesta de manera correcta sino a menudo con varios meses después, al parecer es necesario un periodo de rodaje, por otra parte los ciclos son por lo general irregulares durante los 2 meses que siguen a la aparición de las primeras reglas y las curvas térmicas continúan siendo monofásicas, es decir, que no se produce elevación de temperatura que ratifique la existencia de una ovulación, la cual constituye la prueba de la capacidad para la reproducción. La ovulación aparece de 1 a 2 años

después de la fecha de las primeras menstruaciones, por lo cual la madre, la hermana mayor o el educador en el marco de una educación sexual escolar, han de disponerle dicha información del modo más natural. Una muchacha no preparada es campo abonado para desarrollar fantasmas de herida, incluso de un cáncer o de un aborto, en los cuales cree ver la sanción de una práctica masturbatoria que la culpabiliza.

La maduración de los ovarios y los testículos esta marcada por la aparición de la menarquia en la niña y la primera eyaculación en los niños, la menarquia se produce en las niñas alrededor de 3 años después del brote de crecimiento y sucede en casi la mitad de ellas cuando tienen 12 años y medio, pero puede producirse de los 10 a los 16 años.

A medida que madura el cerebro de la niña púber, se estimula el hipotálamo para que secrete hormonas liberadoras de gonadotropinas. Estas estimulan la hipófisis anterior para que libere gonadotropinas que a su vez, estimulan a las gónadas para que maduren y liberen los ovarios en la mujer, y produzcan espermatozoides en el varón. Estos cambios fisiológicos hacen que el adolescente sea capaz de reproducirse, no obstante los primeros ciclos menstruales por lo general son anovulatorios y la regulación de las ovulaciones puede no producirse durante el primer año.

Desarrollo del Adolescente

Wong, L. Donna (1998) “la adolescencia es un periodo transición que implica cambios agobiantes, aunque el grado de agobio varía en cada Joven, el adolescente se enfrenta a tareas de desarrollo que varían en función de las diferentes culturas, y etnias especialmente significativas durante la adolescencia” (Pág. 129).

En ese sentido la adolescencia atraviesa por diferentes etapas:

Adolescencia Temprana: De 10 a 14 años, es un periodo de crecimiento y desarrollo rápido, los cambios físicos abarcan todo los sistemas corporales, pero en especial el cardiovascular, el músculo esquelético y el reproductor. Estos cambios pueden producir perturbaciones en la imagen que el adolescente tiene de sí mismo mientras intenta asimilar cambios físicos y psicológicos.

Adolescencia Media: De 15 a 16 años, el crecimiento y desarrollo fisiológico de las características sexuales secundarias suelen terminar durante este período, lo mas importante durante la adolescencia media es lograr una apariencia personal lo más atractiva posible, mediante el acicalamiento y el atuendo, además en un esfuerzo por adaptarse a los cambios de su cuerpo, los adolescentes experimentan nuevas imágenes, utilizan a sus iguales para compartir experiencia e intentan nuevos papeles.

En esta etapa se concreta cada vez mas en si mismo y se siente invencible, mientras pone a prueba los límites de su poder, puede involucrase en conducta de alto riesgo, experimentar con drogas, alcohol y sexo, son los medios usados para revelarse. Este periodo suele ser de gran confusión para la familia mientras el adolescente lucha por su independencia y desafía los valores y expectativas de la familia.

Adolescencia Tardía: De 17 a 19 años, se caracteriza por la capacidad de mantener relaciones estables y recíprocas. La familia adquiere importancia pero más importancia aun es la independencia de los padres, muchos jóvenes tienen una imagen más realista de si mismo y están mas seguro de su apariencia. En general la resolución de problemas se aplica al análisis de las consecuencias del comportamiento y los planes se orientan más al futuro.

Idealmente el adolescente tardío habrá desarrollado la capacidad de resolver problemas, evaluar todos los aspectos de los acontecimientos cotidianos y diferir la gratificación inmediata.

Dentro de los conceptos emitidos sobre el período de la adolescencia, hay que destacar el comportamiento sexual de estos jóvenes desde una perspectiva que considere que la adolescencia

corresponde a la edad evolutiva en los cuales el crecimiento se desenvuelve por etapas y que cada edad fluye y termina en la siguiente, de manera ordenada y sin salto. Es igualmente sabido que en el periodo de la adolescencia se tiene aptitudes peculiares y valores que pueden ser identificados y utilizados, esta eficacia no siempre conviene en todos los adolescentes de manera tasita, sino que ello puede variar de uno a otro, pero siempre se alcanza el desarrollo de estos periodos.

En ese orden se puede entender que en la adolescencia, el comportamiento sexual puede variar de un grupo a otro, dependiendo siempre de grupos, etnia, valores y costumbres, etc., mientras que el proceso de maduración sexual ocurre en todo adolescente independiente de raza y orden social.

En lo que corresponde a al comportamiento sexual en los adolescentes, hay que señalar que en estos grupos la sexualidad y su significado, según Sileo, Enriqueta (1998) están influidas “por la comunicación y las imágenes visuales, la falta de comunicación entre ellos y sus padres son características limitada” (Pág. 72). La misma autora continúa señalando que otro factor importante de influencia en el comportamiento sexual lo es la introducción de los medios visuales al hogar por medio de la televisión, el cine y los videos, permiten que el adolescente observe actividades sexuales y se forme sus propias ideas

sobre la sexualidad. Aunado a lo expuesto Sáenz, Irene (1992) destaca que: “algunos confunden lo que ven con sus normas morales y lo que consideran como “las normas públicas aceptables”, período en el cual muchas adolescentes hoy en día tienden a experimentar y conocerse así misma dando como resultado un embarazo precoz. (Pág. 66).

Además de lo expuesto hay que agregar las diferencias raciales, nivel socio-económico, falta de credo religioso, etc. Lock, Vicent (1995) considera que existen muchos factores demográficos (etnia, cultura y psicosociales que actúan para que los adolescentes tengan más posibilidades de mantener actividad sexual y adopten otros comportamientos de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol. (Pág. 96). El mismo autor continua señalando que no esta clara la influencia del inicio temprano de actividades sexuales en estos grupos, sin embargo se presume de la falta de comunicación (o la carencia que tiene esta), entre los padres y los adolescentes sobre la actividad sexual. Como un gran peso para que ello se de, algunos investigadores han encontrado que la comunicación es un fuerte indicio para que el adolescente se inicie o no en actividad sexual, pero otros no han observado dicha relación. Además, tampoco esta claro el efecto que tiene la autoestima de la adolescente sobre el hecho de mantener actividad sexual prematrimonial. (Perkins, 1991), C.P shonnon, E.

Al parecer existen diferentes posiciones del comportamiento sexual de las adolescentes primero, los que culpan a la falta de comunicación entre los grupos familiares. Al otro extremo la comunicación de masa (medio televisivo, radio, revistas) y su efecto en la transculturización y auto estima en estos grupos que los llevan a un comportamiento sexual en los cuales inicia una relación de pareja sin medir consecuencia de un embarazo. Se podría entonces interpretar el comportamiento sexual se presta en el establecimiento de nuevos contactos humanos que puede asumir el significado de esta novedad. Según Wong, D. (1998), de los compañeros de los grupos familiares tienen una importancia enorme, para el desarrollo de un comportamiento sexual optimo” (Pág.70), sin embargo, según el mismo autor a nivel del recinto familiar, en compañeros y escuela esa comunicación no encajan de un comportamiento que lo promueva a una sexualidad responsable, ello da cabida a problemas de conductas como por ejemplo abandono de estudios, embarazo, drogadicción entre otros.

Es aquí precisamente donde nace la preocupación de que por falta de una comunicación asertiva no se proyecte la imagen de un adolescente integro que pueda desarrollarse en mas de uno o dos niveles (educación, deporte, arte y la cultura)

Conocimiento

Al analizar el comportamiento humano en las organizaciones o grupos es imprescindible tratar el tema de conocimiento. Pelales, V, Norma (2002), señala conocimiento le da a la persona la capacidad para diferenciar entre una promoción y una remoción, entre una evaluación promedio y una excelente, entre hacer química y no hacerla, entre trabajar en equipo exitosamente o tener problemas de relaciones interpersonales” (Pág.2). Probablemente de acuerdo a la referencia no haya otro sustantivo que cobre más importancia que el conocimiento en el momento de que la persona promueva un cambio en la vida o al buscar causas – raíz de éxitos o fracasos.

Para Millar, More (1990) “el conocimiento puede plantearse como un conjunto de pensamiento organizado de creencias, valores, paradigmas que producen una carga afectiva o negativa y dan lugar a una conducta determinada” (Pág.3).

En ese orden al definir el término de conocimiento según los conceptos emitidos estos pueden enmarcarse en dos perspectiva, una de corto plazo que se refiere a los enunciados de evaluación que se hacen de manera puntual con respecto a los objetos, la gente o a situaciones particulares, y la otra de largo plazo, que se refiere a ciertas predisposiciones estables de las personas, que hacen que se cree hábitos

de pensar, sentir y actuar en consonancia con los valores de las personas.

Dentro de ese marco referencial, el conocimiento puede ser en tres componentes claves: Pensamiento, sentimiento y comportamiento. Es decir, el conocimiento genera las actitudes en el componente de la vida cotidiana, del desarrollo laboral y de estudios, son el reflejo del análisis y objetivo de los productos de paradigmas creados.

Smilt, (1960), señala:

Al hablar de conocimiento, debemos considerar los siguientes principios: pensamientos negativos que son las consecuencias de un estilo cognitivo distorsionado, pero el espíritu, además de intuir, puede pensar. Así se llega al segundo (2) grado de la síntesis, que implica una relación mas estrecha entre las diferentes intuiciones. Esa nueva síntesis se realiza mediante el juicio. Las formas del juicio son las categorías en los cuales tienen su origen los conceptos. Así las cualidades que constantemente persisten en el espacio, se tornan en el tiempo en causa. Sustancia y causa no tienen valor por si mismo si no que son dos forma, dos categorías del pensamiento (Pág.6)

Definir el segmento de conocimiento en la población de adolescentes hay que considerar que la adolescencia es un período en que, a pesar que estas jóvenes, no han logrado su equilibrio de la adultez. El joven es capaz de orientar su vida y de ir llegando a la progresiva integración de todos los aspectos de su personalidad. Este componente

acepta una existencia del establecimiento de nuevos contextos humanos de manera viva y prepotente, en los cuales asumen un significado de novedad, característico de una edad de un proceso evolutivo (12 a 19 años).

Atendida esta exposición, el conocimiento en la población de adolescentes debe entenderse como un conjunto de pensamientos, fantasías, emociones basados en un sentido de altruismo y de generosidad. Este substrato lo promueve para abrirse y dar lo mejor de si en beneficio de todos.

Conocimientos – Creencia

Pelales Norma Vicente (1998), lo considera como paradigma, experiencias, cognición, que van creando todo un archivo en el pensamiento influenciado por padres, maestros y compañeros, pero según se van insertando en organizaciones se van incorporando otras cogniciones producto de los estilos de las personas que los rodean” (Pág.11), implica reconocer el componente conocimiento desde una perspectiva que incluya las relaciones con grupos familiares, compañeros, adiestramiento y cultura.

En ese sentido es necesario relacionar el conocimiento aunado a las creencias dentro de un compendio cultural de cada organización y, hasta

de las influencias histórico – político de la región o país, en los cuales vivan las personas (adolescentes).

A su vez, Kant (1999), opina:

Las teorías epistemológicas que pretenden determinar la esencia del conocimiento son muchas. Nos detendremos brevemente en dos: El idealismo y el realismo. El Idealismo, ante todo hay que dejar en claro la distinción neta entre el idealismo metafísico y el idealismo epistemológico. Llamase idealismo metafísico, el sistema filosófico que sostiene que el fundamento de toda realidad son las fuerzas espirituales o potencias ideales. El idealismo epistemológico sostiene la prioridad del pensamiento sobre lo real. La conciencia construye el mundo de lo real. Al suprimir los objetos reales deja solamente los contenidos de la conciencia (Pág.8)

Atendido los conceptos emitidos sobre conocimiento y su relación con las creencias como componente del comportamiento de estos jóvenes, el mismo autor destaca acerca de las críticas que puede presentarse sobre el idealismo. El idealismo es, ante todo, una actitud del todo gratuita, pues asevera que el objetivo del pensamiento no puede ser sino el pensamiento, que el acto de conocimiento, por ser una acción inminente, no puede ser otra cosa que no sean estados interiores, a saber, estados de conciencia.

El mismo autor, continúa señalando que estas afirmaciones son ambiguas. Es decir, es cierto que el pensamiento no capta sino objetos de

pensamientos, pero, decir objeto de pensamiento no equivale necesidad ni idénticamente a estado interior de conciencia.

El realismo es una actitud epistemológica el cual acepta la existencia de las cosas reales fuera de la conciencia. La prioridad del objeto sobre el sujeto. Este último (sujeto) se puede entender de diferentes maneras y de ellos proceden las diferentes clases de realismo.

Por su parte García Salinas, Tlneo, (1989),, “el conocimiento y creencias son valores creados por el nivel existente entre una personalidad que se va delineando y el papel social que quisiera desempeñar” (Pág.81)

Conducir e integrar al conocimiento significa comprender que los aprendizajes tienen su origen y se desarrollan en contextos de relaciones socio – culturalmente organizados, sobre todo a través de la mediación cultural, en lo cual el lenguaje es un reflejo fundamental de ello.

Estos procesos según García, S, T (Op-cit), se desarrollan a través de dos formas de mediación social: “La intervención del contexto social cultural (los otros y las practicas socio – culturalmente organizadas), y los productos artefactos socio – culturales, la actividad del sujeto que aprende supone una practica social mediada, al utilizar herramientas y signos para aprender. De este modo del sujeto que aprende por un lado transforma la cultura y por otro la interioriza” (Pág. 79).

Significa ver la inteligencia como un producto del aprendizaje y se desarrolla en un contexto social y culturalmente determinado y, como tal es un sistema abierto y regulable.

Relacionando los conceptos emitidos con las adolescentes, se debe recordar que la adolescencia es una etapa en que la persona deja de ser niña, pero sin haber alcanzado aún la madurez del adulto. Hecho que en oportunidades, es un tránsito complicado y difícil que normalmente debe superar para llegar a la edad adulta.

Reafirmando lo expuesto José, Ubaldo, (2003), “indica que la adolescencia es una difícil edad de la vida es, a menudo, incomprendida y lamentablemente, en no pocos casos, ignorada y abandonada y, sin embargo es la edad en que generalmente se dan inicio a ingresos en acciones autodestructivas, desgraciadamente tan extendido en nuestros días” (Pág.96).

