



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA



EL CUIDADO DE LA SALUD EN FAMILIAS DE MADRES ADOLESCENTES

AUTORES:

Br. Ruotola, Gabriella
Br. Otaduy, María
Br. Rios, Patricia
Br. Sanguinet, Lourdes
Br. Perez, Nancy

TUTORES:

Lic. Enf. Menoni, Teresa
Lic. Enf. Lacava, Esther

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

Montevideo, 2003

INDICE

	Pág.
▪ <i>Resumen</i>	3.
▪ <i>Introducción</i>	4.
▪ <i>Tema</i>	6.
▪ <i>Delimitación del problema</i>	7.
▪ <i>Objetivos</i>	8.
▪ <i>Fundamentación y antecedentes</i>	9.
▪ <i>Marco conceptual</i>	12.
▪ <i>Diseño metodológico</i>	21.
▪ <i>Procesamiento de la información</i>	33.
▪ <i>Resultados y análisis de los datos</i>	41.
▪ <i>Conclusiones</i>	48.
▪ <i>Sugerencias</i>	49.
▪ <i>Bibliografía</i>	50.
▪ <i>Anexos</i>	53.

RESUMEN

El objetivo del estudio es conocer las medidas o acciones de cuidado de salud que adoptan las familias conformadas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja que concurren a la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo "La Paloma", en el período comprendido entre el 1 de Abril y el 31 de Mayo de 2003".

El diseño metodológico corresponde a un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo.

El universo está conformado por todas las familias de madres adolescentes con su/sus hijos y/o pareja registrados en la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo "La Paloma". Se seleccionó una muestra no probabilística, por conveniencia. El criterio de inclusión fue todas las madres adolescentes entre 15 y 19 años, que tengan por lo menos un hijo, y que hubiesen concurrido a la Policlínica en el período comprendido entre el 1 de Abril y el 31 de Mayo de 2003, independientemente de la razón que haya motivado la consulta. El número de sujetos incluidos en la muestra es de 20 familias.

Entre los resultados obtenidos se destaca que mayoritariamente son familias nucleares ampliadas, que viven en unión libre y tienen un solo hijo, en la mitad de los casos el embarazo fue planificado. Las madres adolescentes expresaron estar satisfechas consigo mismas, con su pareja y con su familia, refiriendo además –tanto ellas como su pareja- tener planes para el futuro. Sólo un tercio de las madres adolescentes son hijas de mujeres que tuvieron su primer hijo también siendo adolescentes.

En cuanto a las medidas o acciones de cuidado de la salud, se identificó tanto para la madre adolescente como para su pareja, que el cuidado personal y el control de salud son inadecuados, y una elevada proporción consume drogas; los hábitos nutricionales y la salud reproductiva resultaron medianamente adecuados; y el cuidado de los hijos resultó adecuado.

Concluimos que el cuidado de la salud de la madre adolescente y su pareja es inadecuado, pero en contraposición a esto el cuidado de sus hijos es adecuado en casi la totalidad de los casos.

INTRODUCCIÓN

El presente informe fue elaborado por 5 estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería, generación 98. Corresponde a la tesis de pregrado - instancia final de la carrera- perteneciente al 4º Ciclo, 1º Módulo, del Plan de Estudios 93; para el mismo contamos con tutorías docentes del Departamento de Enfermería Comunitaria.

Al tomar contacto con la Enfermería Comunitaria surgió el interés por el rol de la Enfermera en el trabajo con familias, y a través de la lectura de la investigación realizada por José Portillo¹, que trata sobre la formación de la pareja en los adolescentes y las adolescentes embarazadas de Montevideo, nuestro interés se centró en las familias conformadas por madres adolescentes. Este interés en la familia obedece a la concepción del rol que esta desempeña sobre el desarrollo de los individuos como educador fundamental de sus miembros siendo uno de los focos de la prevención primaria.

En base a lo anterior nos planteamos conocer "las medidas o acciones de cuidado de salud que adoptan las familias conformadas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja".

El diseño metodológico corresponde a un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se tomó como universo a todas las familias de madres adolescentes con su/sus hijos y/o pareja que se encontraban en el registro de la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo "La Paloma". Se realizó una muestra no probabilística por conveniencia, de 20 sujetos, cuyo criterio de inclusión fue madres adolescentes entre 15 y 19 años, que tengan por lo menos un hijo, y que hubiesen concurrido a la Policlínica en el período comprendido entre el 1 de Abril y el 31 de Mayo de 2003, independientemente de la razón que motivó la consulta.

La recolección de los datos se realizó a través de la aplicación de un cuestionario (Ver anexo N° 1) en el lugar de residencia, de cada uno de los sujetos seleccionados. En el cuestionario se distinguen 3 partes: una destinada a recabar información sobre la familia (caracterización), la segunda sobre las medidas o acciones de cuidado de la salud de la madre adolescente y de los hijos, y tercero sobre las medidas o acciones de cuidado de la salud de la pareja. El mismo está estructurado en base a preguntas dicotómicas, de respuesta múltiple y preguntas abiertas. La estrategia de investigación utilizada fue la encuesta, y la técnica, la entrevista personal.

¹ PORTILLO, J. El adolescente y su entorno. Montevideo, FNUAP/ IIN/ OEA/ OPS/ OMS, 1990-1991.

Una vez que se recabaron los datos, se procedió a la codificación de los mismos según lo establecido en el proceso de operacionalización de las variables.

En cuanto a los antecedentes del tema, si bien tuvimos acceso a diferentes materiales en bibliotecas del INDE, de la Comisión de la Juventud de la IMM, Ciencias Sociales, MSP, OPS, CLAP, CEPAL, APEX-Cerro e Internet, identificamos escasez de estudios referidos al mismo.

La conducta de cualquier ser vivo sólo puede ser comprendida situándola en el ambiente que lo rodea y condiciona. En el caso del ser humano, este contexto comprende, además de los factores físicos y ambientales que comparte con los demás seres vivos, una dimensión única: la condición de ser seres sociales².

Este hecho de ser seres sociales, determina que los individuos que forman parte de un grupo comparten patrones de conducta, la cual es aprendida y transmitida a través de un proceso de socialización.

Es en este proceso en el cuál la familia cobra especial relevancia, dado que en ella "se encuentra el origen de las actitudes, creencias y cultura de los individuos que la integran"³. Estas actitudes, creencias y cultura, que se adquieren en parte durante la niñez y adolescencia en el seno de la familia, determinan el desarrollo de costumbres o hábitos de vida que influyen en la salud del individuo. Siendo la familia además "uno de los focos de prevención primaria", ocupa una posición estratégica al momento de transmitir medidas o acciones de cuidado de la salud.

Enunciado del tema:

Medidas o acciones de cuidado de salud que adoptan las familias conformadas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja, que concurren a la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo "La Paloma", en el periodo comprendido entre el 1 de Abril y el 31 de Mayo de 2003.

² DE LA REVILLA, I., FLEITAS, L. *Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria.* EN: MARTÍN ZURRO, A., CANO, J. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica.* 4ª ed. Madrid. Harcourt- Brace. Pp. 99-113.

³ DE LA REVILLA, L. *Monografías clínicas en Atención Primaria (7). Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud.* España. Doyma. 1991. pp. 63.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuales son las medidas o acciones de cuidado de salud que adoptan las familias conformadas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja, que concurren a la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo "La Paloma", en el periodo comprendido entre el 1 de Abril y el 31 de Mayo de 2003?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer las medidas o acciones de cuidado de salud que adoptan las familias conformadas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja que concurren a la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo "La Paloma", en el periodo comprendido entre el 1 de Abril y el 31 de Mayo de 2003.

Objetivos Específicos:

- *Caracterizar a las familias conformadas por madres adolescentes, su/sus hijos, y/o pareja.*
- *Caracterizar el entorno familiar en el cual se encuentra inserta la familia de la madre adolescente con su/sus hijos, y/o pareja.*
- *Determinar en las familias conformadas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja:*
 - *cuidados personales,*
 - *hábitos nutricionales,*
 - *controles de salud,*
 - *cuidados de salud reproductiva,*
 - *consumo de drogas,*
 - *cuidado de los hijos.*

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

En los últimos años ha surgido un interés desde el punto de vista de la salud hacia la familia como unidad básica de la sociedad.

Con el término "salud familiar" se hace referencia al funcionamiento de las familias como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento en relación a factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad.

Acompañando este proceso, la profesión de Enfermería ha expresado su interés por la unidad familiar mediante el surgimiento de la Enfermería centrada en la familia además de la salud de cada miembro individualmente.

Este interés en la familia obedece a la concepción del rol que esta desempeña sobre el desarrollo de los individuos como educador fundamental de los miembros, proporcionando apoyo emocional, seguridad, protección física de los mismos, brindándoles un sentimiento de relación y creando una atmósfera que influye en el crecimiento cognitivo y psicosocial de estos.

Si bien el eje central de nuestra investigación es la familia, resultaría inabarcable un estudio que incluyera todas sus modalidades. Dado esto nos vemos en la necesidad de acotarlo y llevarlo a un tipo específico de familia: familia de madres adolescentes con su/sus hijos y/o pareja. Actualmente teniendo en consideración aspectos sociales, económicos y culturales, es frecuente encontrar este tipo de familia inserta dentro de otro núcleo familiar, por lo que haremos una caracterización de la misma, y de su entorno familiar.

Las medidas o acciones de cuidado de salud que conoceremos, serán las de la madre adolescente, su/sus hijos y/o pareja.

Esta elección fue determinada teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente sobre el rol de la familia en el desarrollo de los individuos y la realidad actual de las últimas estadísticas del Hospital Pereira Rossell que revela que en los últimos diez años el 24,9%¹ de los nacimientos correspondieron a madres menores de 19 años.

Desde una concepción holística de salud entendemos a la familia como una fuente importante de factores de riesgo y factores protectores de los individuos. Es por esto que Enfermería esta enfocada a identificar y trabajar con estos factores siendo una de las

¹ SANTI, L., SIERRA, M. El embarazo adolescente.

maneras, promover prácticas preventivas de salud destinadas a disminuir riesgos, minimizar consecuencias y posponer el desarrollo de la enfermedad.

Por lo expuesto anteriormente creemos importante realizar un estudio descriptivo, que nos permita conocer la situación de las familias de madres adolescentes con su/sus hijos y/o pareja, en relación a las medidas o acciones de cuidado de la salud que estas realizan, considerando además de lo mencionado acerca del rol de las familias, que uno de los factores de riesgo importantes que se identifica actualmente, es la maternidad adolescente, donde más del 14% de los nacimientos en el país ocurren en menores de 19 años⁶.

Muchas de las madres adolescentes forman un nuevo núcleo familiar con su pareja también adolescente. De acuerdo a la bibliografía consultada, "estos jóvenes padres, todavía madurando, están escasamente preparados en lo que se refiere a lo físico, emocional y financiero como para poder adoptar las responsabilidades de la paternidad"⁶.

Estadísticamente se ha visto que los hijos de padres adolescentes tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud y sociales durante su crecimiento y desarrollo. Sufren más accidentes durante sus años escolares que sus demás compañeros, son los últimos en vacunarse y son más propensos a padecer problemas de aprendizaje y de conducta cuando entran en la escuela. Si estos niños además nacen en hogares pobres tienen pocos modelos a seguir que los ayuden a romper el círculo de la pobreza en el que se mueven, y a tener una adolescencia mejor que la de sus padres⁵.

Antecedentes:

En cuanto a los antecedentes del tema, si bien tuvimos acceso a diferentes materiales en bibliotecas del INDE, de la Comisión de la Juventud de la IMM, Ciencias Sociales, MSP, OPS, CLAP, CEPAL, APEX-Cerro e Internet identificamos escasez de estudios referidos al mismo.