Sin lugar a duda el componente de conocimiento en la etapa de la adolescencia recibe de manera constante influencia negativa, que tienden a modificar los comportamientos y muchas veces, en cambio se integran a grupos que, con frecuencia, no son los más convenientes para el o ella. De ahí que al buscar la comprensión del conocimiento y su relación con el

aborto se debe relacionar el propio artífice de la personalidad como factor primordial en cinco aspectos a saber:

1. La percepción del riesgo de la severidad y la susceptibilidad
2. La decisión de adoptar la precaución.
3. La percepción de los factores en si mismo o aceptación de la susceptibilidad personal.
4. La toma de precaución
5. El reconocimiento de cada factor como consecuencia del aborto para otras personas como pares o grupos de referencias.

De acuerdo con lo expuesto, el conocimiento sobre la importancia o gravedad de lo que significa el aborto, la vulnerabilidad de la adolescente frente a este problema, ello representará el alcance cognoscitivo que conllevará a la interpretación exacta del problema en sí.

Componentes de Creencias

La percepción que tenga la adolescente sobre el aborto y las creencias de ellas sobre la posibilidad de reducir esas amenazas se encuentra determinada por la presencia de estímulos internos o externos que se contribuyen en clave para actuar. En tal orden los valores expresan auténticamente una personalidad que vibra según su estilo, y

cultura que percibe más o menos una serie de modelos los cuales proporcionan una estructura donde apoyan una acción específica.

Originalmente los valores se atribuyen a la forma como se precisa, como se actúa o en lo que se cree, según la cultura de los grupos o componentes étnicos en el caso específico de las adolescentes, como punto de partida es necesario identificar con claridad y articular adecuadamente las capacidades y valores como objetivo y contenidos y métodos como medios, no solo en lo que dice si no como actué en la práctica.

En tal caso vale la pena señalar que en este proceso es importante destacar la participación activa de todo de lo que en si corresponde a los valores y acciones presente en las adolescentes sobre el aborto y sus consecuencias emocional, afectiva, fisiológica y social.

Destaca la Fundación de Atención Integral a la Juventud (FUNDAIMIL (2002), “en el proceso de la conformación de valores en las personas la escuela, la familia constituyen un poderoso vehiculo de transmisión de valores y de normas sociales, de acuerdo a los propósitos que establece la sociedad y el estado, no se limita solamente a los contenidos formales” (Pág.4). es decir las actitudes de los actores que conforman el desarrollo social de las adolescentes (padres, maestros,

amigos), las manera que se reflejen y la forma como ellos viven, aceptan y experimenten el embarazo o el aborto y la sexualidad responsable en la vida personal y en relación con otros jóvenes, tiene también un peso importante en los valores para la captación del modelaje.

Implica entonces que los valores acerca del aborto así como, la actitud responsable ante la sexualidad de las jóvenes es reforzada por las acciones de su entorno social, fortalecido por la información, el intercambio de experiencias y los hábitos observados en grupos sociales y medios.

De manera pues que al hablar de valores hay que destacar la autoestima, la comprensión, la solución pacífica de los conflictos y la preparación para la vida con derecho y obligaciones.

Valores

Le permitirá a las adolescentes vivir el aquí y el ahora, percibiendo al mundo con los cinco sentidos a cada momento. Ello puede conducir a las adolescentes a una sexualidad para procrear de manera responsable. Desde este punto de vista las adolescentes adquirirán responsabilidades en lo personal y social contra el aborto y el embarazo no deseado. Al respecto Maslow, citado por Wong, L, D (1998), "toma de conciencia permite en las personas analizar y a la comprensión del camino que

deben seguir, y difícilmente modifican sus ideas centrales, “posiblemente lo que ocurre es que la persona auto – refuerza con frases internas, la planificación de proyectos que anteriormente habían sido reforzados por su medio ambiente” (Pág.326), hecho que reafirma la importancia del modelaje para el fomento de valores positivos para la autenticidad y la congruencia contra el aborto. Es decir ello requiere el trabajo en equipo de todos los actores sociales de la adolescente (familia, grupo, escuela). En ese sentido es necesario que se tengan metas y autonomía.

Metas: Consiste en crear o fomentar el estímulo para que haya coherencia en estos grupos sobre lo que precisan con lo que hacen en cuanto a su reproductividad.

Fundaimil (Op-cit), señala:

El concepto integrador de la salud reproductiva se fundamenta en el desarrollo humano, tanto en la función reproductora de la especie, como en el desarrollo pleno de las capacidades intelectuales, sociales y espirituales basadas en experiencias personal y colectiva, y a la responsabilidad social, principio de equidad en cuanto a género y la autodeterminación para que cada hombre y mujer protagonicen su vida personal y social y ejerzan de manera voluntaria y responsable su sexualidad y reproducción (Pág.21)

En concordancia con lo expresado y en respuesta bastante clara y delimitada se observa como los patrones sociales y culturales, cerrados

forman valores y normas de conducta en una sociedad. Por lo tanto, uno de los aspectos de gran importancia es el reconocimiento de los patrones aceptados y aprobado por la cultura al que pertenece cada adolescente, en la forma y manera en que se trata el problema del aborto, lo que implica, es la consideración de cómo el aborto esta centrado en la propia cultura o valores en adolescentes, familia y grupo, si es aceptado o rechazado, y no creer firmemente que la conducta o valores propio son los bueno, los decentes y correctos.

En ese sentido la meta se canaliza desde un ángulo que considere los factores que condicionan el modo de actuar, pensar y sentir de cada adolescente, como amar, pensar y sentir como mujeres según sus patrones establecidos.

Autonomía

Se refiere a la responsabilidad de cada quien por sus actos, escoger lo que realmente desea hacer. Esto destaca los patrones que se expresen a través de la capacidad de cada quien de expresar lo qué considere correcto o no. En el caso que corresponde a la autonomía de los adolescentes, ello se encamina a la utilización con estas jóvenes de una buena comunicación en los cuales ellas puedan expresar sus dudas y formen parte de un dialogo en los que puedan expresar sus ideas sobre el aborto, inquietudes y preguntas en un clima de confianza y comprensión.

Basándose en comentarios se puede tocar el tema sin escandalizarse por expresiones o contenidos de lo que digan. Esto es con el fin de fomentar la responsabilidad de cada quien para sus actos personales según sus patrones de sus componentes culturales hacia el aborto.

¿Qué es el Aborto?

El aborto es la interrupción del embarazo antes de que pueda vivir fuera del útero.

Las consideraciones éticas entorno al tema del aborto se refieren a la terminación de la vida de un feto al retirarlo del útero, es decir, del sistema de apoyo vital. Se argumenta que, en caso de poder elegir, los seres humanos estarían en pro de la salud y ausencia de sufrimiento para si mismo. (Pág.82)

De acuerdo a la referencia el aborto incluyen cláusulas de conciencia, en lo cual en línea de razonamiento ello representa la terminación de la vida de un embrión (0 a 8 semanas) o un feto (mayor de la semana 8 de vida). En ese orden el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (1998), considera que un aborto es, la finalización espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto haya alcanzado el desarrollo suficiente como para poder vivir después de su nacimiento. Feto dotado de un desarrollo incompleto que procede de la interrupción de un embarazo, en particular aquel cuyo peso es inferior a 500 grs” (Pág.6)

Tipos de Abortos

Aborto Embrionario: Interrupción del embarazo antes de la vigésima segunda semana de gestación, producto de la concepción, expulsados antes de la vigésima semana.

Aborto Espontáneo: Terminación del embarazo antes de la vigésima segunda semana de gestación como resultado de anomalías del producto de la concepción o del medio materno.

Aborto tardío: Interrupción del embarazo después de la vigésima segunda semana de gestación, pero antes de vivir fuera del útero.

Aborto Incompleto: Interrupción de la gestación en la que los productos de la concepción no se expulsa o se extraen completamente, con frecuencia acompañada de una hemorragia que puede requerir la evacuación quirúrgica mediante legrado oxitócicos y transfusión de sangre.

Aborto Inevitable: trastorno del embarazo en el que su interrupción es inminente e inevitable. Se caracteriza por hemorragia, calambres uterinos, dilatación del cuello y presentación del feto en el orificio cervical.

Complicaciones del Aborto según su Tipo

Aborto por Succión, Dilatación y Curetaje

La mayoría de los abortos se efectúan usando estos métodos a las 11 o 12 semanas de gestación. Es importante notar que, a las 9 semanas, el bebé no nacido responde al tacto y siente dolor. El corazón fetal late y es posible distinguir los ojos, los dedos de las manos y los pies. Para garantizar que el procedimiento sea completo y que no permanezcan partes del cuerpo en el útero (donde pueden producir una infección), el abortista o la enfermera debe “volver a armar” el cuerpo fetal para asegurarse de que la cabeza, el tórax y las extremidades estén presentes. Un procedimiento similar, dilatación y evacuación tradicional y el curetaje por vacío en el segundo trimestre. Es especialmente apta para procedimientos realizados de las 13 a las 16 semanas de gestación, aunque muchos defensores de este método lo usan hasta las 20 semanas.

Algunas Complicaciones Posibles:

- Laceración del Cerviz por el aparato de succión o la cuchilla
- Hemorragia
- Útero perforado
- Laceración de la vejiga urinaria o los uréteres

- Embolia pulmonar (burbuja de aire ene. Torrente sanguíneo)
- Laceración del intestino, seguida de infección
- Shock hipovolémico
- Reacciones a la anestesia, incluida la obstrucción bronquial, el shock anafiláctico y el paro cardíaco
- Reacciones a la transfusión de sangre
- Laparotomía (perforación quirúrgica de la pared abdominal)
- Histerectomía
- Tejido retenido
- Muerte de la madre
- Riesgo mucho mayor por cáncer de mama.

Aborto Tardío

Los abortistas recurren a la inyección salina (envenenamiento por sal). Es importante notar que a las 11 semanas de gestación, todos los órganos del bebe están completamente formados y funcionando. A las 16 semanas, fotógrafos médicos y ultrasonografos han fotografiado a bebes pataleando y nadando e incluso chupándose el dedo. Por ello causa asombro que según los centros de control y prevención de enfermedades de los Estados Unidos mas 77.000 bebes son abortados cada año en el país a esta edad o mayores.

En el aborto salino, el abortista introduce una larga aguja a través del abdomen de la madre, extrae parte del líquido amniótico que protege al bebé y lo reemplaza con solución salina, que le quema la piel y envenena al bebé cuando la traga. La madre entra en trabajo de parto y da a luz un bebé muerto.

Interrupción del Embarazo.

El aborto o la interrupción del embarazo antes de que pueda vivir fuera del útero. Esto es un aborto provocado. En ese orden señala Fundaimil (Op-cit):

A pesar de lo fácil de la definición como la realización del mismo resulta sumamente compleja y dolorosa. El recurrir a la interrupción del embarazo voluntariamente, es decir practicarse un aborto, es un hecho que puede ocasionar mucho conflicto y que puede ser peligroso para una adolescente en nuestro medio (Pág.52)

De acuerdo a la referencia el aborto adolescente en un acto voluntario. Hecho ilegalmente y condenado por razones de tipo legal, médicos, religiosas, psicológicas. Destacan los mismos autores que en “Venezuela, la interrupción del embarazo solo esta permitida legalmente cuando es necesario para salvar la vida a la madre (artículo 135 Código Penal) por lo tanto cualquier otra condición torna el hecho en ilegal. En tal sentido la madre no tiene libertad de decisión para interrumpir su embarazo, hay que destacar que esta situación de ilegalidad trae

consecuencia importante. Al ser ilegal según el código penal (2000), “la interrupción del embarazo debe llevarse a cabo dentro de la clandestinidad” (Pág.9), lo cual hace un acto médico sencillo, que no reviste mayor peligro cuando se realiza en condiciones adecuadas, se convierte en situación peligrosa que no siempre es efectuada por profesionales, pudiendo dejar secuelas importantes en los órganos reproductores de la mujer hasta la muerte.

Cabe destacar que dicha situación de clandestinidad propicia el abuso en la forma de atender a la paciente en lo cual señala el MSDS (2002), que estas “son vejadas y agredidas además de ser explotadas comercialmente” (Pág.10)

Relacionando estos conceptos con las adolescentes que son ingresadas luego de un aborto por complicaciones (hemorragia, resto fetal, infecciones), es necesaria la información al respecto en cuanto a los riesgos a que se somete la adolescente y quienes lo practican.

El Feto y la Concepción

En cuanto a la interrogante ¿El feto es humano desde que se concibe?. En publicaciones de Reeder, R, N Sharon, J, (Op-cit), señala sobre la determinación de que “aun no se ha decidido en que momento se inicia la vida, para algunos autores la vida se inicia desde el momento de

la unión ovulo con el espermatozoide” (Pág.83), el mismo autor continua destacando que existen eruditos y científicos que no han llegado a un consenso al respecto.

En ese sentido vale la pena preguntar:

¿Qué es el Embarazo?

El embarazo es un proceso de gestación que abarca el crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo dentro de una mujer desde el momento de la concepción, a lo largo de los períodos embrionarios y fetales hasta el nacimiento. El embarazo dura alrededor de 226 días (38 semanas), desde el día de la fecundación, aunque clínicamente se considera que dura 280 días (40 semanas, 10 meses lunares, 9 meses y 10 días del calendario normal). El embarazo es un período donde a la pareja y en especial las mujeres se encuentran mas habidas de información ya que los síntomas y los cambios en organismo de la mujer se acrecientan cada mes y muchas de ellas por ser desconocidas por la pareja causan estrés, miedo o ansiedad.

El éxito de un buen embarazo depende en gran medida de la compenetración y conocimiento que tenga la pareja para enfrentar, comprender y encariñarse con este proceso fisiológico.

Al respecto Sáenz, Irene (1994) señala:

Son muchos los factores que incrementan la incidencia del embarazo de adolescente. Las autoridades creen que los factores que se mencionan a continuación contribuyen al problema. El concubinato y las actividades sexuales premaritales son muy comunes, el sexo destaca en todos los aspectos de los medios de información (televisión, cine, música, videos), no obstante, de sus consecuencias y responsabilidades es totalmente ignorado, lo cual lleva a los adolescentes a pensar que entregarse libremente a la actividad sexual es una respuesta normal y correcta. (Pág. 76)

De acuerdo a la referencia los factores sociodemográficos influyen enormemente en la tasa de nacimiento de madres adolescentes, la pobreza influye poderosamente y según muchos estudios, va de la mano con el estatus de minoría. Lo que en su mayoría muchos de estos embarazos por su naturaleza conllevan a las adolescentes a sufrir cambios más fuertes ya que son afectadas psicológicamente.

Es probable que la motivación para evitar el embarazo se relacione con la percepción que tiene el adolescente de los beneficios de posponer la maternidad y esta percepción a su vez, esta bajo la influencia de su situación presente en su creencia y en sus opciones futuras de vida. Las adolescentes de niveles socioeconómicos más bajos tienen menos posibilidades de elección. En consecuencia, en lugar de luchar por unos logros educativos altos y una carrera profesional, pueden tener que escoger otras formas de lograr su transición hacia la edad adulta. El coito

y tener un bebe pueden parecer alternativas mas viables que acudir a la universidad.

La adolescente muy joven tiene un riesgo elevado particularmente en el embarazo, por que tienden a acudir mas tarde a los cuidados prenatales que otras adolescentes y mujeres mayores. Estas entradas tardías en el sistema de cuidados prenatales pueden ser el resultado del reconocimiento tardío del embarazo, su negación o el desconocimiento de los recursos disponibles.

Ahora bien, relacionando los conceptos sobre el feto y su condición humana con las opiniones de las madres adolescentes es necesario que estas comprendan que desde el punto de vista legal y moral las decisiones estatales que prohíben el aborto, no es que invadan la intimidad de la madre, ello se ordena, en función de que se considera desde el punto de vista bioético al feto una persona.

En ese orden el aborto debe ser practicado por: anomalías congénitas (de feto), protección a la salud de la madre en el primer y segundo trimestre. En el tercer trimestre el aborto es aceptable caso extremo en los cuales la vida de la madre este en peligro Reeder, M (Op-cit). En todo caso hay que aclarar que solamente el juicio clínico debe

ejerce ese orden en caso de situación de determinadas patologías materno fetal.

Valores y costumbres sociales

Fundaimil, (Op-cit), señala: “aparte de la implicación legal y de los riesgos médicos en las adolescentes como ya fue planteado con anterioridad, el feto que es retirado del útero en ese momento ocurre la terminación de su vida” (Pág.8). Desde ese punto de vista el feto que su crecimiento y desarrollo sean normales y es retirado del útero, ello puede considerarse la destrucción de una vida. Sin embargo hay que destacar los planteamientos del área de perinatología (1997) quienes en todo momento abogan por el respeto de la vida fetal, y en los cuales, también en la actualidad son debates éticos y legales acerca si el aborto interrumpido es un acto criminal (Pág. 90), sobre todo al tomar en cuenta los avances científicos y tecnológicos que intentan cada día con mayor frecuencia salvar fetos enfermos en etapa más temprana, aun los que tengan afecciones graves.

Relacionado estos conceptos con la investigación es importante que las adolescentes conozcan estas informaciones. Hecho que promoverá mediante el conocimiento cambios de actitud positiva contra la practica abortiva y despierte en ellas componentes afectivos hacia sus incursiones al programa de planificación familiar.

¿Qué es la Planificación Familiar?

El MSDS (2003), define a la “planificación familiar, como el derecho y el deber que tiene el hombre y la mujer de decidir libre y responsablemente cuantos hijos tener y cuando tenerlos, sin afectar la fertilidad de la mujer y el hombre” (Pág.3).

En lo que respecta a los adolescentes. Para la Ley Orgánica de Protección al Menor LOPNA (2000), la adolescente y el adolescente sexualmente activo pueden dar inicio al programa de planificación y asistir de manera voluntaria y bajo su propia responsabilidad” (Pág.30)

Objetivos de un programa de planificación familiar

Objetivo General

Garantizar a toda la población el acceso a la información, comunicación, educación y a servicios de alta calidad en Planificación familiar dentro del marco integral de la salud reproductiva.

Objetivos Específicos

- Contribuir a la reducción y mortalidad materna, perinatal e infantil mediante la prevención del embarazo en adolescentes, no

deseados, no planeados, de alto riesgo y la ampliación del espacio ínter genésico.

- Contribuir a la disminución del aborto inducido.
- Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer ginecológico y de mamas.

Pautas y normas del programa de planificación familiar

Existe una serie de pautas y normativas que deben cumplir las usuarias, lo cual permite controlar, detectar, tratar y evitar cualquier enfermedad de efecto secundario que pueden manifestar las usuarias en el transcurso de la utilización de estos servicios, estos comprenden:

A.- Control periódico de las usuarias:

El primer control de las usuarias a cualquier método se realiza al cumplir el primer mes de la consulta.

Dentro de las principales actividades que se realizan son:

- Lectura del reporte citológico y exámenes de laboratorio.
- Registro y control de la evaluación de la usuaria, conociendo el grado de adaptación y tolerancia al método anticonceptivo elegido, se le realiza un examen físico general, ginecológico; promoción para la salud.

B.- Controles sucesivos para las usuarias de cualquier método.

Se fijan citas a los tres y seis meses de iniciado el método anticonceptivo, las actividades que se realizan son idénticas al primer control.

C.- Control anual

A cada una de las usuarias se les cumplirán las actividades mencionadas para los controles, además de tomar nuevamente las pesquisas de cáncer de cuello y solicitar exámenes de VDRL.

El programa de Planificación Familiar es una herramienta de vital importancia para los centros de salud, pues va a permitir garantizar información, educación y servicios adecuados en relación al aspecto de anticoncepción, prevención de embarazo precoz, morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil y embarazos no deseados, así mismo es indispensable que las usuarias por medio de este programa conozcan las posibilidades que tienen de elegir el método anticonceptivo más adecuado a utilizar.

Atención integral

Según Rodríguez Ochoa, Gilberto (1999), es una estrategia centrada en el bienestar de todos los venezolanos que pretende realizar

medicinas anticipadoras, diagnóstico temprano y trabajar sobre la base de oportunidades ganadas.

Misión

Contribuir al desarrollo humano sostenido de la población venezolana mediante el incremento de los niveles de bienestar y calidad de vida logrados a través de indicadores positivos de salud poblacional y ambiental reflejos fundamentalmente en la práctica de comportamientos saludables y satisfacción del usuario y del proveedor.

Visión

Salud integral del individuo, familia y comunidad como derecho y deber humano.

Objetivos Generales

1. Establecer un modelo de atención integral que mejore las condiciones de salud de la población.
2. Articular los servicios de salud en el que participen los subsectores, bajo rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Objetivos Específicos

1. Asegurar los servicios de promoción, protección específica, prevención, atención y rehabilitación, oportunos y adecuados en

cantidad y calidad suficiente para toda la población a través de la red de servicios que permitan atender la cobertura y fortalecer la capacidad resolutive local.

2. Responder a las necesidades de salud de los grupos específicos de población que atiende, definiendo los servicios en base al perfil epidemiológico de cada uno de ellos.
3. Establecer normas para los sub-sectores que participan para garantizar: calidad, equidad y estándares mínimos de servicios.

Esto refleja el compromiso por parte del estado para enfrentar el grave problema social y de salud pública que representa el embarazo en adolescente. En relación con la población de las adolescentes la planificación es un hecho que obliga a diferentes organismos a brindar información, educación y atención de manera sistemática y permanente en todas las regiones del país a que puedan de manera responsable iniciarse en el programa de planificación familiar.

Ahora bien, ¿cuándo dar inicio al programa de planificación familiar?. La planificación familiar tiene importantes respuestas para la salud reproductiva. Tal hecho se debe a que tales prácticas le permiten a la joven disminuir los riesgos a enfermedades prenatales, permite el esparcimiento entre embarazos y limita la situación de riesgo a

enfermedades en la madre. Desde ese orden el tiempo para dar inicio al programa debe ser en aquellos grupos sexualmente activos.

En ese orden el programa pasará hacer las herramientas a utilizar en la prevención del embarazo. Para el MSDS (2000), define “prevenir como las herramientas requeridas para evitar el embarazo, esto pueden ser temporal y permanentes” (Pág.18)

Es importante que la adolescente inicie el programa bajo indicación médica, por lo tanto el aspecto de conocimiento es de suma importancia, cabe destacar que es ahí donde hay que trabajar a las adolescentes en función de que su actitud sea para asumir muy responsablemente cuando debe iniciar el programa.

Desde una perspectiva social la adolescente según sus sentimientos dará respuesta a su actuación expresado en sentimientos que puede ser de aceptación o rechazo. Ello depende de las experiencias vividas.

Por lo tanto al hablar de la planificación familiar y de sus beneficios hay que considerar el componente afectivo en donde estos pueden ser manifestados según las influencias recibidas. Dice el autor mencionado en el párrafo anterior, si los pensamientos son negativos, son

consecuencia de un estilo cognitivo distorsionado, si en cambio los pensamientos son positivos es consecuencia de un estilo cognitivo ordenado.

En otras palabras, los pensamientos, que forman sentimientos están atrapados dentro de sus propias estructuras de significación, de su propia forma de ver el mundo, de lo que considera que es correcto o incorrecto, de aceptación o rechazo.

Sentimiento de Aceptación o Rechazo.

Como ya fue planteado, un sentimiento a favor o en contra hacia un objetivo social específico va a depender de las experiencias positivas o negativas de la persona sobre una acción específica, que incluyen mensajes recibidos (comunicación de masa) o del entorno, de esta manera tendrán una actitud de aceptación o rechazo la cual será manifestada por el comportamiento.

En relación a la demostración de sentimientos de rechazo, como ya fue señalado en otros párrafos, ello depende de un pensamiento negativo producto de un estilo cognitivo errado a favor de un objeto. Lo que implica una realidad de aquellos elementos que apoyan la estructura de significación que por su puesto forma parte de los valores y creencias

incluidos según grupos y cultura que se tenga en el entorno de los adolescentes sobre la planificación familiar.

En ese sentido la certeza de la persona parte de experiencias con mensajes de fe y confianza de los beneficios de la planificación familiar seguramente es una fuente positiva, ello fundamentara un sentimiento de aceptación hacia el programa como tal, con fe y confianza. Relacionando estos conceptos con las adolescentes que ingresan a emergencia obstétrica, luego de un aborto. Según Schneider (2001):

Desarrollo de sentimiento (motivación), en el adolescente sobresalen los siguientes motivos, necesidad de seguridad: Se fundamenta en un sentimiento de certeza en el mundo interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integridad física) y externo (económica, su status en la familia y en el grupo). El adolescente puede sufrir inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por falta de confianza en los propios juicios y decisiones (Pág.6)

Aunado a lo expuesto en la referencia el mismo autor considera la necesidad de independencia otro sentimiento que significa sobre todo, independencia emocional, interactuar, con libertad de acción. Se trata de una afirmación de sí. Lo que significa que el desarrollo afectivo del adolescente, es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva, pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad.

Sehneider (Op-cit), considera que en el adolescente su sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad, mil cosas hay ante la que ayer permanecía indiferente y, hoy patentizara su afectividad. Las circunstancias del adolescente, como la dependencia de la escuela, del hogar, le obligan a retar el interior de las emociones que le dominan” (Pág.7)

De ahí que al identificar los sentimientos de las adolescentes hacia su incursión al programa de planificación familiar se hace necesario la demostración por parte del equipo de salud de sensibilidad de entendimiento que promuevan manifestaciones de simpatía en función de una experiencia social que favorezca el entendimiento mas real de lo que para ella es la responsabilidad materna- paterna particularmente desde una perspectiva de aceptación o rechazo para dar inicio al programa de planificación familiar.

Con relación al sentimiento de aceptación o rechazo, esto son aspectos que forman parte de sus necesidades de seguridad o de sentimientos de certeza hacia la maternidad, hecho que pudiera generar incoherencia emotiva o falta de confianza de sí misma para el entendimiento del programa. Se trata de un sentimiento que lo expresa manifestándolo en una forma de un duelo producido por consecuencia del aborto desembocando determinado sentimiento para la reflexión.

Considerando que el periodo de la adolescencia es un transito complicado y difícil que normalmente se debe superar para llegar a la edad adulta. Periodo cuyo desarrollo tendencial, tiene necesidad de ser aceptada y conducida en un ambiente de seguridad y confianza. Hay que recordar que lo necesario que implica la inclusión de la pareja y familiares en todo el proceso.

Con relación a la pareja es un aspecto de gran relevancia que puede inferir en la consideración al programa de planificación familiar. Ejemplo tendencia, disposición e interacción hacia el objetivo. Ello influyen en el sentimiento de las adolescentes y estos las obligara a responder mas o menos emocional a esta idea.

En relación a la familia, además de los descrito anteriormente el MSDS (2002), considera que la adolescente con una familia disfuncional e inestable que no propician el crecimiento y el autoestima en las jóvenes, así como la escasa preparación de los padres, docentes, y otros profesionales en la educación sexual y familiar, todo estos aspectos según Sileo Enriqueta, y Giranda Mariana (2001), “ambas pediatras y especialista en medicina del adolescente considera que desde el punto de vista psico – afectivo la auto estima esta sometida a la prueba” (Pág.54)

En este orden de idea, se corrobora de forma exacta que los sentimientos (alegría, soledad, abandono, etc.), resultan un poco complejos, tomando en consideración el proceso afectivo presente en estas edades (12 a 19 años).

Es decir, sus manifestaciones de aceptación o rechazo al programa de silencio o de mirada lánguida durante su estadía hospitalaria se pueden expresar como sentimiento de soledad y abandono, sin duda alguna constituye manifestaciones para propiciar al lado de la familia la discusión, la reflexión y la participación activa de la búsqueda de solución al problema en la búsqueda de una modificación del comportamiento. Como por ejemplo modificaciones positivas desde el punto de vista de conducta de aceptación a una sexualidad responsable conducida en función de tener los hijos deseados.

Como fue expuesto anteriormente la confusión y lo afectivo modifica el comportamiento. En ese orden Kant, (1960), indica:

El orden de las cosas los forma la actividad de nuestro entendimiento. El sujeto pensante establece la relación, el orden en dicho material. De lo cual resulta que el sujeto es el coordinador y constructor del mundo de la experiencia. De esta manera queda suprimido el problema de la relación entre el pensamiento y las cosas. El orden del pensamiento imprime el orden de las cosas. El conocimiento por lo tanto, tiene su origen en la síntesis inseparable de las leyes del pensamiento y el contenido de la experiencia (Pág.6)

De acuerdo a la referencia el conocimiento y la experiencia dan origen a un conjunto de habilidades y destreza. Kant (Op-cit). Lo determina como juicio de conocimiento que se podrá obtener por juicios sintéticos a priori que es la base del conocimiento, y de la experiencia a posteriori que a su vez es el conocimiento. El orden del pensamiento imprime el orden de las cosas, en tal caso las habilidades y destrezas tiene su origen en la síntesis inseparable de las leyes del pensamiento y para que presenten un comportamiento motivado para no incurrir de nuevo en esta situación. Se puede ver como una estrategia factible el de conducir las durante su hospitalización a una conducta razonable y de responsabilidad para el fomento de una disposición al logro.