Las referencias más cercanas son:

1. La investigación realizada por José Portillo, once años atrás, el "Adolescente y su entorno", en el cuál hace un aporte descriptivo sobre varios aspectos del adolescente, dentro de los cuales encontramos "la formación de la pareja en adolescentes montevideanos" y un "perfil de la adolescente embarazada de Montevideo".

⁵ KOZIER, B. Fundamentos de enfermería... 1997, p. 296 a 304.

2. El Instituto Nacional de la Familia y la Mujer, en su publicación Uruguay adolescente, editado en 1995, hace referencia a la problemática de la maternidad adolescente y su relación con la pobreza y la exclusión social.

En cuanto a información estadística obtuvimos:

1. Informe de la CEPAL, que trata sobre la reproducción generacional del sistema de familias, donde se presentan datos demográficos y socioculturales, en relación a la constitución de la pareja.

2. Estadísticas del Hospital Pereira Rossell sobre maternidad adolescente del año 1995.

Destacamos el hecho de no haber encontrado estudios sobre familias conformadas por madres adolescentes y sobre medidas o acciones de cuidado de la salud.

MARCO CONCEPTUAL

1- Familia.

2- Adolescencia.

3- Medidas o acciones de cuidado de la salud.

Las personas, las familias y los grupos tienen diferentes grados de posibilidad de desviarse de la salud y el bienestar. Estas variaciones dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades.

Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo son numerosos e interrelacionados. El control de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores requieren de la participación de los sectores y las disciplinas.

Desde una perspectiva psicosocial, la familia es concebida como:

** Uno de los microambientes donde permanece el individuo y, que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.*

** Un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde cada uno de sus integrantes interactúan con un entorno familiar donde existen factores psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad.*

** Un contexto de por sí complejo e integrador, pues participa en la dinámica interaccional de los sistemas biológico, psicosocial y ecológico, dentro de los cuáles se movilizan los procesos fundamentales del desarrollo del adolescente.*

** Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales.*

** Uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, que es por lo tanto, uno de los focos de la prevención primordial y primaria.*

Se acepta además que en el cambiante mundo actual no es posible asociar el adecuado funcionamiento con una modalidad particular de familia, sino que es indispensable reconocer la existencia de múltiples tipos de familia. Esto es familia nuclear, nuclear numerosa, nuclear ampliada, binuclear, monoparental y monoparental ampliada, entre otras.

En cuanto al ajuste y adaptabilidad familiar existen teorías del estrés familiar, las cuáles giran alrededor de dos conceptos: vulnerabilidad a la crisis y el poder de recuperación de las crisis. Estas teorías se han concretado en varios modelos, tales como el modelo de la resiliencia (capacidad del sistema familiar para recuperar su adecuado funcionamiento después de situaciones estresantes, de transición o de crisis). El nivel de adaptabilidad o vulnerabilidad de la familia y sus miembros depende de la interacción de diferentes factores:

** El tipo de relaciones que mantienen sus miembros (tipología familiar, número de miembros, etapa del ciclo vital, cohesión familiar, comunicación, etc.).*

** Estilo de afrontamiento de los problemas (búsqueda de apoyo social, religioso, profesional).*

** Fuentes de apoyo (material).*

** Valores y creencias de la familia.*

** Acontecimientos vitales estresantes.*

** Los recursos de la familia (nivel de instrucción de los padres, situación laboral de los padres, ingresos, referente económico de la familia, bienes y servicios, etc.).*

Como indicadores de adaptabilidad se toman dos factores: grado de satisfacción de sus miembros con diferentes aspectos de su vida y presencia o ausencia de problemas de salud y comportamiento.

El estrés está constituido por acontecimientos ambientales psíquicos o sociales que causan efectos negativos sobre los individuos o las familias. En su definición se destaca su carácter negativo, no deseable y el hecho de que causen un efecto sobre el organismo expuesto a él, acompañado de un cambio vital. Una escala utilizada en la clínica para medir los acontecimientos vitales y su magnitud, es la propuesta por Holmes y Rahe⁶ (Ver anexo N° 2); la cual hemos utilizado en nuestra investigación tomándola como base, realizando una selección de dicha escala. De los más significativos y que más afectan el patrón de vida, seleccionamos los que mejor se adaptan a nuestra investigación.

El impacto de la familia en la salud está determinado porque es el lugar donde se aprenden conductas relacionadas con la salud, es un espacio físico y relacional que favorece o precipita la enfermedad y es el ámbito donde se reciben cuidados de salud.

La familia es por lo tanto un contexto de salud-enfermedad, proveedor de atención y cuidados. En relación a esto último, se ha comprobado que la familia constituye la fuente más importante y principal ayuda que tienen las personas en caso de enfermedad. Las

⁶ DE LA REVILLA, L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. España, Doyma, 1994.

mujeres están identificadas como las cuidadoras principales en la familia, con todo lo que esto implica para su vida personal y social.

Algo muy importante a tener en cuenta, es que como Enfermeras “debemos pasar de una posición de proveer servicios a las familias, a otra de cooperación donde reconozcamos y apoyemos sus potencialidades. Que seamos conscientes de que “la familia es un contexto, causa y estrategia para el desarrollo de la salud”⁷. Contribuir a la salud de la familia no significa erradicar la enfermedad, esta estará siempre con nosotros; es fortalecer las capacidades de la familia, atenuar sus disfunciones, y facilitar el desarrollo humano.

Para brindar atención con un enfoque familiar y sistémico -ver a la familia como un todo, como un nuevo sujeto de acción- ha sido elaborado un instrumento clínico práctico que facilita el abordaje sistémico familiar, que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biopsicosociales, ayuda a establecer relaciones con los usuarios y empatizar con ellos: el Familiograma o Genograma³. Se ha definido el Familiograma como la representación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo, o como la herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas. También se puede considerar como un excelente sistema de registro, donde no sólo se encuentra información sobre aspectos demográficos, como edad, sexo, tipología, ciclo vital, acontecimientos vitales, etc., sino que también dará noticias acerca de los miembros que no suelen acudir a la consulta y sobre todo permite relacionar al usuario con su familia. (Ver Anexo N° 1b).

Según el psicoanalista brasileño Luiz Carlos Osorio, la adolescencia podría definirse como una etapa evolutiva particular del ser humano, en la que se conjugan una serie de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, o sea, un complejo psicosocial asentado en una base biológica.

Es difícil delimitar cronológicamente la adolescencia, la OMS la delimita entre los 10 y 19 años de edad, entendiendo entre los 10 y 14 años a la adolescencia inicial y entre los 15 y 19 la adolescencia propiamente dicha o segunda fase. Todo esto está muy ligado a la maduración biológica (germinal en la niña y la emisión seminal en el varón), siendo más polémico desde el punto de vista psicológico (la primera etapa estaría vinculada al inicio de la pubertad y la segunda al inicio de la juventud, donde el individuo se prepara para el trabajo y para asumir la vida adulta con sus responsabilidades, todo lo cuál extendería más este tiempo). En cuanto a cuándo aparecen los fenómenos psicológicos característicos del

⁷ KOZIER, B. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. 5° ed. Mexico, McGraw-Hill Interamericana, 1997.

inicio de la adolescencia, según Aberastury, vinculados a la pérdida del cuerpo infantil, del rol infantil, y de los padres de la infancia, la interrupción de los mismos no siempre coincide con la pubertad, pueden aparecer antes o después.

De acuerdo con Osorio, desde el punto de vista psicológico, la adolescencia se considera finalizada con el logro de las siguientes adquisiciones: establecimiento de una identidad sexual y posibilidad de poder establecer relaciones afectivas estables, capacidad de establecer compromisos profesionales e independencia económica, adquisición de sistema de valores personales (moral propia), relación de reciprocidad con la generación precedente (sobre todo con los padres). Entonces desde el punto de vista psicológico, conceptualmente, el fin de la adolescencia según este autor, sería coincidente con el fin de la juventud; según la OMS define a esta entre los 15 y 25 años.

Etimológicamente, adolescencia proviene de ad: a, hacia; y olescere: crecer; significa condición y proceso de crecimiento. Implica un proceso de crisis vital, del griego, krisis: acto o facultad de distinguir, elegir, decidir, resolver; a partir de lo cuál se logrará la identidad personal, entendiendo por identidad la capacidad del individuo de reconocerse a sí mismo en el tiempo y el espacio, lo cuál implica según el concepto de Grinberg, poseer una imagen corporal, posibilidad de recordarse en el pasado y de proyectarse en el futuro.

El comportamiento sexual y reproductivo del adolescente ha cambiado sustancialmente en el mundo influenciado por los factores económicos-culturales-sociales. Como afirma Friedman⁸, "desde hace algunos años viene ocurriendo un aumento de la actividad sexual antes del matrimonio y una iniciación de la vida sexual en una etapa más temprana entre los jóvenes solteros, lo que trae aparejado problemas de embarazos no deseudos en la mujer demasiado joven, abortos provocados, enfermedades de transmisión sexual, esterilidad, y ahora, la infección por HIV que conduce al SIDA y a la muerte". Se suma a esto, embarazos demasiado frecuentes y aumento en la morbilidad materno infantil.

El embarazo de adolescentes debe ser considerado un problema de salud pública importante en el país por las múltiples consecuencias que significa, no sólo para la madre y su hijo, sino también para su pareja y la familia de ambos.

Según el Instituto Nacional de la Familia y la Mujer en su publicación Uruguay adolescente, editado en 1995, la problemática de la maternidad adolescente esta directamente vinculada a la cuestión de pobreza. La maternidad temprana aumenta la

⁸ FRIEDMAN, H. La salud de los adolescentes... EN: PORTILLO, 1992. p. 37-46

vulnerabilidad a la pobreza y a la exclusión social, tanto del niño como de la madre. El número de embarazos atendidos en el Hospital Pereira Rossell, quintuplica el número de embarazos adolescentes cubiertos por el sistema mutual o privado y representan el 30%⁹ del total de partos atendidos.

Se destacan las siguientes características: las madres adolescentes son en su mayoría hijas de madres que también tuvieron su primer hijo en la adolescencia, y de ellas el 37% de las menores de 16 años se encuentran sin pareja.

La conducta que adoptan las madres adolescentes responde en primer lugar a la estructura de personalidad específica de cada una, en segundo término a su condición de ser adolescente, y en tercer término al hecho de que el embarazo promueve ansiedades que movilizan las características anteriores. Cabe mencionar que en su inmensa mayoría se trata de embarazos no planificados, en un medio sociocultural en que el embarazo adolescente es norma.

Cuando el embarazo se produce fuera del matrimonio es mayor la probabilidad de que la mujer no logre constituir pareja estable con el padre de su hijo y deba asumir las tareas de crianza sin contar con ese apoyo.

Desde la óptica de la salud reproductiva y psicoemocional de los adolescentes, se considera en general, que el embarazo en sí mismo constituye una condición de riesgo para la salud integral (biológica y psicosocial) de las adolescentes. En términos de lograr un proyecto de vida deseado, un embarazo es, con frecuencia, un obstáculo definitivo para las adolescentes solteras.

No hemos encontrado estudios sobre familias de madres adolescentes, la referencia más cercana es la investigación realizada por José Portillo once años atrás, "El adolescente y su entorno". En esta hace un aporte descriptivo sobre varios aspectos del adolescente, dentro de los cuáles encontramos la formación de pareja en los adolescentes montevideanos. De los datos que presenta se destaca que el total de adolescentes femeninas es de 67.595. Un 4,2% de las mismas se embarazó, correspondiendo:

* 7,6% al primer embarazo.

* 19,2% al segundo embarazo.

* 5,1% al tercer embarazo.