Disposición al logro.

La disposición, se refiere a la motivación que presente cada una de las adolescentes al ingresar al Programa de Planificación Familiar. Implica la toma de decisión de manera consiente y de responsabilidad. Kort Felicita, (1997):

Disposición al logro es vivir en el aquí y el ahora, percibiendo al mundo con los cinco sentidos a cada momento. Ello puede dar experiencia. Desde el punto de vista psicoterapéutico estos momentos son ideales para el aprendizaje y obtener un cambio de conducta, puesto que la persona esta relajada (reflejo de orientación) y por ende más receptiva a la información del medio ambiente (Pág.17)

Aunado a lo expuesto en la referencia la misma autora, añade que la disposición al logro promueve: percepción bien clara de la realidad, frescura en la apreciación que origina la misma. En el orden de ideas Maslow, citado por Kort Felicita, señala que la “personalidad actualizada generalmente sabe el camino que deben seguir y difícilmente modifican ideas centrales.

Ello puede expresarse por, emociones, memorias, fantasías y experiencias, de forma consciente e inconsciente.

En ese sentido la disposición puede originar una personalidad en dos grandes aspectos:

1. Conjunto de rasgo conductuales y actitudes mediante las que una persona es reconocida como un individuo y puede actuar en función de lo que considere correcto.
2. Patrón de comportamiento que desarrolla cada persona, tanto de forma consciente como inconsciente, como medio para adaptarse a un entorno particular y a sus normas culturales, étnicas, nacionales y provinciales.

Por lo tanto al ir en busca de la disposición al logro de los sentimientos de aceptación en estos grupos después de experimentar un

aborto, para que acepten el programa de planificación familiar es necesario interpretar y comprender las influencias en la conducta asumida en lo cual responderán en una forma más o menos emocional a ciertas ideas y conceptos.

Entonces el aspecto conductual de las adolescentes luego del aborto debe estar dirigido para el logro de una habilidad específica, que utiliza o puede utilizar para aprender sobre la forma de un estilo de vida que en lo posible promueva la prevención de embarazos no planificados o no deseados.

Por lo tanto las habilidades y destreza se trataran para alcanzar un componente conductual centrado para la prevención del embarazo precoz, promoción de una información adecuada y oportuna sobre salud sexual y reproductiva.

De acuerdo a todos los conceptos emitidos durante los componentes teóricos, las acciones son aprendidas, por lo tanto, las adolescentes pueden modificar su conducta de acuerdo a la experiencia vivida del aborto y conocimiento que vayan adquiriendo con relación a un perfil conductual a favor de la salud reproductiva.

En ese sentido las adolescentes que ingresen al área de emergencia obstétrica con diagnóstico médico de hemorragia post aborto infección por resto fetal, etc., se les debe promover conocimiento y afecto para el entendimiento y aceptación ganado para la disposición al logro de la planificación familiar.

Libertad para salir embarazada.

Los constantes avances en la tecnología anticonceptiva y en los componentes informativos sobre todo lo concerniente a la salud reproductiva han permitido que grupos y comunidades hoy día planifiquen el número de hijos y sus espacimientos entre hijos. Ello, también a reforzado actuaciones de conocimientos y creencias par que la pareja obtuvieran libertad para programar el momento indicado para procrear; en ese sentido es recomendable que los grupos de adolescentes se mantengan permanentemente informado sobre dicho programa.

Uso de Métodos Anticonceptivos

En el enfoque de la actitud de las adolescentes deben ser para un proceso de reforma que contribuyan al desarrollo humano sostenido en el fomento del bienestar y calidad de vida logrado con el inicio del uso de métodos anticonceptivos que responda a las necesidades de una salud reproductiva.

Tal hecho requiere el acceso de los servicios de salud a toda la población de alta calidad en planificación familiar dentro de un marco integral del bienestar biopsico social.

Según estas ideas, antes de que las adolescentes egresen del servicio de emergencia obstétrica el personal de salud de manera interdisciplinaria debe haber captado a estas jóvenes para el uso de métodos anticonceptivo. Es decir, lograr una actitud presta para el cuidado de la salud reproductiva, en ese caso debe existir a nivel institucional un sistema de seguimiento y control que haga en lo posible que toda adolescente inicie su control de planificación familiar mediante el uso de métodos anticonceptivos.

Recomendaciones generales para la orientación y consejería en planificación familiar.

Cuando se suministran los métodos anticonceptivos sin atender las necesidades de información y orientación de las usuarias, puede ocurrir que la persona:

- Adquiera pero no utilice el método.
- Use erróneamente y termine por quedar en situación de embarazo.

- Utilice un método anticonceptivo inadecuado o contraindicado en su caso y desarrolle problemas de salud como consecuencia.

Métodos anticonceptivos.

El MSDS, los define como: aquellos que se utilizan con el fin de evitar embarazos no deseados, en forma temporal o permanente.

Clasificación de los métodos anticonceptivos.

Según Allen, J. (1990) los métodos anticonceptivos se pueden clasificar en temporales y permanentes.

En todo esto la adolescente debe sentir plena libertad para considerar, que se requiere de la toma de su dedición para dar inicio al uso del método indicado por el especialista.

Hay que destacar que la capacidad que demuestren las adolescentes con respecto al método anticonceptivo formará parte del proceso cognoscitivo del aprendizaje obtenido, centrada en proceso para el desarrollo de dicha actitud. En ese orden, la pretensión es desarrollar contenidos y métodos / procedimientos en los cuales los objetivos de cognición y afecto estén claro y de esa manera lograr una dirección conductual en la prevención de embarazos no deseados y por ende en el aborto.

De manera, pues que es de suma importancia el acceso a las orientaciones a fin de promover en estos grupos conductas para una salud reproductiva. Eso quiere decir, que los adolescentes sexualmente activos deben incursionar de manera activa no solamente como consultante, sino también como participe del proceso en su planificación y ejecución.

Sistema de Variable

Definición Conceptual:

Fundaimil (2002), no tener un bebe significa recurrir a la interrupción del embarazo antes de que pueda vivir fuera del útero. Esto es un aborto. Pero a pesar de lo fácil de la definición como la realización de la misma resulta sumamente compleja y dolorosa para estas jóvenes. Por tanto cualquier esfuerzo realizado, desde el punto de vista legal para aliviar esta situación no debe mirarse con disgusto, en ello incluye garantizarle a cada adolescente el derecho a información y servicio de planificación familiar como una solución al problema del aborto.

Definición Operacional:

Son las opiniones de las adolescentes que son ingresadas con diagnostico de aborto acerca de la actuación de la planificación familiar en sus componentes: Creencia y aceptación o rechazo asumida por las

adolescentes después de un aborto a participar en el programa de planificación familiar.

2.4.1 Operacionalización de la Variable

Variable Única: Conocimiento de las adolescentes sobre planificación familiar y su acción contra el aborto.

Definición Operacional: Son las opiniones de las adolescentes que son ingresadas con diagnostico de aborto acerca de la actuación de la planificación familiar en sus componentes: Creencia y aceptación o rechazo asumida por las adolescentes después de un aborto a participar en el programa de planificación familiar.

Dimensión	Indicador	Sub Indicador	Ítems
Creencias: Se refiere al significado de los valores presente en las adolescentes sobre el aborto y como evitarlo.	Valores: Se refiere al sentido de lo que representa el aborto en estos grupos y alternativas de posibles soluciones.	<ul style="list-style-type: none">• Aborto• Tipos de abortos.• Ejecución del aborto.• Prevención del aborto.	1 al 6
Disponibilidad: Para dar inicio al programa de planificación familiar: se refiere a la aceptación que refleje la adolescente para iniciar el programa de planificación familiar.	Aceptación al cuidado de la salud reproductiva: Se refiere a la comprensión y capacidad requerida en las adolescentes para la comprensión sobre la planificación familiar.	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo de la pareja.• Apoyo de la familia• Uso de métodos.• Consentimiento para el uso de métodos.	7 al 11

Definición de Términos.

Aborto: Finalización espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto haya alcanzado el desarrollo suficiente como para poder vivir después de su nacimiento. Algunos tipos de aborto son: Aborto habitual, aborto infectado, aborto séptico, aborto voluntario y amenaza de aborto.

Aborto Séptico: Terminación espontánea o inducida de un embarazo en que la vida de la madre puede verse amenazada por la invasión de gérmenes patógenos del endometrio, el miometrio y los tejidos adyacentes, siendo necesario un tratamiento inmediato e intensivo, medicación antibiótica masiva, evacuación del útero y con frecuencia, histerectomía de urgencia para evitar la muerte por infecciones sobreañadidas y shock séptico.

Adolescencia: 1. Periodo del desarrollo comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele iniciarse entre los 11 y los 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y se prolonga hasta la edad de 18 a 20 años, con la adquisición de la forma adulta completamente desarrollada. Durante este periodo el sujeto sufre profundos cambios desde el punto de vista físico, psicológico, emocional, y de la configuración de su personalidad. 2. Estado o condición de ser adolescente o joven.

Ansiedad: Diagnostico de enfermería, aprobado por la NANDA, que hace a un sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y medio, que aparece al prever una situación de amenaza o de peligro, generalmente de origen intrapsíquico mas que externo y cuya causa suele ser desconocida o no admitida. Las características que la definen pueden ser subjetivas u objetivas. Las características subjetivas comprenden sensaciones de aumento de la tensión, desamparo, inadecuación, miedo, sobreexcitación, desasosiego y preocupación. Las características objetivas son: excitación cardiovascular, vasoconstricción superficial, dilatación pupilar, inquietud, insomnio, escaso contacto ocular, temblor, tensión facial, voz trémula, retraimiento, aumento de la sudoración y manifestaciones de preocupación respecto a los cambios en los acontecimientos vitales. Algunos tipos de ansiedad son: Ansiedad circunstancial, ansiedad de castración y ansiedad por la separación.

Apoyo: Ayuda prestada para sostener, sujetar o mantener en una posición o situación deseada, como apoyo físico, apoyo emocional, o apoyo vital.

Conciencia: 1. La moral, sentido autocrítico de lo que esta bien y mal. 2. (En psicoanálisis), parte del sistema del súper ego que dirige los pensamientos, sentimientos y actos para contraponerlos a los valores y modelos internos.

Comunicación: Cualquier proceso en el que un mensaje que contiene información es transferido, especialmente de una persona a otra, a través de cualquier tipo de medio.

Depresión: 1. Zona deprimida, hueco o fosa, desplazamiento hacia abajo y hacia dentro. 2. Disminución de la actividad vital. 3. Alteración de la conducta caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperación o descorazonamiento, secundaria a una tragedia personal y proporcional a la misma. 4. Estado emocional anormal, caracterizado por un excesivo sentimiento de tristeza, melancolía, desánimo, vacío y desesperanza, en grado inapropiado y desproporcionado respecto a la realidad. Algunos tipos de depresión son: depresión reactiva, depresión retardada y melancolía involutiva.

Desarrollo: 1. Proceso gradual de cambio y diferenciación desde un nivel de complejidad menor a uno mayor. Algunos tipos de desarrollo son: Dentición del desarrollo, desarrollo en mosaico, desarrollo psicomotor, desarrollo psicosexual, desarrollo psicosocial y desarrollo regulador. 2.2 (En biología), serie de fenómenos que se producen en un organismo desde el momento de la fertilización del óvulo hasta la fase adulta.

Desarrollo Psicosexual: (En el psicoanálisis), aparición de la personalidad a través de una serie de fases desde la infancia hasta la edad adulta, estando cada fase relativamente fija en el tiempo, se caracteriza por la existencia de un mecanismo dominante de consecución del placer sexual a través de la interacción entre los impulsos biológicos de la persona y las limitaciones del entorno. La resolución de los conflictos que se plantean en cada fase consigue, teóricamente, un ajuste heterosexual equilibrado y un desarrollo normal.

Desarrollo Puberal: Fase del desarrollo en la cual los genitales alcanzan su madurez y aparecen los caracteres sexuales secundarios. En las mujeres se produce generalmente entre los 11 y los 13 años, cuando tiene lugar el desarrollo de las mamas y la menarquia. En los hombres aparece entre los 12 y los 14 años y se caracteriza por la eyaculación de esperma.

Egocéntrico: 1. Que se toma así mismo como centro, objeto y norma de todas las experiencias y cuida poco las necesidades, intereses, ideas, o actualidad de los demás. 2. Persona que posee estas características.

Fluctuación: Variación en un valor fijo o masa.

Familia: 1. Grupo de personas relacionadas por la herencia, como padres y sus descendientes. El término a veces se amplía, abarcando a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar, unidas afectivamente, que se relacionan con regularidad y que comparten los aspectos relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la familia y de sus miembros individuales. 2. Grupo de personas que tiene un apellido común. 3. Categoría de animales o plantas situadas en una escala taxonómica entre el orden y el género. Los humanos somos miembros del género *Homo Sapiens*, que forma parte de la familia de los homínidos, la cual a su vez es una división del orden Primates de los mamíferos.

Introspección: 1. Acto de examinar los propios pensamientos y emociones, concentrándose en uno mismo y observar su ser interno.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Según Tamayo y Tamayo, (1997), define al diseño de la investigación, como el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con los interrogantes surgidos de los supuestos e hipótesis – problema. Constituye la mejor estrategia a seguir por el investigador para la adecuada solución del problema planteado.

Podría definirse como el planteamiento de una serie de actividades sucesivas y organizadas, que deben adaptarse a las particularidades de cada investigación y que indican los pasos y pruebas a efectuar y las técnicas a utilizar para recolectar y analizar los datos.

3.1. Diseño de Investigación

El presente trabajo esta basado en el diseño de campo no experimental, ya que la información fue recabada en el lugar de los acontecimientos sin ser modificada. Siendo el diseño de campo considerado cuando los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual se denominan primarios, su valor radica en que permiten cerciorarse de las

verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir dudas.