⁹ GABA, R., /et.al./, Una experiencia institucional. EN: Prevención y Atención de la maternidad adolescente, Montevideo, INAME, IMM, UNICEF, 1998. p. 9-33.

* 24,9% ocurrieron entre los 14 y 16 años, población que tiene los mayores riesgos biológicos y sociales para la gravidez.

El 44% del total de adolescentes tiene pareja, siendo un 39% de estas casadas, dicho porcentaje se incrementa en embarazos sucesivos.

Algunas conclusiones de esta investigación relacionadas con los adolescentes montevideanos que viven en pareja, es que pertenecen a la clase trabajadora, disponen de menor capital cultural y permanecen menos tiempo vinculados al sistema educativo. Las adolescentes que tienen un embarazo en su mayor porcentaje tienen madres que tuvieron embarazos siendo adolescentes, o tuvieron hermanas adolescentes embarazadas. Estas tienen mayor probabilidad de tener más de un embarazo adolescente.

Una cuarta parte de las adolescentes que han estado embarazadas declaran no haber tenido control médico durante el embarazo, las tres cuartas partes restantes se pone en duda que tuvieran un control adecuado.

En cuanto a las situaciones de riesgo vinculadas a la reproducción que aumentan el riesgo de enfermar o morir, tanto de la madre como del niño, se observa que sólo un pequeño porcentaje no tiene cobertura asistencial de servicios médicos, este corresponde a la clase trabajadora. Se observa cierto predominio en el consumo de tabaco; el consumo de otras drogas es difícilmente reconocido. Es claro en los barrios más pobres la menor prevalencia en el uso de anticonceptivos. El embarazo sería la situación de riesgo por excelencia. Surge que las adolescentes de clase dominante no se ven enfrentadas a este "problema" o si se enfrentan, abortan o lo ocultan. De todas formas sus mayores posibilidades de acceder a la información y a los anticonceptivos, hacen pensar que estos datos estén coincidiendo con la realidad.

Con respecto a la situación de los hijos de las adolescentes, es más frecuente en la clase trabajadora que hayan tenido enfermedades más graves, que no tengan acceso a un control pediátrico periódico y que no estén inmunizados.

En cuanto a la formación de la pareja joven, de acuerdo a datos estadísticos de CEPAL, tomando en consideración la edad y el nivel sociocultural se observa entre los 15 y 16 años algunos pocos casos de constitución de pareja. En el tramo de 17 a 18 años el porcentaje crece en los 2 niveles educativos más bajos (primaria y secundaria respectivamente), no existiendo aún prácticamente ninguna constitución de pareja en el nivel terciario.

Entre los 19 y 20 años para los niveles educativos más bajos se registra el primer cambio importante en la constitución de parejas: 14% nivel primario, 8,1% nivel secundario y 2,4% nivel terciario. Al llegar a los 24 años, casi el 50% de los jóvenes del nivel primario están casados, mientras que en el nivel terciario lo han hecho poco más de un 25%.

En suma, la reproducción generacional del sistema de familias tiende a reproducir los recursos de capital de la familia y de sus miembros. Se casan más y antes hijos de familias que no han dispuesto suficiente capital social para crear recursos de capital humano, y otras destrezas y aptitudes que les permitan salir de la condición de vulnerables. Sumado a este deterioro de las condiciones económicas y sociales, y con la consecuente disminución de oportunidades laborales y educativas, se han visto severamente afectadas las condiciones de salud y calidad de vida del adolescente, resultando en un continuo aumento de la incidencia de conductas de riesgo contribuyentes a la morbimortalidad de este grupo. Uno de los aspectos más relevantes es el incremento de problemas relacionados con la salud reproductiva. Es por esto, que la prevención y promoción de estilos de vida saludables tiene la importancia de generar un impacto positivo en la calidad de vida y la longevidad, así como en la optimización del desarrollo psicosocial del individuo.

Como marco conceptual en lo referente a las medidas o acciones de cuidado de la salud nos basamos en el Capítulo de Medicina de Preventiva del "Manual de educación integral del adolescente" de Canessa. Tomamos en consideración los siguientes ítems:

** Cuidado personal: este aspecto hace referencia a la importancia del cuidado del cuerpo. Aquí cobra especial énfasis el cuidado de la piel y la realización del ejercicio físico con el fin de proteger al cuerpo de las infecciones y evitar las enfermedades. En base a esto adoptamos la siguiente definición: "actividades relacionadas con la higiene y el ejercicio físico que realizan la madre adolescente y su familia, que contribuyen al cuidado personal conservando la salud y previniendo las enfermedades".*

** Hábitos nutricionales: los hábitos nutricionales están condicionados por múltiples factores que incluyen la cultura, el nivel socioeconómico, la religión, el clima, la preparación de la comida y su almacenaje, y factores emocionales y actitudes que pueden influenciar desórdenes del apetito (anorexia, bulimia o exceso de comida).*

El primer periodo de crecimiento rápido ocurre durante el primer año de vida. El segundo ocurre durante la adolescencia. Este brote de crecimiento es caracterizado por aumento de la masa muscular y estructura ósea. El aumento del apetito es normal. Las investigaciones han demostrado que las adolescentes tienen una alimentación deficiente

porque se preocupan demasiado por su peso y desarrollan tendencias a seguir dietas de moda que no incluyen todos los grupos alimenticios, o reducen severamente las calorías que consumen. Muchos niños y adolescentes en los países en desarrollo, donde la cantidad de comida es limitada, no maduran tempranamente como lo harían si fueran bien alimentados.

Por otro lado el embarazo en si mismo requiere un alimentación adecuada para tal periodo. Una buena alimentación antes y durante el embarazo promueve el desarrollo de un feto sano y protege el estado nutricional de la propia mujer. El desarrollo fetal desde la concepción depende de cantidades adecuadas de nutrientes. Debe ser algo más que una cantidad de calorías suficientes para la ganancia de peso adecuado, puesto que la cantidad de calorías durante el embarazo no es grande, las "calorías huecas" podrían completar las necesidades calóricas sin proporcionar nutrientes necesarios.

La supresión de estos alimentos y el comer alimentos "ricos en nutrientes" puede suponer una diferencia espectacular en la nutrición.

Algunas mujeres embarazadas están en riesgo nutricional a causa de modos de vida como pobreza, adolescencia o trastornos en la alimentación.

Como grupo, las adolescentes embarazadas, suelen tener más dificultades durante el embarazo que las mujeres embarazadas mayores. Una menor de 15 años tiene el doble de riesgo promedio de tener un hijo pretérmino o de bajo peso. Además muchas adolescentes inician el embarazo con dietas deficientes en hierro, calcio, proteínas, vitaminas y ácido fólico.

Los factores que influyen sobre la dieta de la adolescente son a menudo el deseo de ser esbeltas, las costumbres alimenticias, el grupo de amigos y la irregularidad de las comidas. Además dado que el embarazo adolescente es más frecuente en grupos socioeconómicos bajos los problemas económicos pueden limitar la elección de alimentos.

Los elementos esenciales de una buena alimentación incluyen carbohidratos, proteínas, grasas, agua, vitaminas y minerales. La nutrición bien balanceada protege la salud. Lo más apropiado es consumir una combinación de los cuatro grupos básicos de alimentos. En base a esto la definición que hemos elaborado es la siguiente: "Consumo diario de alimentos que realicen la madre adolescente y su familia condicionado por varios factores, entre ellos: etapa de la vida en que se encuentren, situación socioeconómica, cultural y de salud".

** Utilización de servicios de salud: en los controles de salud preventivos se pueden detectar muchos problemas de salud, ya que a veces estos no presentan síntomas clínicos.*

Consideramos la siguiente definición: "Encuentros periódicos de salud orientados a proteger la salud, así como prevenir y detectar enfermedades".

* Consumo de drogas: la adolescencia es la edad de los primeros cigarrillos y de los primeros contactos con bebidas alcohólicas y cada vez más a menudo de las experiencias con otro tipo de drogas. Las motivaciones que llevan al individuo a consumir drogas pueden tener su origen en uno o varios factores de diversa índole (sociales, psicológicos, económicos, sanitarios, educativos, culturales, etc.).

Las causas que explican este fenómeno son diversas, en general los comportamientos tendientes a la drogadicción se generan como consecuencia de toda una serie de factores sociales, familiares y ambientales que inciden de forma muy diferente en cada individuo. El adolescente se encuentra en una etapa de inseguridad y su búsqueda de identidad en la que tiene la necesidad de poner a prueba sus posibilidades físicas y psíquicas, desea descubrir nuevas sensaciones y tener nuevas experiencias, lo que con frecuencia hace que se sienta atraído por las drogas. Según estudios estadísticos realizados sobre el tema el inicio en el consumo de drogas se da entre los 13 y 17 años. Nos basamos en la definición de la OMS: "Introducción de sustancias en el organismo que producen modificaciones en una o más funciones en el orden de lo biológico o psíquico".

* Salud sexual y reproductiva: contribuye al fortalecimiento de las potencialidades y al desarrollo personal y social. Las adolescentes embarazadas son un grupo de alto riesgo vulnerable a problemas de salud durante este estado, debido a su inadecuada nutrición, inmadurez fisiológica y falta de cuidado prenatales. El embarazo adolescente interrumpe la formación educacional de estas mujeres jóvenes lo que conlleva conjuntamente con su falta de experiencia a no tener preparación acerca de las acciones básicas en la Salud sexual y reproductiva las cuales incluye: educación sexual, control de embarazo y puerperio, planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual y prevención de cáncer genito mamario. La definición adoptada está basada en el manual de "Conceptos Básicos en Salud Reproductiva"¹⁰, y es la siguiente: "Prácticas tendientes a: alcanzar una sexualidad sin temor de infecciones ni de embarazos no deseados, a regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos, de tener un embarazo y parto seguros, y de tener y criar hijos saludables".

INSTITUTO NAL. ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV ITALIA S/N 3er PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

¹⁰ Conceptos Básicos en Salud Reproductiva. MSP, Dirección General de la Salud. Proyecto Maternidad-Paternidad elegida, 1999.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio.

Estamos frente a un estudio descriptivo, de corte transversal y cuantitativo.

Universo.

Está constituido por todas las familias de madres adolescentes con su/sus hijos y/o pareja que se encuentran en el registro de la Policlínica.

Muestra.

No probabilística, por conveniencia.

El criterio de inclusión fue todas las adolescentes entre 15 y 19 años, que tengan por lo menos un hijo, y que hubiesen concurrido a la Policlínica en el período comprendido entre el 1 de Abril y el 31 de Mayo de 2003, independientemente de la razón que haya motivado la consulta.

Número de sujetos incluidos en la muestra: 20 familias.

Recolección de los datos.

Para recabar la información necesaria se elaboró un cuestionario, el cuál consta de tres partes: la primera destinada a recabar información sobre la familia (caracterización), la segunda sobre las medidas o acciones de cuidado de la salud de la madre adolescente y de los hijos, y la tercera sobre las medidas o acciones de cuidado de la salud de la pareja. El mismo está acompañado de un instructivo y del consentimiento informado (Ver anexo N° 1a, 1b y 1c). La estrategia de investigación utilizada es la encuesta, y la técnica, la entrevista personal.

Luego se procedió a la realización de la prueba piloto. Esta se aplicó a un total de 5 madres adolescentes que concurrieron a la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo del barrio "Colón", en el período comprendido entre el 8 y 11 de Abril de 2003. A través de esta se identificaron preguntas poco comprensibles o confusas, se valoraron las categorías de las variables, se evaluó el instructivo y el tiempo de aplicación del instrumento.

Una vez probado el instrumento y efectuadas las correcciones del mismo, se procedió a la recolección de los datos. Para ello obtuvimos los domicilios en los registros de la Policlínica, concurrimos a los mismos y se entrevistó a los sujetos.

Variables.

Las variables consideradas para abordar el tema propuesto fueron: familias compuestas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja, y medidas o acciones de cuidado de salud.

“Las medidas o acciones de cuidado de salud” según el nivel y escala de medición corresponde a una variable cualitativa nominal.

Conceptualmente la hemos definido como: “Serie de actividades que realiza la familia para lograr bienestar, productividad y realización personal para reducir los riesgos vinculados a los problemas de salud y minimizar sus consecuencias”.

Operativamente definimos esta variable como: “Actividad que desarrolla el miembro de la familia encuestado como medida o cuidado de salud referido a los siguientes ítems: cuidado personal, hábitos nutricionales, control de salud, salud reproductiva, consumo de drogas, agregando para la madre adolescente el cuidado de los hijos”

Las “familias conformadas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja” según el nivel y escala de medición se clasifica como cualitativa nominal.

La definición conceptual adoptada es: “Unidad biopsicosocial que se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social, integrada por la madre adolescente con su/sus hijos y/o pareja que están relacionados por sangre, por matrimonio, por adopción o por relación estable”.

Operativamente se define como: “Grupo de individuos o personas dentro de las cuales esta incluida una madre menor de 20 años que viven en el hogar; entendiendo a este como el espacio físico donde habitan las personas y que al menos para su alimentación dependen de un fondo común”.

Las variables anteriormente mencionadas son consideradas las principales; a partir de estas se seleccionaron una serie de variables –simples y complejas- que llamamos secundarias, con la finalidad de operacionalizar las primeras.

Para “las medidas o acciones de cuidado de salud” las variables secundarias seleccionadas son: cuidado personal, hábitos nutricionales, control de salud, salud reproductiva, consumo de drogas y cuidado de los hijos.

Para la variable “familias compuestas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja” las variables secundarias seleccionadas, se agrupan en 4 ítems:

- *Estructura de la familia: tipología familiar, número de miembros de la familia, edad, sexo y estado civil.*
- *Aspectos económicos y culturales: nivel de instrucción, situación laboral, ingresos, referente económico y apoyo alimenticio.*
- *Aspectos psicoemocionales y sociales: acontecimientos vitales estresantes, satisfacción con aspectos de la vida y participación social barrial.*
- *Preguntas abiertas.*

A continuación se presenta la operacionalización de las variables secundarias. En primer lugar se hace referencia a las variables simples, seguido de las variables complejas.

▪ *Variables Simples.*

<i>Nombre</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operativa</i>
"Tipología familiar"	Cualitativa nominal	Clasificación de las familias según el número de miembros que la integran y su composición (función de cada miembro).	Nuclear. Nuclear numerosa. Nuclear ampliada. Binuclear. Monoparental. Monoparental ampliada.
"Miembros de la familia"	Cuantitativa discreta	Individuos que integran el grupo familiar.	Número de individuos.
"Edad"	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido desde el día del nacimiento hasta el momento actual.	Número de años cumplidos al momento de la entrevista.
"Sexo"	Cualitativa nominal	Diferencias cromosómicas entre el hombre y la mujer.	Masculino. Femenino
"Estado civil"	Cualitativa nominal	Situación conyugal del entrevistado.	Soltero. Casado. Viudo. Divorciado. Unión libre.
"Nivel de instrucción"	Cualitativa ordinal	Grado de conocimiento adquirido a través de la educación formal.	No curso primaria. Primaria (completa-incompleta) Secundaria (idem). Terciaria (idem).
"Situación laboral"	Cualitativa nominal	Actividad que realiza en forma regular por la que recibe remuneración.	Desocupado. Empleado. En seguro de paro. Changa. Otros
"Ingresos"	Cuantitativa continua	Monto de dinero que recibe la familia mensualmente.	Por debajo de la línea de indigencia. Por debajo de la línea de pobreza. Por encima de la línea de pobreza.
"Referente económico"	Cualitativa nominal	Persona identificada como la que aporta más dinero en el hogar.	Madre adolescente. Pareja de la madre adolescente. Padres de la madre o de la pareja. Otros.
"Apoyo alimenticio"	Cualitativa nominal	Apoyo complementario en término de alimentos que recibe la familia.	Canasta de alimentos. Concurre a comedor. Canasta de alimentos y comedor. Ninguno.
"Acontecimientos vitales estresantes"	Cualitativa nominal	Acontecimientos ambientales, psíquicos o sociales que causan efectos negativos sobre el individuo o familia.	Acontecimientos ocurridos en el último año: fallecimientos, divorcio, separación, encarcelación, emigración, enfermedad, internación, problemas sexuales, drogadicción, alcoholismo, mudanzas, desalojo, cambios de trabajo, seguro de paro, pérdida de trabajo, jubilación, pensión, relaciones familiares conflictivas, violencia doméstica, reducción de los ingresos, pérdida de ingresos, embarazo, nacimiento, incorporación de un nuevo miembro a la familia, emigración En los hijos: problemas escolares, problemas conductuales.
"Satisfacción con aspectos de la vida"	Cualitativa nominal	Grado de contento, placer o gusto en cuanto a aspectos de la vida de la madre adolescente en el transcurso de su vida.	Satisfacción con su familia, consigo misma, con su pareja y con amigos.
"Participación social barrial"	Cualitativa nominal	Actividades que realiza la familia en la comunidad con intervención en eventos colectivos.	Participación social barrial (religiosa, deportiva, vecinal política, otras, ninguna). Actividades con amigos.

▪ **Variables Complejas.**

Las variables cuidado personal, hábitos nutricionales, consumo de drogas y control de salud, son las mismas para la madre adolescente y su pareja. Cambia la variable salud reproductiva.

Cuidado personal

Clasificación: cualitativa ordinal.

Definición conceptual	Dimensión/es	Indicadores	Índice
Actividades relacionadas con la higiene y el ejercicio físico que realizan la madre adolescente y su familia, que contribuyen al cuidado personal conservando la salud y previniendo las enfermedades.	Higiene.	a. Lavado de manos.	1. Ocasionalmente. 2. Menos de 3 veces/día. 3. Antes de cada comida y después de ir al baño.
		b. Baño corporal.	1. Ocasionalmente. 2. Menos de 3 veces/sem. 3. Diariamente.
		c. Cepillado dental.	1. Nunca. 2. Una vez al día. 3. Después de cada comida y antes de dormir.
	Ejercicio Físico.	a. Frecuencia ¿Cuál?	0. Nunca.
			1. Menos de 4 veces/sem.
			2. Más de 3 veces/sem. 3. Diariamente.

Operacionalización de la variable:

- *Inadecuado: de 4 a 6 puntos.*
- *Medianamente adecuado: de 7 a 9 puntos.*
- *Adecuado: de 10 a 13 puntos.*

Definiciones:

* *Inadecuado: Realiza el lavado de manos, baño corporal y cepillado dental en forma ocasional, nunca realiza ejercicio físico.*

* *Medianamente adecuado: Se lava las manos menos de 3 veces/día, se realiza baño corporal menos de 3 veces/semana, se cepilla los dientes una vez por día.*

* *Adecuado: Se lava las manos antes de cada comida y después de ir al baño, se realiza baño corporal diariamente, se cepilla los dientes luego de cada comida y antes de ir a dormir. Realiza ejercicio físico más de 3 veces/semana o diariamente.*

Hábitos Nutricionales

Clasificación: cualitativa ordinal.

Definición conceptual	Dimensión/ es	Indicadores	Índice
Consumo diario de alimentos que realizan la madre adolescente y su familia condicionado por varios factores, entre ellos: etapa de la vida en que se encuentran, situación socioeconómica, cultural y de salud.	Consumo de Nutrientes.	¿Como considera su alimentación? Describa brevemente los alimentos que consume.	1. Inadecuada. 2. Medianamente adecuada. 3. Adecuada. Tildar respuestas en el cuestionario (Ver Anexo N° 1)
	Ingesta diaria.	a. Número de comidas.	1. Una.
			2. Dos o tres.
	Dietas.	a. Por indicación médica.	3. Cuatro.
			a. Si.
		b. Por voluntad propia.	b. No.
a. Para disminuir de peso.			
b. Para aumentar de peso.			

Operacionalización de la variable:

- Inadecuado: de 3 a 4 puntos.
- Adecuado: de 5 a 6 puntos.

Definiciones:

* Inadecuado: percibe su alimentación como inadecuada o medianamente adecuada.

Ingesta diaria: una o dos veces al día.

* Adecuada: percibe su alimentación como adecuada. Tiene tres o cuatro ingestas diarias de alimentos.

Consumo de drogas

Clasificación: cualitativa ordinal.

Definición conceptual	Dimensión/ es	Indicadores	Índice
"Introducción de sustancias en el organismo que producen modificaciones en una o más funciones en el orden de lo biológico o psíquico". OMS	Drogas Lícitas.	a. Tabaco	1. No.
			2. Si.
		b. Alcohol	1. No.
			2. Si.
	Drogas Ilícitas.	Otras. ¿Cuál?	1. No.
			2. Si. Frecuencia.

Operacionalización de la variable:

- Adecuado: menos de 4 puntos.
- Inadecuado: 4 o más puntos.

Definiciones:

* *Adecuado: no consume ningún tipo de droga (ni lícitas, ni ilícitas)*

* *Inadecuado: consume algún tipo de drogas.*

Control de Salud

Clasificación: cualitativa ordinal.

Definición conceptual	Dimensión/ es	Indicadores	Índice
<i>Encuentros periódicos de salud orientados a proteger la salud, así como prevenir y detectar enfermedades.</i>	<i>Consulta con Médico General.</i>	<i>a. Motivo.</i>	<i>1. Frente a situaciones de enfermedad.</i>
			<i>2. Por prevención.</i>
		<i>b. Frecuencia (cuando la consulta es por prevención).</i>	<i>2. Según enfermedad/ > 2 años.</i>
			<i>1. Anualmente.</i>
	<i>Consulta con Odontólogo.</i>	<i>a. Motivo.</i>	<i>1. Frente a situaciones de enfermedad.</i>
			<i>2. Por prevención.</i>
		<i>b. Frecuencia (cuando la consulta es por prevención).</i>	<i>1. Según enfermedad/ > 2 años.</i>
			<i>2. Anualmente.</i>
<i>Consulta con Especialistas.</i>	<i>Motivo. ¿Cuál?</i>	<i>1. Frente a situaciones de enfermedad.</i>	
		<i>2. Por prevención.</i>	
<i>Inmunizaciones</i>		<i>Vigencia.</i>	<i>1. No. (Motivo)</i>
			<i>2. Sí.</i>

Operacionalización de la variable:

- *Inadecuado: de 5 a 7 puntos.*
- *Adecuado: de 8 a 10 puntos.*

Definiciones:

* *Inadecuado: consulta a médico general y odontólogo por enfermedad o una vez en un periodo mayor a 2 años. No tiene las inmunizaciones vigentes.*

* *Adecuado: consulta a médico general y odontólogo por prevención, anualmente, tiene las inmunizaciones vigentes.*

Salud Reproductiva (para la madre adolescente).