3.2. Tipo de Investigación

El tipo de estudio se define preliminarmente desde la etapa de identificación y formulación del problema, sin embargo, cada etapa del proceso de investigación provee de elementos que sirven para su selección definitiva. La revisión de literatura y la consulta a personas conocedoras del tema de estudio contribuyen a una mejor elección.

Según Pineda y otros, (1994), refiere que muchos son los autores que en la actualidad están planteando la triangulación, como una estrategia para lograr mayor validez metodológica y teórica en la investigación. Por triangulación se entiende la combinación de métodos. Denzin (1997), esquematiza 4 tipos de triangulación:

1. **De información:** Uso de diferentes fuentes para obtener una misma información
2. **De Investigadores:** Uso de varios investigadores para recabar la misma información.
3. **De Teorías:** Uso de múltiples perspectiva para la interpretación de una misma información.

4. **De Método:** Uso de por lo menos 2 métodos o técnicas diferentes para recolectar información sobre un mismo problema.

Según Tamayo y Tamayo, (1998), refiere que es necesario tener en cuenta el tipo de investigación o estudio que se va a realizar, ya que cada uno de estos tiene una estrategia diferente para su tratamiento metodológico. El presente estudio es descriptivo por que determina el conocimiento de las adolescentes sobre planificación familiar y su acción contra el aborto.

Pineda y otros, (1994), la define como “la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar como es o como esta la situación de las variables que se estudian en una población. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quienes, donde y cuando se esta presentando determinados fenómenos.

Área de Investigación

El área donde se va a realizar la investigación es uno de los aspectos que forman parte del diseño metodológico. En esta sección se deben incluir características como:

- **Lugar:** Donde se realiza la investigación (País, Zona Geográfica, Área Urbana o Rural)
- **Ubicación:** (Delimitación Geográfica)
- **Tamaño:** (Población, tamaño de la institución)
- **Institución:** (Hospital, centro de salud, escuela entre otros)

Pineda y otros, (1994), refiere que como regla general puede decirse que la descripción del área de estudio debe contener todos los aspectos que la diferencian de otras y que puedan ser de importancia al realizar la investigación y al interpretar los hallazgos.

El área de estudio esta determinada en gran medida por el universo y la muestra, la magnitud del problema, la factibilidad de intervenir en la solución del problema, la disponibilidad de los recursos y el costo del estudio y las características de la población entre otros.

El presente estudio fue realizado en la Emergencia Obstétrica del I.V.S.S, Dr. José María Carabaño Tosta de Maracay, Estado Aragua, Venezuela.

3.3. Población

Esta determinada por sus características definitorias, por tanto, el conjunto de elementos que posea esta característica se denomina población o universo. Población es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.

La población de dicha investigación es de 36 adolescentes con diagnóstico de aborto, al ser ingresadas a la Emergencia Obstétrica del Hospital I.V.S.S, Dr. José María Carabaño Tosta de Maracay

Selltiz, (1997), C, P, Pineda y otros, (1994), “refiere que una población es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con una serie determinada de especificaciones. Mediante determinadas especificaciones, una población puede ser incluida en otra, tales casos podemos referirnos a la población incluida como sub – población. Un miembro solo de una población es referido como un elemento de la población. Cuando no es posible medir cada uno de los individuos de una población se toma una muestra representativa de la misma” (Pág.560).

3.4. Muestra

La muestra descansa en el principio de que las partes representan al todo y por tal refleja las características que definen la población de la cual fue extraída, lo cual indica que es representativa. Es decir, que para ser una generalización exacta de una población es necesario tomar una muestra representativa y por lo tanto, la validez de la generalización depende de la validez y tamaño de la muestra.

Para mayor precisión al aplicar el instrumento se toma en cuenta la opinión de Egg, (1973), considera como la mas adecuada para poblaciones finitas. Refiere que la muestra es el conjunto de operaciones que se realizan para estudiar la distribución de determinados caracteres en la totalidad de una población, universo o colectivo, partiendo de la observación de una fracción de la población (Pág.81).

La muestra es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación con el fin posterior de generalizar los hallazgos al todo. De tal manera que el presente estudio como ya fue mencionado anteriormente obtuvo una población de 36 adolescentes, utilizando el muestreo aleatorio simple, se selecciono un porcentaje de la población como una muestra representativa, sumando la cantidad de 16 adolescentes hospitalizados en el área de obstetricia del Hospital I.V.S.S. Dr.

José María Carabaño Tosta, Maracay. Estado Aragua, atendiendo a las siguientes características: que se encuentran hospitalizados en el área de emergencia y en la unidad de hospitalización obstétrica, adolescentes entre las edades de 12 a 19 años.

3.5. Validación Confiabilidad

La validez, se refiere al grado en que un instrumento realmente valida la variable en estudio.

El formulario fue valido siguiendo formato de juicio de expertos en contenido y metodología.

La confiabilidad se refiere a la coherencia o estabilidad en la información recolectada. En función de ello se aplicó una prueba piloto a 8 adolescentes con las mismas características que no forman parte de la muestra seleccionada. El resultado obtenido por medio de la prueba Alpha de Crombach es de (88,09), que demuestra la confiabilidad del instrumento.

3.6. Procedimiento para la Recolección de la Información

- Se comunicó por escrito el propósito de la investigación a las autoridades directiva hospitalaria, a fin de solicitar el permiso y poder

abordar las áreas de emergencia obstétrica con su unidad de hospitalización.

- Se comunicó a las adolescentes objeto estudio sobre la intención de la investigación.
- Se orientó de manera individual el contenido del cuestionario a fin de facilitar el proceso de recolección informativa. Para ello fue preciso propiciar un ambiente de dialogo y confraternidad, contando en todo momento con el apoyo de dicha población.

3.7. Técnica de Análisis de los Datos

Una vez que fue recogida la información se procede al análisis de los datos utilizando la estadística descriptiva, frecuencia y porcentaje plasmados en cuadros y gráficos, que facilitan el análisis e interpretación de los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este capítulo contiene los resultados obtenidos en la investigación realizada con adolescentes hospitalizados por aborto en el Hospital Instituto Venezolano del Seguro Social (I.V.S.S.) Dr. José María Carabano Tosta, en Maracay, Estado Aragua.

4.1. Presentación de los Resultados

Los datos obtenidos son presentados a través de cuadros estadísticos descriptivos mediante frecuencia absoluta y porcentaje.

Luego se hicieron los análisis de acuerdo al componente actual en sus dimensiones conocimientos – creencias y disponibilidad. De estos resultados obtenidos se hizo un análisis explicativo, descriptivo, el cual permitió emitir juicios valorativos y cualitativos, y así formular las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los objetivos del estudio.

Cuadro N° 1

**Grado de instrucción de las adolescentes,
Área de Obstetricia Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005**

Grado de Instrucción	F	%
Primaria	4	25
Secundaria	9	56
TSU	3	19
Otros	-	-
Total	16	100

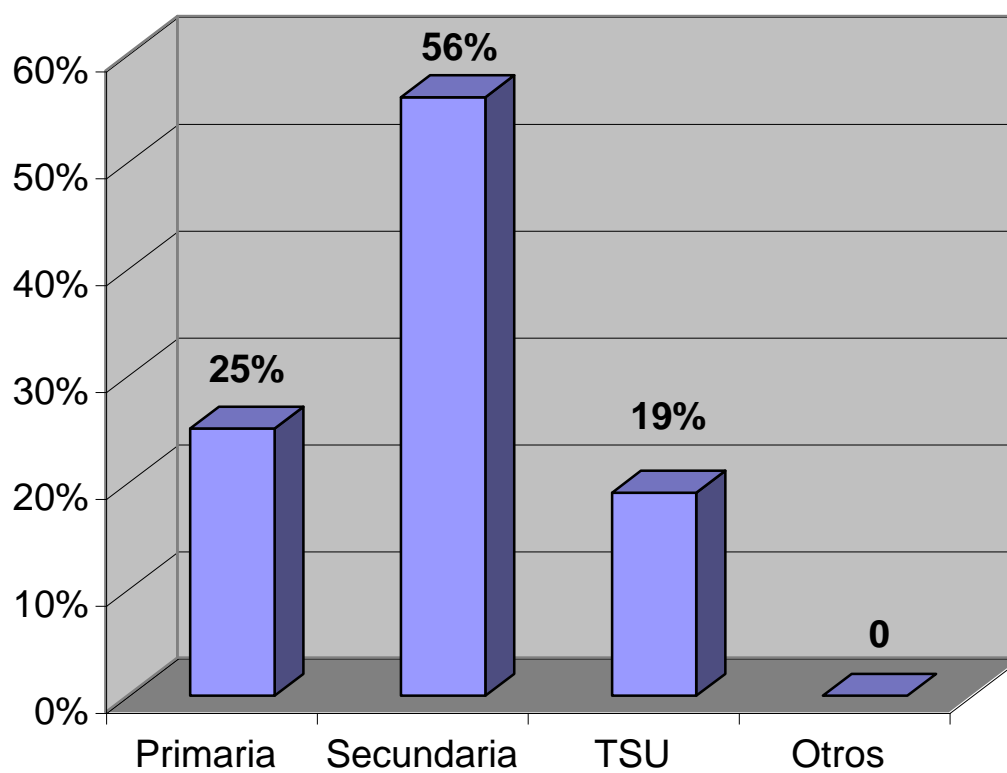
Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados correspondientes al grado de instrucción de la población objeto estudio fue de: 25% para primaria, 56% para estudios de secundaria y 19% para estudio de TSU.

Grafico N° 1

**Grado de instrucción de las adolescentes,
Área de Obstetricia Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005**

Grado de Instrucción



Fuente: Cuadro N° 1

Cuadro Nº 2

Edad de las adolescentes
Área de obstetricia, Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005.

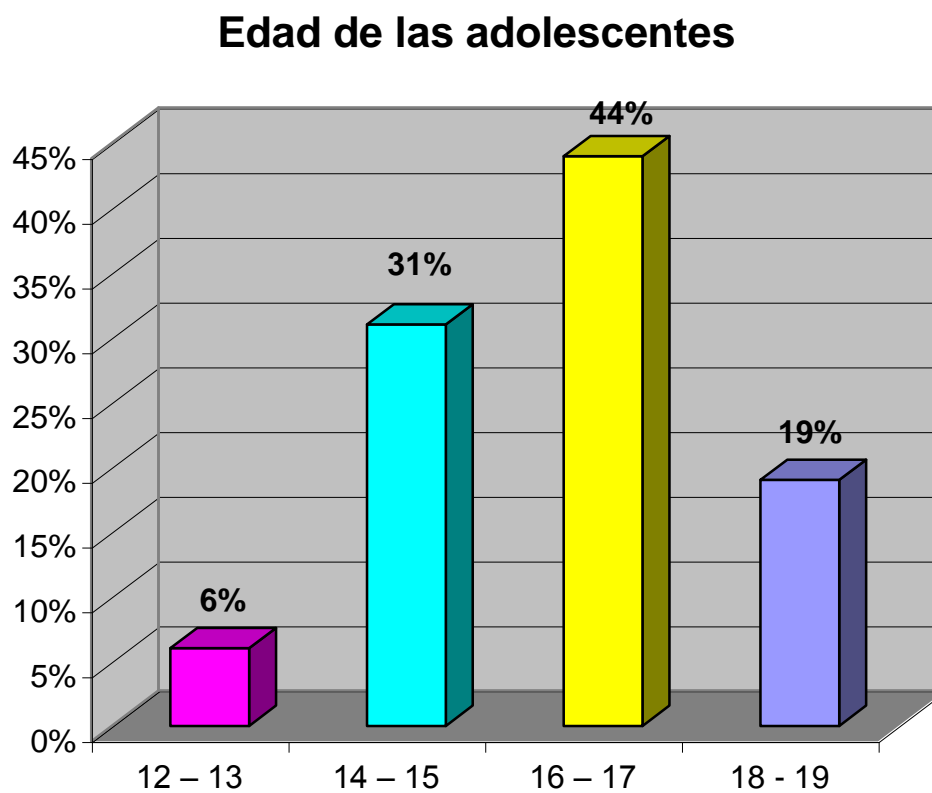
Edad / Año	F	%
12 – 13	1	6
14 – 15	5	31
16 – 17	7	44
18 - 19	3	19
Total	16	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Distribución de los resultados correspondiente a las edades de la población objeto estudio, 6% correspondió a las edades entre 12 y 13 años, 31%, para las edades de 14 a 15 años, 44% para las edades de 16 a 17 años y 19% para las edades de 18 a 19 años.

Grafico N° 2

Edad de las adolescentes
Área de obstetricia, Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005.



Fuente: Cuadro N° 2

Cuadro Nº 3

**Distribución de las respuestas del indicador valores,
Área obstétrica, Hospital IVSS. Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay,
Estado Aragua, segundo semestre, 2005.**

Alternativas	Respuestas		a		b		c		D		Total
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
1.- Se llama aborto	6	38	1	61	5	31	4	25			100
2.- Tipos de abortos	7	44	2	12,5	2	12,5	5	31			100
3.- Complicaciones por aborto	4	25	3	19	4	25	5	31			100
4.- Ejecución del aborto	8	50	0	0	8	50	0	0			100
5.- Racionalización del embarazo	8	50	8	50	0	0	0	0			100
6.- Prevención del aborto.	5	31	1	6	6	38	4	25			100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados del indicador Valores muestran: para el subindicador del concepto aborto el 38% arrojó terminación de la vida de un feto, el 6% expulsión espontánea, el 31% terminación del embarazo antes que el feto pudiera vivir y el 25% señaló todas las anteriores.

Para el subindicador tipo de aborto el 44% señaló espontáneo, el 12,5% indicó tardío, 12,5% respondió incompleto y el 31% fue para todas las anteriores.