Clasificación: cualitativa ordinal

Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Índice	
<p><i>"Prácticas tendientes a: alcanzar una sexualidad sin temor de infecciones ni de embarazos no deseados, a regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos, de tener un embarazo y parto seguros, y de tener y criar hijos saludables".</i></p> <p><i>Basada en "Conceptos básicos en Salud Reproductiva. MSP".</i></p>	<i>Educación sexual.</i>	<i>Recibió educación sexual.</i>	1. Ninguna. 2. Informal (amigos, revistas, televisión, padres). 3. Formal (escuela, liceo, otros).	
	<i>Control de salud ginecológico.</i>	<i>a. Embarazada</i>		1. Nunca. 2. No acorde a lo establecido. 3. Acorde a lo establecido.
		<i>b. Puérpera.</i>		1. Nunca. 2. No acorde a lo establecido. 3. Acorde a lo establecido.
		<i>c. No embarazada-No puérpera.</i>		1. Nunca. 2. No acorde a lo establecido. 3. Acorde a lo establecido.
	<i>Planificación familiar.</i>	<i>a. Utiliza métodos anticonceptivos. ¿Cuál?</i>		1. No. 2. Si, irregularmente. 3. Si, regularmente.
		<i>b. Su embarazo: ¿Fue planificado?</i>		a. Si. b. No.
	<i>Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).</i>	<i>a. ¿Tiene pareja estable?</i>		1. No. 2. Si.
		<i>b. ¿Utiliza preservativo?</i>		1. No. 2. Si.
	<i>Prevención de cáncer cérvico uterino y mamario.</i>	<i>A) a. ¿Se realiza el autoexamen de mama?</i>		1. No. 2. Si.
		<i>b. Frecuencia.</i>		1. Nunca. 2. Ocasionalmente. 3. Mensualmente.
		<i>B) a. ¿Se ha realizado el PAP?</i>		1. No. 2. Si.
		<i>b. Frecuencia:</i>		1. Nunca. 2. Ocasionalmente. 3. Anualmente.

Operacionalización de la variable:

- *Inadecuado: de 9 a 13 puntos.*
- *Medianamente adecuado: de 14 a 18 puntos.*
- *Adecuado: de 19 a 24 puntos.*

Definiciones:

* *Inadecuado*: refiere no haber recibido educación sexual. En relación al control de salud ginecológico no se ha controlado (embarazada o puérpera u no embarazada-no puérpera). No utiliza métodos anticonceptivos. En relación a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) no tiene pareja estable ni utiliza preservativo. No se realiza el Papanicolau (PAP) ni el autoexamen de mama (AEM).

* *Medianamente adecuado*: refiere haber recibido educación sexual informal (revistas, amigos, televisión, padres, etc.). En cuanto a los controles de salud ginecológicos en todos los casos (embarazadas, puérpera, no embarazada, no puérpera) si bien los han realizado los mismos no son acordes en relación a la frecuencia con que deberían haber sido. Utiliza métodos anticonceptivos, pero en forma irregular. Como prevención frente a las ETS utiliza preservativo o tiene pareja estable. Se realiza PAP y AEM ocasionalmente.

* *Adecuado*: recibió educación sexual formal. En relación al control ginecológico de salud si esta embarazada o es puérpera los controles son acorde a lo establecido, si no es embarazada ni puérpera se controla anualmente por prevención. En cuanto a la planificación familiar utiliza métodos anticonceptivos y como prevención de las ETS tiene pareja estable y/o utiliza preservativo. Se realiza el AEM en forma mensual y el PAP anualmente.

Salud Reproductiva (para la pareja de la madre adolescente)

Clasificación: cualitativa ordinal

Definición conceptual	Dimensión/es	Indicadores	Índice
"Prácticas tendientes a: alcanzar una sexualidad sin temor de infecciones ni de embarazos no deseados, a regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos, de tener un embarazo y parto seguros, y de tener y criar hijos saludables". Basada en "Conceptos básicos en Salud Reproductiva. MSP".	Educación sexual.	Recibió educación sexual.	1. Ninguna.
			2. Informal (amigos, revistas, televisión, padres).
	Planificación familiar.	Utiliza métodos anticonceptivos. ¿Cuál?	3. Formal (escuela, liceo, otros).
			1. No.
	Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).	a. ¿Tiene pareja estable?	2. Si, irregularmente.
			3. Si, regularmente.
	b. ¿Utiliza preservativo?	1. No.	
		2. Si.	

Operacionalización de la variable:

- *Inadecuado*: de 4 a 6 puntos.
- *Adecuado*: de 7 a 10 puntos

Definiciones:

** Inadecuado: refiere no haber recibido educación sexual o que la recibida fue informal (revistas, amigos, televisión, padres). No utiliza métodos anticonceptivos en acuerdo con su pareja como parte de la planificación familiar. No tiene pareja estable, ni utiliza preservativo como prevención de ETS.*

** Adecuado: recibió educación sexual formal. Utiliza métodos anticonceptivos en acuerdo con su pareja como parte de la planificación familiar, como prevención de las ETS tiene pareja estable y/o utiliza preservativo.*

Cuidado de los hijos
Cualitativa ordinal

Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Índice
Conjunto de actividades que realiza la madre adolescente para que sus hijos se sientan saludables, contribuyendo a conservar la salud y a prevenir accidentes y enfermedades.	Higiene.	a. Lavado de manos.	1. Ocasionalmente/nunca 2. Menos de 3 veces/día. 3. Antes de cada comida y después de ir al baño.
		b. Baño corporal.	1. Ocasionalmente/nunca 2. Menos de 3 veces/sem. 3. Diariamente.
		c. Higiene bucal.	1. Ocasionalmente/nunca 2. Una vez al día. 3. Después de cada comida y antes de dormir
	Consumo de nutrientes.	a. Mayores de 1 año.	Idem madre adolescente.
		b. Menores de 1 año.	1. Alimentación sin lactancia materna. 2. Alimentación y lactancia materna.
		c. Menores de 6 meses.	1. No lactancia materna exclusiva. 2. Lactancia materna exclusiva.
	Consulta con Pediatra.	a. Motivo.	1. Por enfermedad. 2. Por prevención.
		b. Frecuencia.	1. Inadecuada. 2. Adecuada.
	Imunizaciones.	Vigencia	1. No vigente. 2. Vigentes.
	Medidas para prevenir accidentes.*	a. ¿Cómo y donde guarda los productos de limpieza y/o medicación?	1. Inadecuado. 2. Adecuado.
		b. ¿Dónde y como guarda las armas y/o elementos cortopunzantes?	1. Inadecuado. 2. Adecuado.
		c. ¿Aplica alguna medida de cuidado en relación a puertas, ventanas y escaleras?	1. Inadecuado. 2. Adecuado.
		d. ¿Aplica alguna medida de cuidado en relación a los enchufes?	1. Inadecuado. 2. Adecuado.
		e. ¿El/los niños acceden a la cocina sin supervisión de un adulto?	1. Inadecuado. 2. Adecuado.
		f. ¿Qué cuidados tiene con la garrufa de supergas?	1. Inadecuado. 2. Adecuado.
		g. ¿Qué medidas aplica para prevenir accidentes de tránsito?	1. Inadecuado. 2. Adecuado.

Operacionalización de la variable:

- *Inadecuado: de 14 a 22 puntos.*
- *Adecuado: de 23 a 31 puntos.*

Definiciones:

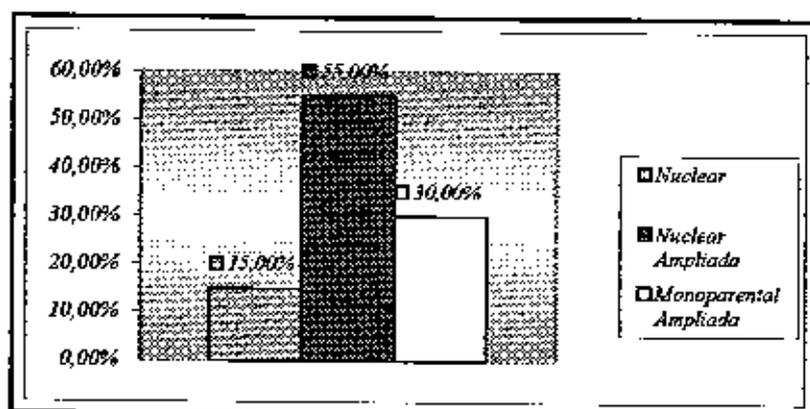
** Inadecuado: baña a su/ sus hijos en forma ocasional o menos de 3 veces por semana. Higiene bucal nunca o una vez por día. Los hábitos nutricionales en mayores de 1 año son inadecuados (según lo establecido en el apartado de la madre). No cumple en menores de 6 meses con la lactancia exclusiva y en mayores de 6 meses la alimentación es igual que para el resto de la familia y no lleva adelante la lactancia materna. Los controles de salud no son acorde a lo establecido y/o se llevan a cabo frente a situaciones de enfermedad, las inmunizaciones no están vigentes y aplican menos de 4 o ninguna medida para prevenir accidentes en el hogar.*

** Adecuado: baña a su/sus hijos diariamente. La higiene bucal es realizada después de cada comida y antes de dormir. Los hábitos nutricionales en mayores de 1 año son adecuados (según lo establecido en el apartado de la madre). En menores de 6 meses cumple con la lactancia exclusiva en mayores de 6 meses prepara la alimentación recomendada y continua con la lactancia. Los controles de salud son acordes a lo establecido, las inmunizaciones están vigentes y se ponen en práctica más de 4 medidas para prevenir accidentes en el hogar.*

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- El 75% (15) de las madres adolescentes tienen pareja.
- El 53,33% (8) de las parejas respondieron a la entrevista; 40,00% (6) no se encontraban en el momento de la entrevista; y 6,67% (1) rechazó la entrevista.

Gráfico N° 1: Tipología familiar de las familias conformadas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja, que concurren a la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo "La Paloma", en el período comprendido entre el 1 de Abril y el 31 de Mayo de 2003". (Ver anexo N° 4. Tabla N° 1).



Se destaca un 85,00% de familias ampliadas.

Media del número de miembros de la familia: $5,50 \pm 2,20$ miembros.

Tabla N° 1: Edad de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 2).

Edad de la madre Adolescente	FA	FR%
15 - 16 años	3	15,00%
17 - 18 años	9	45,00%
19 años	8	40,00%
N	20	100,00%

La media de la edad de la madre adolescente es de $17,80 \pm 1,12$ años.

Tabla N° 2: Edad de la pareja de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 3).

Edad de la pareja	FA	FR%
15 - 19 años	4	26,67%
20 - 30 años	9	60,00%
Más de 30 años	2	13,33%
N	15	100,00%

En cuanto a la pareja de la madre adolescente se calculó una media de $24,47 \pm 8,49$ años. Se destaca que sólo el 26,67% (4) son adolescentes.

Tabla N° 3: Edad de la madre adolescente relacionado con estado civil, categorizado en unión libre y soltera. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 53).

		Edad de la madre adolescente			
		15-16 años	17-18 años	19 años	TOTAL
Estado civil	Soltera	50,00%	25,00%	25,00%	20,00%
	Unión libre	0,00%	62,50%	6,00%	80,00%
TOTAL		10,00%	55,00%	35,00%	100,00%

Se identificó un alto porcentaje de madres viviendo en unión libre (80,00%). El 50,00% de las madres entre 15 y 16 años son solteras.

Tabla N° 4: Tipología familiar relacionado a referente económico de la familia. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 54).

		Tipología familiar			
		Nuclear A	Nuclear	Monoparental A	TOTAL
Referente económico de la familia	Padres	9,09%	0,00%	66,66%	25,00%
	Pareja	75,00%	25,00%	0,00%	60,00%
	Madre	9,09%	0,00%	16,67%	10,00%
	Otros	0,00%	0,00%	16,67%	5,00%
	TOTAL	55,00%	15,00%	30,00%	100,00%

En el 66,66% de las familias monoparentales ampliadas el referente económico de la familia está representado por los padres (sea de la madre adolescente o de su pareja).

Gráfico N° 2: Ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes en el último año. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 16).