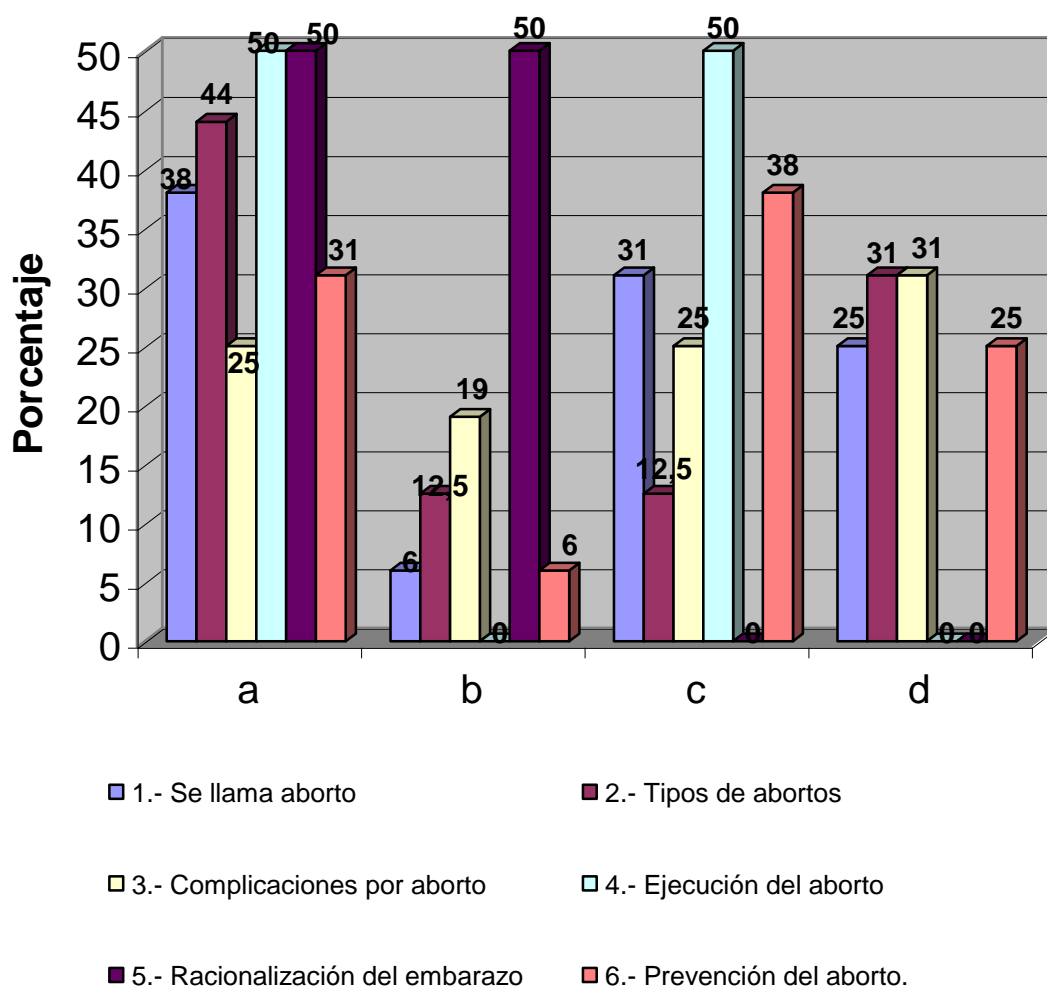
En el subindicador complicaciones por aborto, corresponde 25% para útero perforado, 19% para muerte de la madre y 25% tejido fetal retenido y un 31% indicó todas las anteriores.

Para el subindicador racionalización del embarazo 50% consideró que es por medio del aborto, y 50% consideró por medio de la planificación familiar.

En cuanto al subindicador prevención del embarazo por medio de la planificación familiar 31% indico que permite a la pareja decidir con libertad y responsabilidad cuando tener hijos, 6% indicó que la planificación familiar previene el embarazo y da de manera oportuna el tiempo de procrear, 38% permite el incremento de orientación y 25% consideró todas las anteriores.

Grafico N° 3

**Distribución de las respuestas del indicador valores,
Área obstétrica, Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay, Estado Aragua, segundo semestre, 2005.**



Fuente: Cuadro N° 3

Cuadro Nº 4

**Distribución de las respuestas del indicador Aceptación al cuidado de la salud reproductiva,
Área obstétrica Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay, Estado Aragua, segundo semestre, 2005.**

Alternativas	Respuestas		a		b		c		d		Total
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
7.- Apoyo de la pareja	4	25	4	25	0	0	8	50			100
8.- Apoyo del grupo familiar	8	50	0	0	8	50	0	0			100
9.- Inicio al programa	4	25	4	25	0	0	8	50			100
10.- Lineamiento para su aceptación	14	75	4	25	0	0	0	0			100
11.- Uso de métodos	4	25	4	25	0	0	8	50			100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados del indicador aceptación al cuidado de la salud reproductiva señalan:

Para el subindicador apoyo de la pareja corresponde el 25%; para apoyo social (acompañante) señaló 25%; apoyo económico (costo) y 50% consideró todas las anteriores.

Para el subindicador apoyo del grupo familiar 50% señaló aprobación por parte de la familia y 50% señaló asistir en consulta al programa de planificación familiar.

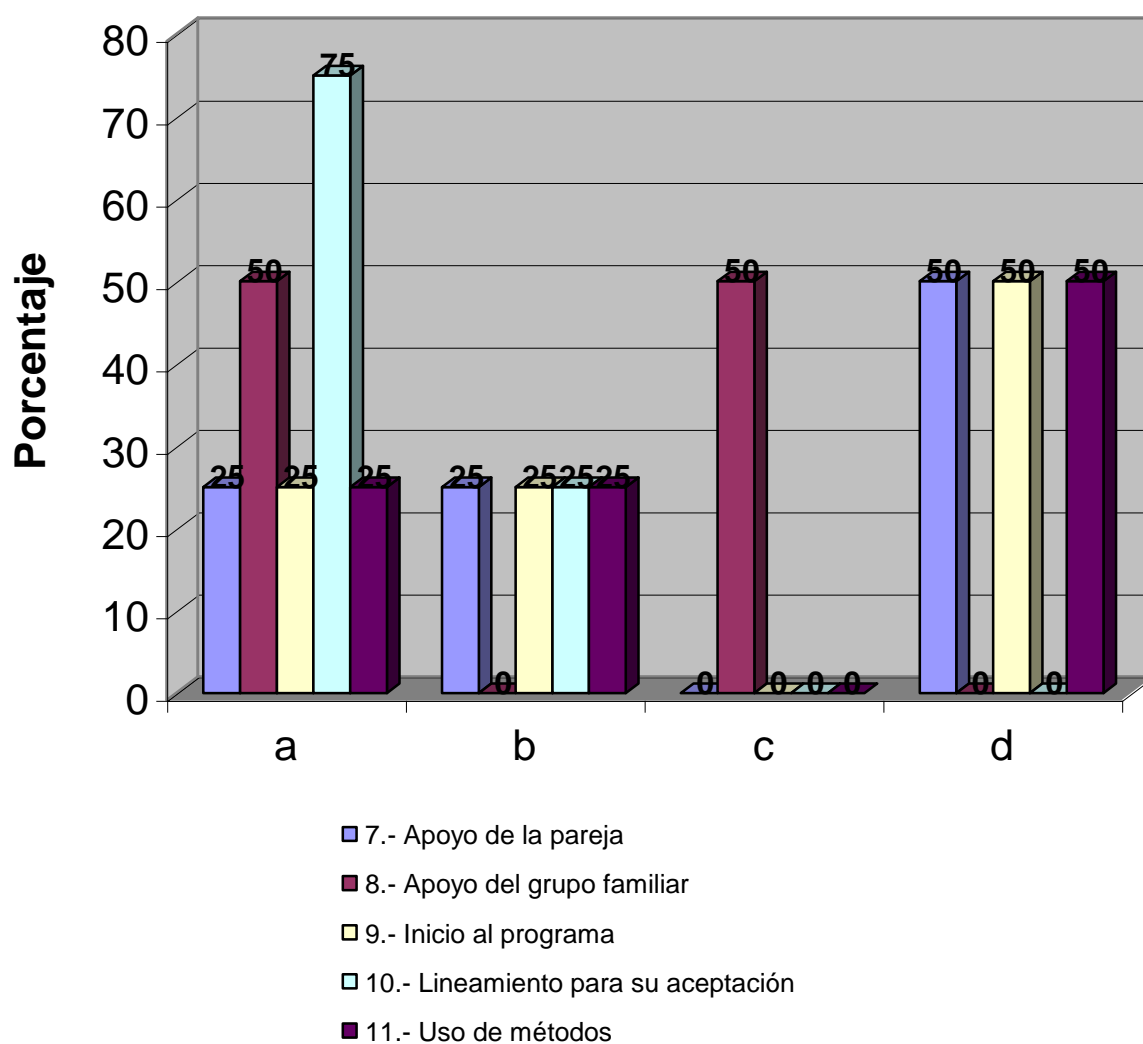
Respecto al subindicador inicio del programa 25% señaló que una vez que egrese del área obstétrica dará inicio a la planificación familiar; 25% decidieron en conjunto con su pareja y 50% señaló todas las anteriores.

Para el subindicador lineamiento para su aceptación 75% indicó acceso a los servicios de planificación familiar y 25% señaló que los lineamientos deben ser de alta calidad.

Asimismo para el subindicador uso de métodos anticonceptivos como parte del programa de planificación familiar un 25% señaló aprobación por el especialista, 25% arrojó tomarse por cuenta propia, un 0% señaló aceptación de la pareja y por último un 50% identificó las respuestas a y b como las correctas

Grafico N° 4

**Distribución de las respuestas del indicador
Aceptación al cuidado de la salud reproductiva,
área obstétrica Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay, Estado Aragua, segundo semestre, 2005.**



Fuente: Cuadro N° 4

4.2.- Análisis de los Resultados

Con respecto al análisis de los resultados obtenidos estos parten de los objetivos establecidos en función del desarrollo de la investigación.

El primer objetivo específico busco identificar el significado del aborto en las adolescentes desde el punto de vista de sus creencias, los resultados señalan 27% de la población objeto estudiada tiene conocimiento sobre el significado del aborto según sus creencias. Los resultados demuestran que desde el punto de vista de creencias y conocimientos, hay un significado de poca magnitud en la población objeto estudio.

Para el segundo objetivo específico fue en función de identificar la disponibilidad de las adolescentes para dar inicio al programa de planificación familiar. Los resultados indican un 40% dado a sus conocimientos, tienen disponibilidad para dar inicio al programa de planificación familiar.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El siguiente capítulo hace referencia a las conclusiones y recomendaciones que dio lugar según los objetivos establecidos en el estudio Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaña Tosta, Maracay, Estado Aragua.

5.1. Conclusiones

- Las adolescentes (16) 100% que participaron en el desarrollo de la investigación el 27% tiene conocimiento sobre el significado del aborto según sus creencias.
- Las adolescentes (16) 100% que participaron en el desarrollo de la investigación 40% cuenta con los conocimientos para dar inicio al programa de planificación familiar.

5.2. Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados en la institución hospitalaria para que proyecten acciones asistenciales con estas jóvenes dentro de

perspectiva, biopsico social y de integralidad social (padre, pareja, familia).

- Promover en las asistencias con las adolescentes luego del aborto su inducción al programa de planificación familiar.
- Reconocer valores y creencias, sentimientos en estos grupos sobre el aborto y el programa de planificación como alternativa para su prevención.
- Continuar con estos estudios en los servicios de asistencia obstétrica en los cuales se deban considerar las opiniones, creencias afectivas y disponibilidad sobre este tema (embarazo – aborto) que hoy en día es una necesidad de salud en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANDER, EGG, (1997). **Técnicas de Investigación Social.** El Cid Editor. 14 Edición.

ALAMO, (1999). **Programa de Educación dirigido a las Enfermeras que atienden a las usuarias que ingresan por Aborto en el servicio Gineco – Obstetra del Hospital General de los Valles del Tuy.** Trabajo de Grado, Lic en Enfermería. Universidad Rómulo Gallegos. Estado Guarico. Venezuela

ALLEN, J. (1999). **La Salud en la Adolescencia y las Tareas en los Servicios de Salud.** Buenos Aires, Argentina.

BURROUGHS, A (1998). **Enfermería Materno Infantil.** 3era Edición Barcelona, España.

CASTILLO, A. (1995). **La ética y la Moral en la Practica de la Enfermería.** Electiva I, Caracas, Venezuela.

DIAZ, Y POLANCO, (2000). **Incidencia del Aborto en Embarazadas, que asisten a la consulta de la Emergencia del Servicio Obstétrico del Hospital Dr. Carlos Díaz del Ciervo.** Trabajo de Grado, Lic, en Enfermería Universidad Rómulo Gallego. Estado Guarico. Venezuela

FUNDACION DE ATENCION INTEGRAL A LA JUVENTUD, (FUNDAMIL).
(2002) **(Documento en línea) Venezuela,** disponible:
www.ifundamil.gov.ve/2002/4/.htm-80k

GARCIA SALINAS, TINEO. (1989). **(Documento en línea) Venezuela,**
disponible: www.contexto_educativo.com.ar/1989/4/nota-05.htm-30k

GOMEZ ALVAREZ. (1987). **MSDS. (Documento en línea) Venezuela,**
disponible: www.msds.gov.ve/1987/.htm-60k

HERNANDEZ Y PEROZO, (2003). **Factores socioeconómicos y educativos asociados a la incidencia del aborto en las adolescentes.** Trabajo de Grado, TSU, en Enfermería, Instituto Universitario de Tecnología Juan Pablo Pérez Alfonso. Maracay, Estado Aragua, Venezuela.

HURTADO, J, (2000). **Metodología de la Investigación Holística.** 3era Edición, Caracas, Venezuela

ING. (Instituto Nacional de Estadística). (1985) **(Documento en línea) Venezuela,** disponible: www.ing.gov.ve/1985/8/.htm-10k

KANT, (1999). **(Documento en Línea),** disponible:
www.ebdianoia.com/moderna/kant/kant.htm-hk

KORT, FELICITA. (1997). **(Documento en Línea),** disponible:
www.elperiodista.cl/newtemberg/1815/article-70742.html

LARA, W, (1998). **Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente.** Caracas, Venezuela.

LEY ORGANICA DE PROTECCION AL MENOR, LOPNA. (2000). 1ra. Edicion. Venezuela

LITRE. (**Documento en Línea**), **disponible:** www.dicoland.com/es/cd-rom/dictionnaire-le-litre-cd-rom-3693-32k

LOPEZ, A, (2000). **Incidencia del Aborto (Documento en Línea)**, **disponible:** www.agi_usa.org/pubs/journals/25spa01699.html

MACNARNEY, (1999). **Nueva Entidad (documento en línea), Venezuela**, **disponible:** www.vidahumana.org/temas/contracep_emerg.html

MARINER, A, (1998). **Modelo y teoría de Enfermería**. 2da Edición

MILLAN MORE (1990). (**Documento en Línea**), **disponible:** www.campus-oei.org/revista/deloslectores

MIQUILENA, I (1999). **Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela**. Caracas, Venezuela.