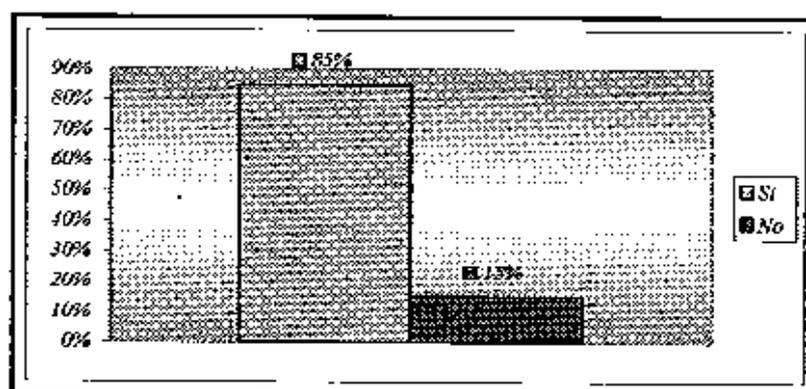
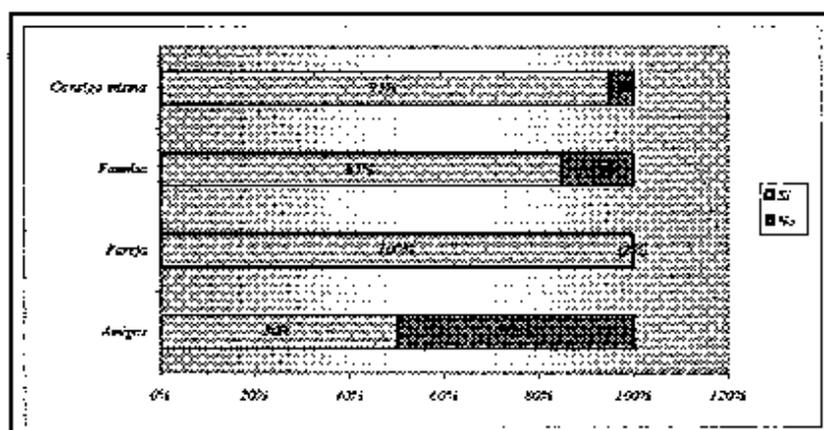


Gráfico N° 3: Satisfacción de la madre adolescente con aspectos de la vida. (En la tabulación de los datos corresponde a las tablas N° 22, 19, 24).



Un alto porcentaje de la muestra refiere estar satisfecha consigo misma, su familia y su pareja.

Gráfico N° 4: Cambios en los planes o proyectos de vida de la madre adolescente a causa de la maternidad. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 30).

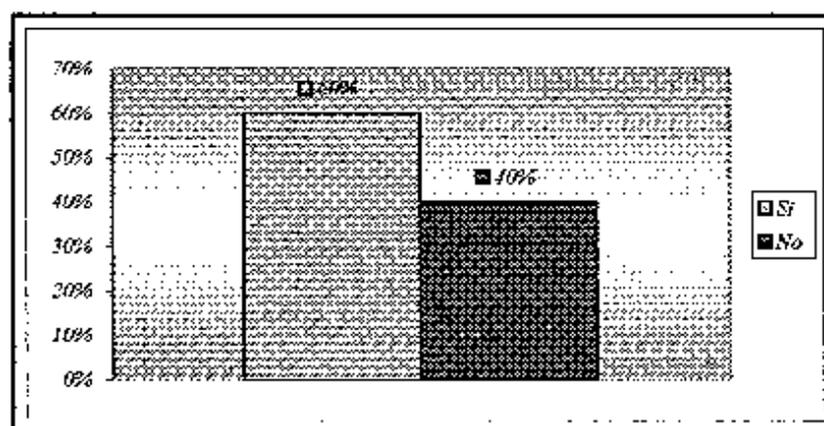


Tabla N° 5: Motivo por el cual cambiaron los planes o proyectos de vida de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 31).

Motivo por el cual cambiaron sus planes o proyectos de la MA	FA	FR%
Tuvo que dejar de estudiar/ no puede trabajar	2	16,67%
No puede salir más a los bailes/ no puede salir con amigos	2	16,67%
Le cambio la rutina	1	8,33%
Responsabilidad/ tener un hijo es una responsabilidad	2	16,67%
Cambio para mejor/ cambio mi carácter para bien	2	16,67%
Se drogaba	2	16,67%
No sabe/ no contesta	1	8,32%
N	12	100,00%

Tabla N° 6: Motivo por el cual cambiaron los planes o proyectos de vida de la pareja de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 49).

Motivo por el cual cambiaron los planes o proyectos de la Pareja	FA	FR%
No puede salir más a los bailes/ no puede salir con amigos	2	28,58%
Tener un hijo es una responsabilidad. Tiene que estar más tiempo con ellos/ la responsabilidad se siente más.	3	42,86%
Tiene que trabajar	1	14,28%
Cambio para mejor ahora tiene una familia	1	14,28%
N	7	100,00%

Gráfico N° 5: Planes para el futuro de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 33).

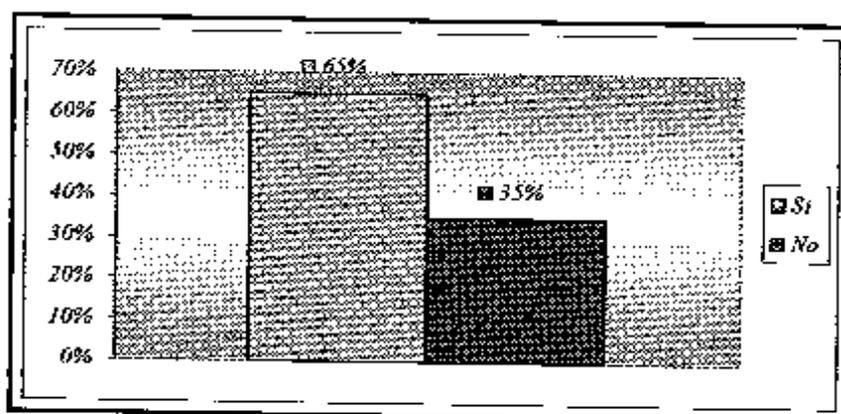


Tabla N° 7: Tipo de planes para el futuro. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 34).

Planes para el futuro	FA	FR%
Seguir estudiando	1	7,69%
Trabajar	6	46,15%
Trabajar y terminar la casa	2	15,38%
Trabajar y terminar los estudios	2	15,38%
Criar bien a su hijo	1	7,69%
No sabe/ no contesta	1	7,69%
N	13	100,00%

Tabla N° 8: Concepto de la madre adolescente sobre las medidas o acciones de cuidado de la salud. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 35).

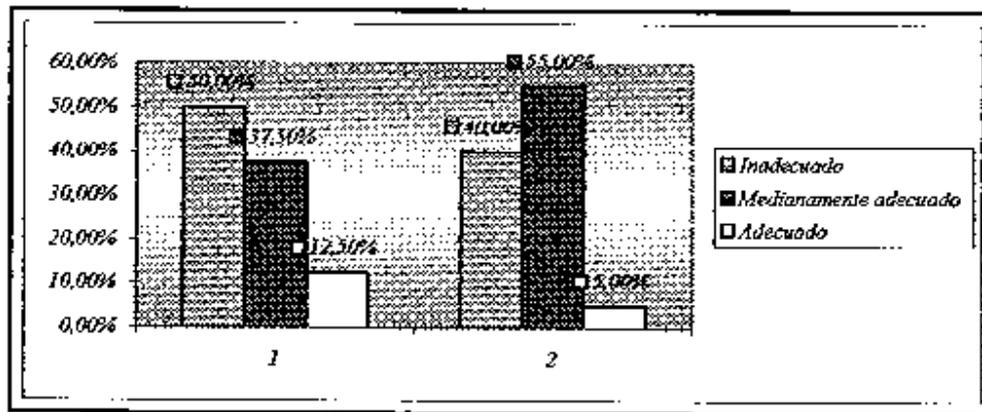
Concepto sobre medidas o acciones de cuidado de la salud	FA	FR%
Controlarse/ ir al médico	10	50,00%
Cuidarse/ controlarse para estar bien	1	5,00%
Prevenir enfermedades	1	5,00%
Cuidarse en la alimentación/ lo de la comida/ hacer ejercicio	2	10,00%
No drogarse	1	5,00%
No robar	1	5,00%
Cuidarse en las relaciones sexuales/ cuidarse del sida	2	10,00%
No sabe/ no contesta	2	10,00%
N	20	100,00%

Medidas o acciones de cuidado de la salud

Gráfico N° 6: Cuidado personal.

1) De la pareja de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 43).

2) De la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 36).

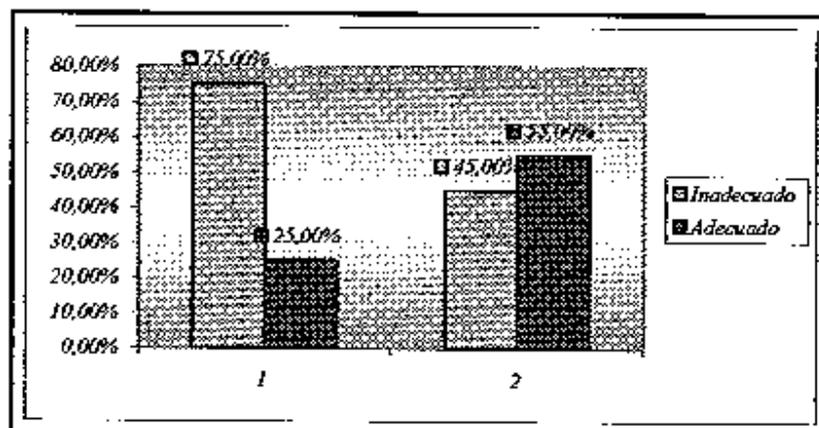


A destacar: el 95,00% (19) de las madres adolescentes no realizan ejercicio físico. 70,00% se realizan el cepillado dental con frecuencia inadecuada (una vez al día u ocasionalmente). El 87,50% (7) de las parejas no realizan ejercicio físico. 75,00% (6) se realizan el cepillado dental con frecuencia inadecuada (una vez al día u ocasionalmente).

Gráfico N° 7: Hábitos nutricionales.

1) De la pareja de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 44).

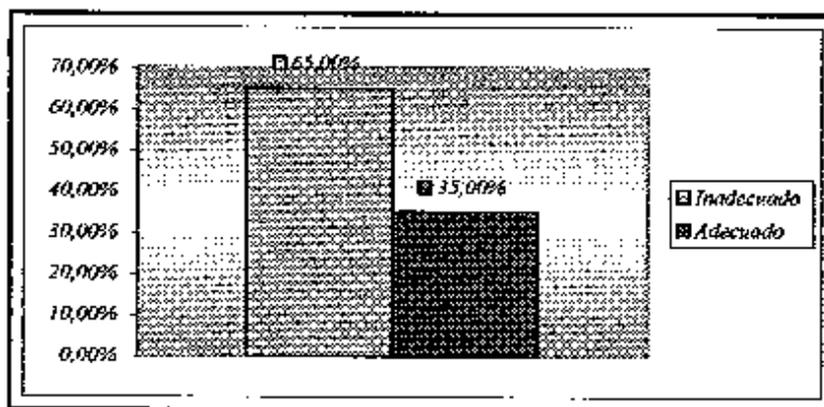
2) De la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 37).



Se destaca que el 50,00% (10) de las madres adolescentes al preguntarle como consideraba que era su alimentación, respondieron que era medianamente adecuada o inadecuada. Ninguna realiza dietas.

El 25,00% (2) de las parejas al preguntarle como consideraba que era su alimentación, respondieron que era adecuada. Ninguno realiza dietas. Ninguno tiene las 4 comidas diarias.

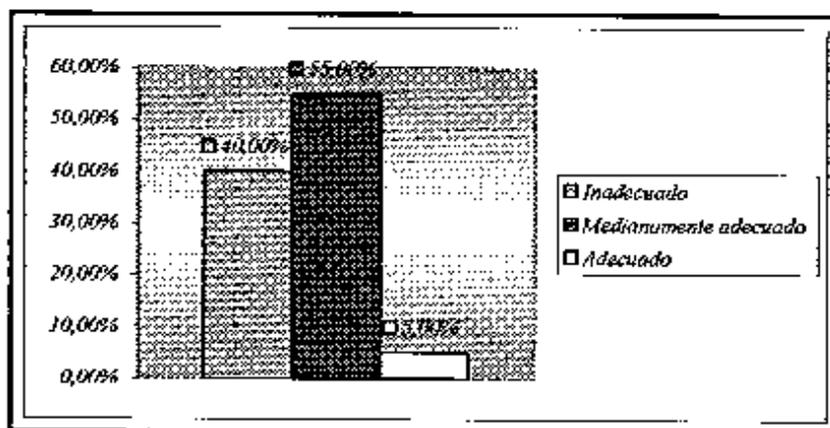
Gráfico N° 8: Control de salud de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 39).



El 25,00% (5) de las madres adolescentes consultan al Médico General por prevención, 5,00% (1) consulta al Odontólogo por prevención. 5,00% (1) no tiene las inmunizaciones vigentes. 10,00% (2) consultan con especialistas por patologías crónicas.

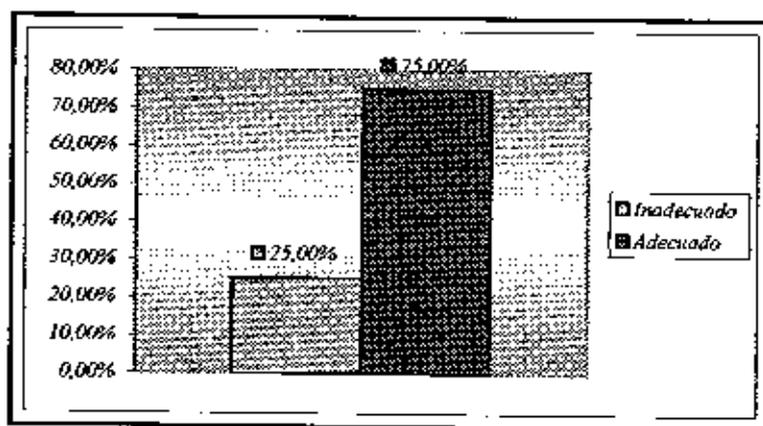
En el 100,00% (8) de los casos, el control de salud en la pareja es inadecuado. En ningún caso consulta al Médico general u Odontólogo por prevención. 12,50% (1) no tiene las inmunizaciones vigentes.

Gráfico N° 9: Salud reproductiva de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 40).



Se observa que un 95,00% (19) de las madres adolescentes no se realiza el autoexamen de mama. El 55,00% (11) se realiza el PAP, y de este el 64,00% (7) lo realiza anualmente. 25,00% (5) no tienen pareja estable y no usan preservativo. 50,00% (10) refirieron utilizar preservativo como método anticonceptivo, sólo el 5,00% (1) respondió que el motivo era cuidarse de enfermedades.

Gráfico N° 10: Salud reproductiva de la pareja de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 46).

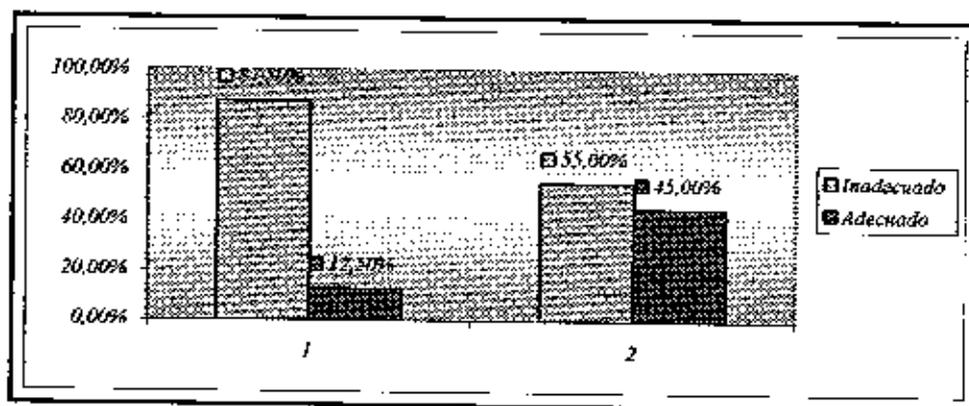


En ningún caso la pareja de la madre adolescente recibió educación sexual formal.

Gráfico N° 11: Consumo de drogas.

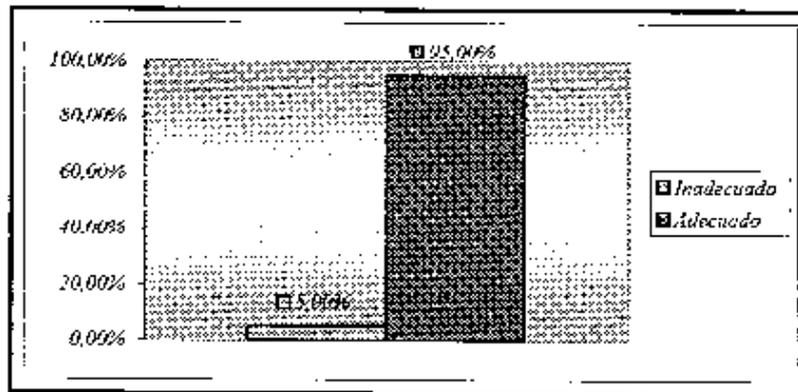
1) De la pareja de la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 47).

2) De la madre adolescente. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 41).



A destacar: 55,00% (11) fuman, se calculo una media de 7,45 cigarrillos/día. 5,00% (1) consume alcohol, y el mismo porcentaje refiere consumir otro tipo de drogas (marihuana y cocaína con una frecuencia de 4 veces a la semana, siendo el lunes y los fines de semana los días habituales). En cuanto a la pareja el 87,50% (7) fuman. 50,00% (4) consume alcohol, y ninguno de ellos refiere consumir otro tipo de drogas.

Gráfico N° 12: Cuidado de los hijos. (En la tabulación de los datos corresponde a la tabla N° 42).



El 40,00% (8) no realizan higiene bucal a sus hijos. La lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses se llevaban a cabo el 67,00% de las madres adolescentes (6/9). El 100,00% de las madres controlaban a su/sus hijos por prevención. En el 10,00% (2) los controles eran inadecuados en frecuencia. El 100,00% de los niños tenían las vacunas vigentes.

En cuanto a las medidas para prevenir accidentes, se obtuvo como dato relevante que para evitar accidentes de tránsito no hay que dejar salir a los niños -55,00% (11) de las madres-; el 25,00% (5) mencionó la educación como medida de prevención.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Así como lo demostraron los últimos estudios estadísticos de la CEPAL, José Portillo y Luis De La Revilla en lo referente a la heterogeneidad creciente de la tipología familiar, se observa en las familias de madres adolescentes que asisten a la Policlínica "La Paloma", un predominio del tipo de familia nuclear ampliada, seguido en frecuencia de la familia monoparental ampliada y de la nuclear. Si bien el tipo de familia no es en sí mismo un factor de riesgo, se sabe que "en las familias monoparentales hay menos recursos y tienen mayor propensión a diversos tipos de dificultades". Se calculó una media de $5,50 \pm 2,20$ miembros por familia.

Haciendo referencia como se expresó en el marco conceptual, a "una reproducción de la conducta", encontramos que en el 65,00% (13) de los casos las madres adolescentes encuestadas no fueron hijas de madres adolescentes; sin embargo un 35,00% (7) si lo fueron (Ver tabla N° 8). También nos referimos aquí a lo planteado como familia promotora de hábitos y costumbres, en donde se conforman múltiples condicionantes que contribuyen a la formación de la personalidad y al estilo de vida del individuo.

En cuanto al estado civil de los padres de la madre adolescente se obtuvo que el 55,00% (11) de los mismos están divorciados o separados, situación que también se observa en los padres de la pareja en un 26,67% (4) —cabe acotar que no obtuvimos el dato en el 53,33% (8)— (Ver tabla N° 4 y 5).

La media de la edad de la madre adolescente es de $17,80 \pm 1,12$ años. En cuanto a la pareja de la madre adolescente se calculó una media de $24,47 \pm 8,49$ años. Se destaca que sólo el 26,67% (4) son adolescentes (Ver tabla N° 2 y 3).

Se evidenció en esta investigación, un alto porcentaje de madres viviendo en unión estable. Quienes no tienen pareja estable son en su totalidad madres menores de 17 años. Consideramos esto importante, teniendo en cuenta a Katzman, quien al hablar de maternidad adolescente fuera del matrimonio plantea que "cuando el embarazo se produce fuera del matrimonio es mayor la probabilidad de que la mujer no logre constituir pareja estable con el padre del hijo y deba asumir las tareas de la crianza sin contar con ese apoyo".

En cuanto al número de hijos el 85,00% (17) de las madres encuestadas tienen sólo un hijo, los cuáles son menores de 4 años (Ver tabla N° 6 y 7); ubicándonos en el contexto socioeconómico en que fue realizada la investigación, vemos que este es un dato que resulta alentador. Basamos esta afirmación en el siguiente planteo de Katzman: "las mujeres con más necesidades básicas insatisfechas maximizan su fecundidad a los 19 años...; las mujeres

más pobres tienen una fecundidad que duplica a las mujeres con necesidades básicas satisfechas". Además, un mayor número de hijos asociado a escasos recursos, representa un factor de mayor vulnerabilidad.

En cuanto al nivel de instrucción los resultados muestran que un 50,00% (10) de las madres adolescentes tienen secundaria o UTU incompleta, habiendo desertado del sistema educativo en el inicio del ciclo básico. Este dato no dista del 40,00% (8) que tiene primaria completa (Ver tabla N° 9). En este sentido podríamos hacer referencia al embarazo adolescente como la determinante de la deserción del sistema educativo; sin embargo, también puede ser considerado a la inversa, entendiendo al embarazo adolescente como consecuencia de la desvinculación del sistema. Esto trae aparejado la falta de referentes (profesores, distintos profesionales, etc.), de grupos de pares que se forman en el ambiente estudiantil, falta de proyectos, metas y ocupación personal que orienten al individuo como hacedor de su futuro. En cuanto a la pareja de la madre adolescente, esta variable muestra un comportamiento semejante (Ver tabla N° 10). Cabe acotar además, que un 5,00% (1) de las madres no curso primaria. Según Katzman "la educación y el trabajo son las dos fuentes principales de roles para la integración a la vida pública, la falta de participación en el sistema educativo conlleva un riesgo creciente de marginalidad para adolescentes y jóvenes que se agrava aún más con la falta de participación en el mercado laboral".

Referente a la situación laboral, el 90,00% (18) de las madres adolescentes se encuentran desocupadas, mientras que la situación laboral de la pareja demuestra que un 20,00% (3) se encuentran desocupados y un 40,00% (6) realizan changas (Ver tabla N° 11 y 12). Estos datos, -en el marco de la actual situación por la que atraviesa nuestro país, en el cuál la desocupación alcanza el 18,60% (Fuente: INE), considerando el contexto, que es reconocidamente carenciado en cuanto a lo económico, y atendiendo a los resultados de la variable nivel de instrucción- resultan esperables. Si bien sabemos que el estar desempleado afecta muchos aspectos de la vida, destacamos el hecho de que constituye un factor de riesgo en si mismo para la salud psicosocial, tomando al empleo como un medio de socialización y como necesidad del sujeto para reivindicarse como ser social "integrante de la sociedad y necesario para ella".