OPS. (**Documento en Línea**), **disponible:** www.ops-oms.org.ve/

PENUELA Y TORREALBA (2004). **Atención que brinda el personal de Enfermería a las Adolescentes con Aborto que acuden a la Emergencia Obstétrica del Hospital Central de Maracay**. Trabajo de Grado, TSU en enfermería, Instituto Universitario de Tecnología Juan Pablo Pérez Alfonso Maracay, Venezuela.

PINEDA, E, (1994). **Metodología de la Investigación Manual para el desarrollo de personal de salud.** 2da Edición Washington, EEUU

RIDER R., SHARON. **(Documento en Línea), disponible:** www.rider/article-459032/html

RODRIGUEZ OCHOA, GILBERTO (1999). **(Documento en Línea), disponible:**
www.derechos.org.ve/publicaciones/infanual/1999/derechosalud.htm

SANABRIA, A (2004). **Entrevista en CORPOSALUD.** Maracay, Venezuela.

SHANNON, E, (2000). **Enfermería Materno Infantil.** Volumen 2, Editorial Harcourt Océano, España.

SILEO, ENRIQUETA. **(Medicina del Adolescente. Documento en Línea), disponible:**
www.med.ucv.ve/ftpoot/vargas/salud%20publica/introduccion-.html

TAMAYO, M, (1997). **El proceso de la Investigación Científica.** 3era Edición, Editorial LIMUSA, Noriega, México.

TODJIMAN, G. (1985) realidades y problemas de la vida sexual adolescente, 3ra Edición, editorial ARGOS DE VEGARA S. A. Barcelona - España.

TRISTIAN, F. (2001) **El aborto (Documento en línea) Venezuela,** disponible: www.reproductiverghs.org/esp_pud_fac_adoles.html

ANEXOS



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE

**CONOCIMIENTO DE LAS ADOLESCENTES SOBRE LA PLANIFICACIÓN
FAMILIAR Y SU ACCIÓN CONTRA EL ABORTO, ÀREA OBSTETRICA,
HOSPITAL INSTITUTO VENEZOLANO DEL SEGURO SOCIAL (IVSS),
MARACAY ESTADO ARAGUA, 2DO, SEMESTRE, 2005**

Autora:
Zea Guillen, Lilian

Presentación.

Estimado usuario:

Por medio del presente se hace entrega del siguiente cuestionario, con el propósito de conocer su opinión acerca del aborto en los componentes: conocimiento - creencias y disponibilidad requerido luego del aborto, con respecto a dar inicio al programa de planificación familiar, una vez que egrese de área de hospitalización obstetra.

Gracias,

Instrucciones

- Lea cada pregunta, antes de responderla.
- Si tiene dudas, pregunte a la investigadora.
- De acuerdo a la respuesta que usted considere correcta marcar con una equis (X).
- Por favor, responda todas las preguntas.
- No lo firme, es anónimo.

Gracias.

Encierre en un círculo la letra que Ud. Considere es la respuesta correcta:

1.- Se llama aborto:

- a) Terminación de la vida de un feto en el útero.
- b) La expulsión espontánea del producto.
- c) Terminación del embarazo antes de que el producto pueda vivir fuera del útero.
- d) Todas las anteriores.

2.- Los tipos de aborto son:

- a) Espontáneo
- b) Tardío
- c) Incompleto
- d) Todas las anteriores

3.- Las complicaciones por aborto incluyen:

- a) Útero perforado
- b) Muerte de la madre
- c) Tejido (resto fetal retenido)
- d) Todas las anteriores.

4.- El aborto se puede ejecutar:

- a) Enfermedad de la madre
- b) Solución para no tener hijo
- c) Por decisión propia
- d) Ninguna de las anteriores

5.- La racionalización del embarazo se logra:

- a) Por miedo del aborto
- b) Por medio de la planificación
- c) Incremento de la salud reproductiva
- d) Las respuestas correctas son (a y b)

6.- La planificación familiar es primordial en la sociedad en la prevención del aborto:

- a) Permite a la pareja decidir libre y responsablemente el número de hijos que ha de tener.
- b) Permite de manera oportuna cuando procrear
- c) Permite el incremento de orientación.
- d) Todas las anteriores.

7.- El apoyo de la pareja después del aborto para dar inicio al programa de planificación familiar:

- a) Apoyo social (acompañamiento)
- b) Apoyo económico (costo)
- c) Apoyo afectivo (demostración afectiva)
- d) Todas son correctas.

8.- El apoyo del grupo familiar después de abortar para dar inicio al programa de planificación familiar:

- a) Aprobación por parte de la familia
- b) La no aprobación
- c) Asistir en conjunto al programa
- d) Ninguna es correcta.

9.- Para iniciar el programa de planificación familiar se requiere:

- a) Ingresar al programa de planificación una vez que egrese del servicio.
- b) Decisión para aceptar cumplir con el programa conjuntamente con su pareja.
- c) Aceptar la decisión del método anticonceptivo indicado por el especialista.
- d) Todas las anteriores.

10.- Los lineamientos requeridos en el cumplimiento de la planificación familiar para su aceptación:

- a) Acceso de los servicios de planificación familiar
- b) Debe ser de alta calidad.
- c) Dentro de un marco de integración de la pareja.
- d) Todas las anteriores.

11.- El uso de los métodos anticonceptivos como parte de l programa de planificación familiar:

- a) Aprobación del especialista.
- b) Tomarse por cuenta propia.
- c) Aceptación de la pareja
- d) La respuesta correcta son (a y b)

**CONOCIMIENTO DE LAS ADOLESCENTES SOBRE LA PLANIFICACIÓN
FAMILIAR Y SU ACCIÓN CONTRA EL ABORTO, ÀREA OBSTETRICA,
HOSPITAL INSTITUTO VENEZOLANO DEL SEGURO SOCIAL (IVSS),
MARACAY ESTADO ARAGUA, 2DO. SEMESTRE 2005**



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTO DE LAS ADOLESCENTES SOBRE LA PLANIFICACIÓN
FAMILIAR Y SU ACCIÓN CONTRA EL ABORTO, ÀREA OBSTETRICA,
HOSPITAL INSTITUTO VENEZOLANO DEL SEGURO SOCIAL (IVSS),
MARACAY ESTADO ARAGUA, 2DO. SEMESTRE 2005**

**Tutor:
Mgs. Ricarda Montaña**

**Autora:
Zea, Guillén, Lilian**

MARACAY, 2005

DEDICATORIA

A Dios, ante todo, por darme la vida, salud y entusiasmos para continuar y lograr metas y hacerme sentir tan especial en cada momento de mi vida.

A mis Padres, por sus bendiciones y esperanza, por hacerme sentir cada día importante en sus vidas.

La autora.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la vida y guiarme por un buen camino.

A mi Familia, Por el apoyo brindado para alcanzar este logro

A mi tutora, Mgs. Ricarda Montaña, por su gran dedicación, por su asesoría en el contenido de este trabajo especial de grado.

A todas aquellas personas que de alguna forma u otra colaboraron en la realización de este trabajo.

A todos ellos, muchas gracias.

La Autora.

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de grado, presentado por la bachiller: **Lilian Judith Zea Guillén**, para optar por al Título de: **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**. Que lleva por título: **CONOCIMIENTO DE LAS ADOLESCENTES SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU ACCIÓN CONTRA EL ABORTO, ÀREA OBSTETRICA, HOSPITAL INSTITUTO VENEZOLANO DEL SEGURO SOCIAL (IVSS), MARACAY ESTADO ARAGUA, 2DO. SEMESTRE 2005**, considero que reúne las condiciones y meritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de, a los días del mes de de
dos mil cinco.

Mgs. Ricarda Montaña

ÍNDICE

DEDICATORIA.	iii
AGRADECIMIENTO.	iv
APROBACIÓN DEL TUTOR.	v
LISTA DE CUADROS.	viii
LISTA DE GRÁFICOS.	ix
RESUMEN.	x
INTRODUCCIÓN.	1
<i>CAPITULO I. EL PROBLEMA</i>	
1.1. Planteamiento del problema.	5
1.2. Objetivos de la investigación.	13
1.2.1. Objetivo general.	13
1.2.2. Objetivos específicos.	13
1.3. Justificación.	13
<i>CAPITULO II. MARCO TEÓRICO</i>	
2.1. Antecedentes.	18
2.2. Bases teóricas.	23
2.3. Sistema de variables.	70
2.4. Operacionalización de variables.	72
2.5. Definición de términos.	73
<i>CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO</i>	
3.1. Diseño de la investigación.	78
3.2. Tipo de investigación.	79
..	

3.3. Población.	82
3.4. Muestra.	83
3.5. Validación y Confiabilidad.	84
3.6. Procedimiento para la recolección de la Información.	84
3.7. Técnica de Análisis de los datos.	85
<i>CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</i>	
4.1. Presentación de los resultados.	86
4.2. Análisis de los resultados.	97
<i>CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i>	
5.1. Conclusiones.	98
5.2. Recomendaciones.	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	100
ANEXOS	
A.- INSTRUMENTO	
B.- CONFIABILIDAD	

Lista de cuadros

Nº	Pág.
1. Grado de instrucción de las adolescentes, Área de Obstetricia Hospital I.V.S.S. Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005.	87
2. Edad de las adolescentes Área de obstetricia, Hospital I.V.S.S. Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005.	89
3. Distribución de las respuestas del indicador valores área obstétrica, Hospital I.V.S.S. Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay, Estado Aragua, segundo semestre, 2005.	91
4. Distribución de las respuestas del indicador Aceptación al cuidado de la salud reproductiva, área obstétrica Hospital I.V.S.S. Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay, Estado Aragua, segundo semestre, 2005.	94

Lista de Gráficos

Nº	Pág.
1. Grado de instrucción de las adolescentes, Área de Obstetricia Hospital I.V.S.S. Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005	88
2. Edad de las adolescentes Área de obstetricia, Hospital I.V.S.S. Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005	90
3. Distribución de las respuestas del indicador valores área obstétrica, Hospital I.V.S.S. Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay, Estado Aragua, segundo semestre, 2005	93
4. Distribución de las respuestas del indicador Aceptación al cuidado de la salud reproductiva, área obstétrica Hospital I.V.S.S. Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay, Estado Aragua, segundo semestre, 2005	96

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CONOCIMIENTO DE LAS ADOLESCENTES SOBRE LA PLANIFICACIÓN
FAMILIA Y SU ACCIÓN CONTRA EL ABORTO, ÀREA OBSTETRICA,
HOSPITAL INSTITUTO VENEZOLANO DEL SEGURO SOCIAL (IVSS),
MARACAY ESTADO ARAGUA, 2DO. SEMESTRE 2005**

**Autora: Lilian Judith Zea Guillén
Tutora: Mgs. Ricarda Montaña
Año: 2005**

RESUMEN

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez en ella se produce cambios físicos, psicológicos y en las relaciones sociales. La problemática del aborto y embarazo en estos grupos se ha convertido en un problema de salud publica no solo en los países en vías de desarrollo sino también en los desarrollados, por lo que las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (ONU-OMS), se han abocado recientemente a su estudio y consideran que una solución mas adecuada desde el punto de vista social es permitirles el acceso a la información sobre el programa de planificación familiar en la búsqueda de mejorar situaciones en la regulación de la fecundidad. Es por ello que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), ha considerado necesario abordar instituciones obstétricas en función de aportar estrategias en busca de solución. Este es un estudio descriptivo, mediante el uso de un cuestionario de 11 ítems, el cual ameritó identificar su confiabilidad por intermedio de una prueba piloto, dando como resultado un (-88,09), de confiabilidad. Los resultados demuestran, sobre la necesidad de continuar con este tipo de trabajo a fin de reconocer los conocimientos en estos grupos luego de un aborto, en el inicio al programa de planificación familiar.

Cuadro N° 1

**Grado de instrucción de las adolescentes,
Área de Obstetricia Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005**

Grado de Instrucción	F	%
Primaria	4	25
Secundaria	9	56
TSU	3	19
Otros	-	-
Total	16	100

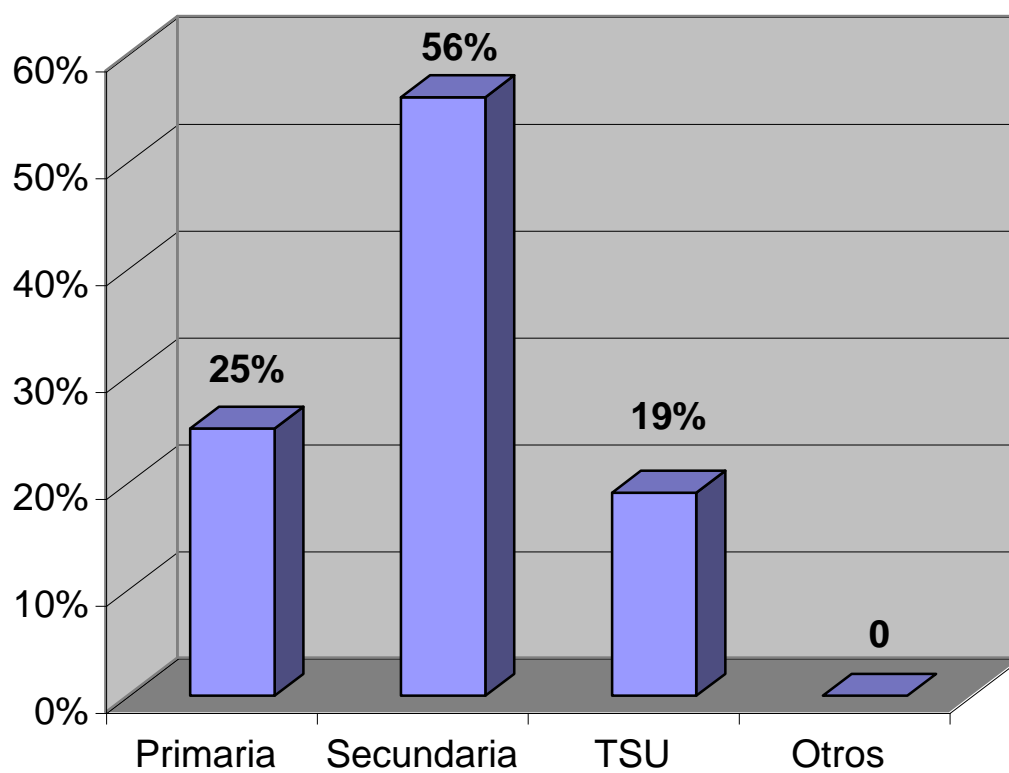
Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados correspondientes al grado de instrucción de la población objeto estudio fue de: 25% para primaria, 56% para estudios de secundaria y 19% para estudio de TSU.

Grafico N° 1

**Grado de instrucción de las adolescentes,
Área de Obstetricia Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005**

Grado de Instrucción



Fuente: Cuadro N° 1

Cuadro N° 2

Edad de las adolescentes
Área de obstetricia, Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005.

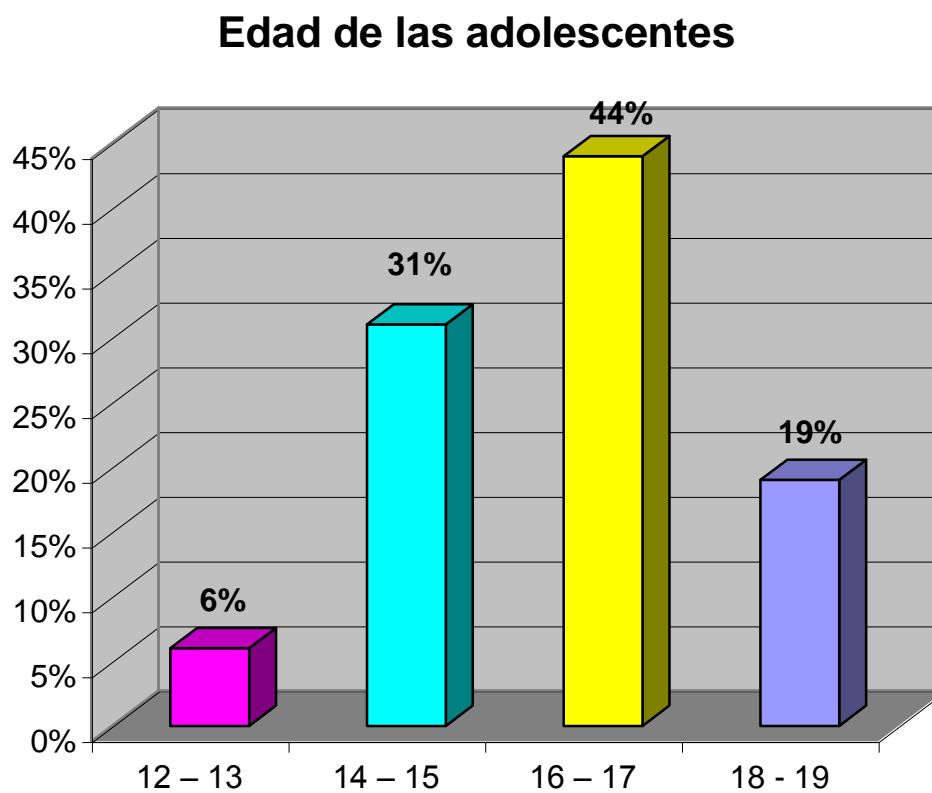
Edad / Año	F	%
12 – 13	1	6
14 – 15	5	31
16 – 17	7	44
18 - 19	3	19
Total	16	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Distribución de los resultados correspondiente a las edades de la población objeto estudio, 6% correspondió a las edades entre 12 y 13 años, 31%, para las edades de 14 a 15 años, 44% para las edades de 16 a 17 años y 19% para las edades de 18 a 19 años.

Grafico N° 2

Edad de las adolescentes
Área de obstetricia, Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay Estado Aragua, segundo semestre, 2005.



Fuente: Cuadro N° 2

Cuadro Nº 3

**Distribución de las respuestas del indicador valores,
Área obstétrica, Hospital IVSS. Dr. José Maria Carabaño Tosta, Maracay,
Estado Aragua, segundo semestre, 2005.**

Alternativas	Respuestas		a		b		c		D		Total
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
1.- Se llama aborto	6	38	1	61	5	31	4	25			100
2.- Tipos de abortos	7	44	2	12,5	2	12,5	5	31			100
3.- Complicaciones por aborto	4	25	3	19	4	25	5	31			100
4.- Ejecución del aborto	8	50	0	0	8	50	0	0			100
5.- Racionalización del embarazo	8	50	8	50	0	0	0	0			100
6.- Prevención del aborto.	5	31	1	6	6	38	4	25			100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados del indicador Valores muestran: para el subindicador del concepto aborto el 38% arrojó terminación de la vida de un feto, el 6% expulsión espontánea, el 31% terminación del embarazo antes que el feto pudiera vivir y el 25% señaló todas las anteriores.

Para el subindicador tipo de aborto el 44% señaló espontáneo, el 12,5% indicó tardío, 12,5% respondió incompleto y el 31% fue para todas las anteriores.

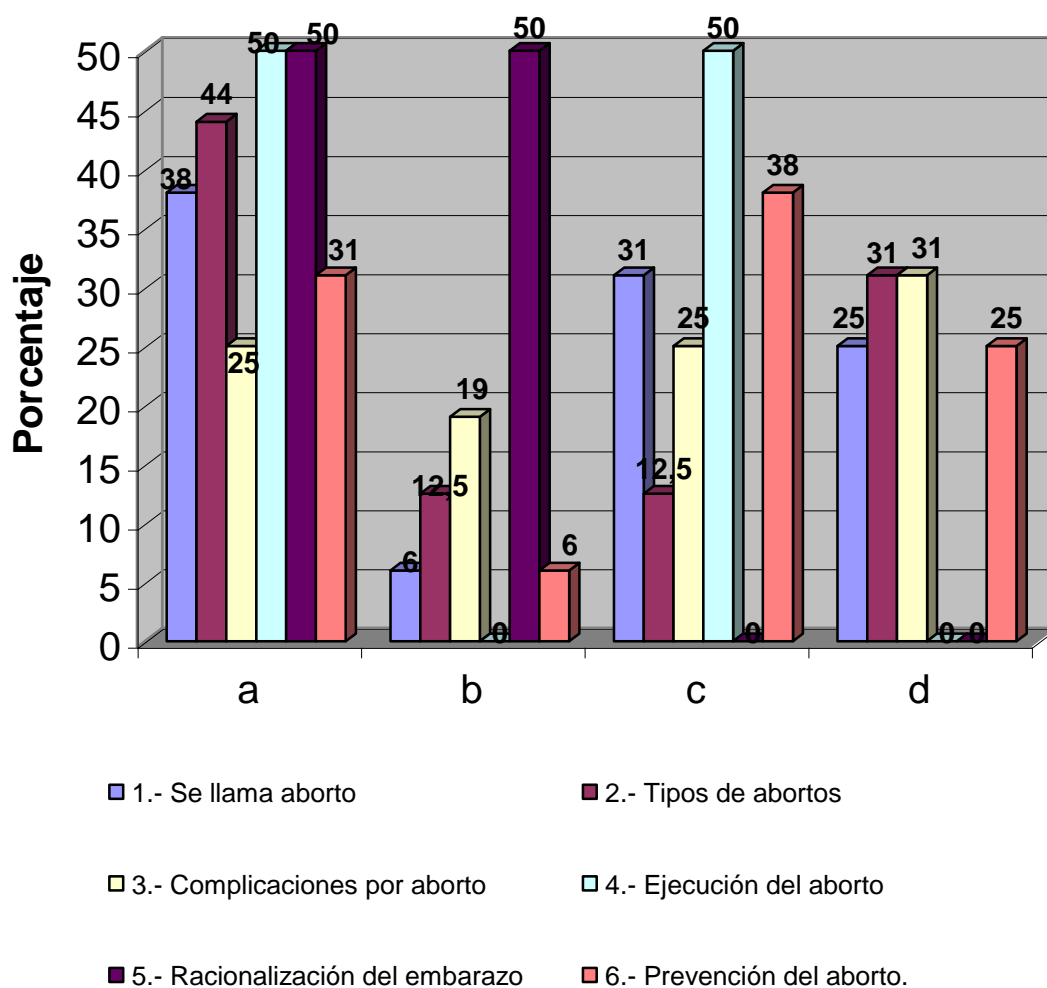
En el subindicador complicaciones por aborto, corresponde 25% para útero perforado, 19% para muerte de la madre y 25% tejido fetal retenido y un 31% indicó todas las anteriores.

Para el subindicador racionalización del embarazo 50% consideró que es por medio del aborto, y 50% consideró por medio de la planificación familiar.

En cuanto al subindicador prevención del embarazo por medio de la planificación familiar 31% indico que permite a la pareja decidir con libertad y responsabilidad cuando tener hijos, 6% indicó que la planificación familiar previene el embarazo y da de manera oportuna el tiempo de procrear, 38% permite el incremento de orientación y 25% consideró todas las anteriores.

Grafico N° 3

**Distribución de las respuestas del indicador valores,
Área obstétrica, Hospital I.V.S.S. Dr. José Maria Carabaño Tosta,
Maracay, Estado Aragua, segundo semestre, 2005.**



Fuente: Cuadro N° 3

Cuadro N° 4

**Distribución de las respuestas del indicador Aceptación al cuidado de la salud reproductiva,
Área obstétrica Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta,
Maracay, Estado Aragua, segundo semestre, 2005.**

Alternativas	Respuestas		a		B		c		d		Total %
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
7.- Apoyo de la pareja	4	25	4	25	0	0	8	50			100
8.- Apoyo del grupo familiar	8	50	0	0	8	50	0	0			100
9.- Inicio al programa	4	25	4	25	0	0	8	50			100
10.- Lineamiento para su aceptación	14	75	4	25	0	0	0	0			100
11.- Uso de métodos	4	25	4	25	0	0	8	50			100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados del indicador aceptación al cuidado de la salud reproductiva señalan:

Para el subindicador apoyo de la pareja corresponde el 25%; para apoyo social (acompañante) señaló 25%; apoyo económico (costo) y 50% consideró todas las anteriores.

Para el subindicador apoyo del grupo familiar 50% señaló aprobación por parte de la familia y 50% señaló asistir en consulta al programa de planificación familiar.

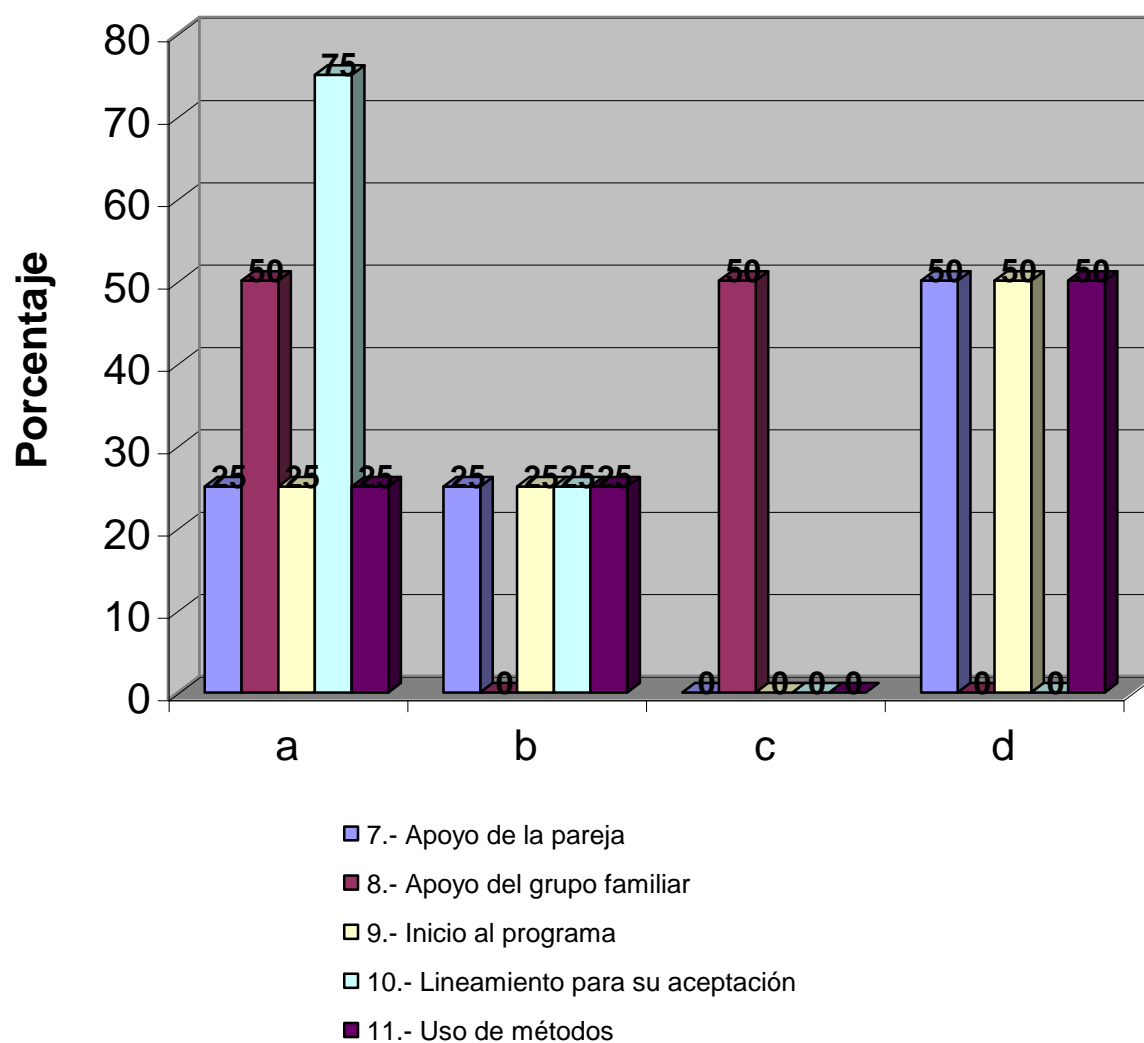
Respecto al subindicador inicio del programa 25% señaló que una vez que egrese del área obstétrica dará inicio a la planificación familiar; 25% decidieron en conjunto con su pareja y 50% señaló todas las anteriores.

Para el subindicador lineamiento para su aceptación 75% indicó acceso a los servicios de planificación familiar y 25% señaló que los lineamientos deben ser de alta calidad.

Asimismo para el subindicador uso de métodos anticonceptivos como parte del programa de planificación familiar un 25% señaló aprobación por el especialista, 25% arrojó tomarse por cuenta propia, un 0% señaló aceptación de la pareja y por último un 50% identificó las respuestas a y b como las correctas

Grafico N° 4

**Distribución de las respuestas del indicador
Aceptación al cuidado de la salud reproductiva,
área obstétrica Hospital I.V.S.S. Dr. José María Carabaño Tosta, Maracay,
Estado Aragua, segundo semestre, 2005.**



Fuente: Cuadro N° 4