Estos datos podríamos vincularlos también, como afirma Katzman, a que "la evolución de las oportunidades de empleo en el mercado laboral son particularmente adversas en las personas más jóvenes". Además, el trabajo determina directamente las posibilidades de independencia y la realización de proyectos propios, más aún en la adolescencia que es una etapa de transición.

En lo referente a los ingresos en el hogar, el 90,00% (18) de las familias se encuentran bajo la línea de indigencia, siendo la media de ingresos de 1.955,00 ± 1.284,31 pesos uruguayos. Consideramos aquí lo expresado anteriormente sobre el contexto, la actual situación del país, el alto porcentaje de desempleo y el nivel de instrucción de la madre adolescente y su pareja.

En el 60,00% (12) de los casos, el referente económico es la pareja de la madre adolescente. Los padres de las madres adolescentes son el referente económico en un 35,00% (7), lo que se explica en parte por el dato obtenido acerca del tipo de familia, donde un alto porcentaje eran familiar nucleares ampliadas. Al relacionar estas dos variables obtuvimos que del 60,00% de los casos en los cuáles la pareja es el referente, 75,00% (9) corresponden a familias nucleares ampliadas y el 25% (3) restante familias nucleares.

El 65,00% (13) refiere recibir canasta de alimentos de INDA, siendo esta un paliativo para los bajos ingresos. Este resultado habla de una continuidad en la atención de los niños en la Policlínica, dado que su concurrencia es requisito para obtener el mencionado subsidio.

Los acontecimientos vitales estresantes ocurridos en el último año en la familia, fueron identificados en gran medida por las madres adolescentes. Los observados con mayor frecuencia fueron: enfermedad y/o internación en un 50,00% (10), reducción y/o pérdida de los ingresos en un 35,00% (7), seguido de fallecimiento y encarcelación, ambos con un 30,00% (6). Se destaca además alcoholismo y drogadicción con un 20,00% (4) y 15,00% (3) respectivamente, siendo los involucrados en mayor proporción hermanos de la madre adolescente (Ver tablas N° 17 y 18). Como se aprecia en la bibliografía consultada, esta variable cobra relevancia en la caracterización de la población, ya que depende de la percepción de las personas y guarda relación como plantea De La Revilla, con "diferencias socioculturales y socioeconómicas e incluso en relación con la situación geográfica... de los encuestados".

En cuanto a la satisfacción de la madre adolescente con distintos aspectos de la vida, se observa que el 95,00% (19) de las madres dicen estar conformes consigo mismas por lo cual la maternidad no influyó en la satisfacción con su persona; sino por el contrario al indagar sobre el motivo por el cual están satisfechas, un 26,31% (5) refiere estarlo por ser madre. Además como se afirma en el marco conceptual en determinados medios socioculturales, como en el que se hallan insertas estas madres, "el embarazo adolescente es la norma" (Ver tablas N° 22 y 23).

Un 85,00% (17) están satisfechas con su familia. Este dato llama la atención al relacionarlo con las características propias de los adolescentes donde tienen lugar las controversias dentro del ámbito familiar y según Aberasturi se da "la separación progresiva de los padres". Si consideramos los motivos expresados por los cuáles se siente satisfecha (Ver tabla N° 20), vemos que el 35,29% (6) refiere que "se siente apoyada" destacándose en algunas repuestas que "la ayudan con su hijo". El 23,53% (5) hacen referencia a que "están juntos", a "que es la familia que querían". Teniendo en cuenta los motivos que expresaron podemos entender que los encuestados al ser padres adolescentes y familias que se inician tienen más dependencia económica y necesitan más del apoyo de su familia. Las repuestas sobre los motivos por los cuales la madre describe estar satisfecha con la familia encierran un contenido que hace referencia a ésta como apoyo.

Según Hernández, "la buena relación entre cónyuges y/o padres e hijos es vehículo necesario para el funcionamiento familiar y afrontación de crisis; así también constituye un elemento básico para la transmisión de experiencias que hacen a la calidad de vida de cada uno de los integrantes de una familia". En lo que refiere al porcentaje menor de encuestadas que dicen no estar conformes, en su mayoría hacen referencia a cuestiones circunstanciales con la pareja (Ver tabla N° 21).

El 100,00% de las madres adolescentes afirman estar conformes con su pareja los motivos en su mayoría son: que son felices 26,66% (4), se sienten bien 20,00% (3), y la trata bien 13,33% (2), (Ver tabla N° 27).

En cuanto a la satisfacción con amigos el 50,00% (10) respondió estarlo y el otro 50,00% (10) no. Nuevamente es llamativa la respuesta porque no acompaña la teoría que caracteriza a la adolescencia como etapa del ciclo vital donde como afirma Aberasturi, el fenómeno grupal adquiere importancia trascendental ya que se transfiere parte de la dependencia que se tenía con la familia y con los padres en especial. Un aspecto a destacar en cuanto a los motivos de esta afirmación, es que un 60,00% (6) refiere no tener amigos, siendo un factor que limita la red social. Citando a De La Revilla "gracias a la red el individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional como ayuda material e información, y adquiere nuevos contactos sociales". En cuanto a los que relatan estar satisfechos hacen referencia a la amistad como apoyo y contención (Ver tabla N° 25 y 26).

Sobre la participación social barrial el 85,00% (17) dice no participar en actividades barriales, y un 10,00% (2) participa en actividades religiosas (Ver tabla N° 28). Esto nuevamente alude a lo empobrecida de la red social, y a un debilitamiento de los recursos para afrontar las diferentes situaciones y problemas. Se menciona como positivo la

proporción, aunque menor, que participa socialmente en lo religioso, ya que las personas que tienen una fe y la practican, según Hernández, "asumen actitudes más optimistas y experimentan más confianza para resolver los momentos difíciles".

La mayoría de las madres 60,00% (12) dice que la maternidad altera sus proyectos de vida siendo un resultado predecible por las connotaciones que esta determina en cuanto a las demandas de tiempo, económicas, afectivas y también en lo que refiere a la personalidad de la madre adolescente, que deberá adoptar una postura de mayor madurez por la adquisición de nuevas responsabilidades. En cuanto a los motivos, la mayoría hace referencia a la imposibilidad de realizar las actividades que estaban acostumbradas (Ver tabla N° 31); como se hace referencia en el marco conceptual "en términos de querer lograr un proyecto de vida deseado el embarazo es con frecuencia un obstáculo para los adolescentes". En cuanto a la pareja de la madre adolescente un 87,50% (7) relata que la paternidad cambió sus planes (Ver tabla N° 48), siendo el motivo principal en un 42,86% (3), la responsabilidad que implica tener un hijo.

El 65,00% (13) de las madres refiere tener planes para el futuro de las cuales el 46,00% (6), refiere la obtención de un trabajo siendo éste, el más mencionado. Como expresamos en el marco conceptual el inicio de la juventud es una "etapa de preparación para la vida adulta", además como muestra la variable cambios en los proyectos de vida, la maternidad conlleva a la obtención de nuevas responsabilidades e impone la necesidad de obtener recursos económicos, por lo cual es entendible que las mismas prioricen los aspectos laborales.

De acuerdo al concepto que manejamos de medidas o acciones del cuidado de salud, lo que describen las encuestadas resultan parciales ya que hacen referencia a algún aspecto específico como: controlarse e ir al médico con un 50,00% (10), cuidarse de la alimentación 10,00% (2) y con igual porcentaje cuidarse en las relaciones sexuales y del sida. Esto no es necesariamente un hecho que se relaciona con la ausencia de cuidados, ya que puede resultar complejo para una persona ajena al campo de la salud desarrollar esta definición. Sin embargo afirma Kossier, que "el concepto de cuidados de salud que tiene el usuario proporciona a Enfermería una indicación sobre cual es la medida en que la población cree que puede influir o controlar su salud a través de conductas personales". Con respecto a la pareja de las madres adolescentes las respuestas obtenidas fueron muy similares.

En cuanto al cuidado personal que tiene la madre adolescente según nuestra categorización la mayoría se registró en medianamente adecuado con un 55,00% (11) donde se destaca que el 95,00% (19) no realiza ejercicio físico, que el 70,00% (14) se realiza el

cepillado dental con frecuencia inadecuada; en cuanto a la pareja de la madre adolescente se destaca que el 87,00% (7) no realizan ejercicio físico, el 75,00% (6) se realizan el cepillado dental con frecuencia inadecuada (una vez al día u ocasionalmente).

En cuanto a los hábitos nutricionales se observan diferencias entre ambos. La variable para la pareja de la madre adolescente resultó en un 75,00% (6) inadecuado, mientras que para la madre resultó en un 45,00% (9). Un elemento importante obtenido sobre esta diferencia, es la percepción de cada uno acerca de cómo considera que es su alimentación; el 55,00% (11) de las madres adolescentes, y el 25,00% (2) de las parejas, consideran que su alimentación es adecuada. Otro dato destacado es que ninguno realiza dietas. En cuanto al consumo de nutrientes se observa un comportamiento relativamente homogéneo, destacándose un 90,00% (18) que consumen verduras, y un 65,00% (13) que consumen frutas diariamente. Es relevante que un 10,00% (2) refieren no consumir frutas, y un 20,00% (4) no consume huevos ni leche; el 25,00% (5) consume carne una vez a la semana o nunca (Ver tabla N° 38).

Las madres adolescentes tienen un control de salud inadecuado en un 65,00% (13). La prevención como estrategia para la salud es un pilar en la atención de Enfermería siendo nosotros los principales promotores de ésta, pero no es fácil implementarlo en la comunidad siendo estos datos coincidentes de la generalidad de la población acerca de atención primaria. Se destaca además que el 25,00% (5) consultan al médico general por prevención, el 5,00% (1) consulta al odontólogo por prevención y 10,00% (2) consultan con especialistas por patologías crónicas, el 5,00% (1) no tiene las inmunizaciones vigentes. De estos últimos datos son preocupantes los valores obtenidos en cuanto a consulta con el odontólogo e inmunizaciones vigentes. En cuanto a la prevención odontológica es esperable si se tiene en cuenta que el sistema de Salud Pública se limita a la acción frente a casos de riesgo, no contemplándose los efectos que producen otro tipo de alteraciones desde el punto de vista estético en el plano psicosocial. En lo que concierne a la pareja de la madre adolescente los resultados fueron categorizados como inadecuados en un 100,00% (8), en estos se destaca que ninguno consulta al médico general ni odontólogo por prevención y un 12,25% (1) no tiene las inmunizaciones vigentes.

La salud reproductiva de la madre adolescente resultó en la mayoría de los casos medianamente adecuada en el 55,00% (11) de los casos, en este sentido se identifican factores de riesgo y carencias de relevancia en cuanto al cuidado de la salud. A destacar el 95,00% (19) no se realiza el autoexamen de mama. El 55,00% (11) se realiza el PAP, y de este el 64,00% lo realiza anualmente. El 25,00% (5) no tiene pareja estable y no usan

preservativo. El 50,00% (10) refirieron utilizar preservativo como método anticonceptivo, sólo el 5,00% (1) respondió que el motivo era cuidarse de enfermedades. En cuanto a la planificación del embarazo observamos que el 55,00% (11) fueron planificados, mientras que el 45,00% (9) restante no, estas cifras recobran importancia si consideramos que "las mujeres están identificadas como las cuidadoras principales de la familia, con todo lo que esto implica para su vida personal y social". Surgieron diferencias bastante significativas con la pareja de la madre adolescente en donde el 75,00% (6) es adecuado y el 25,00% (2) inadecuado. Hay que tener en cuenta que la salud reproductiva de los hombres incluye menos aspectos. Se destaca que ningún padre recibió educación sexual formal.

Los resultados obtenidos en cuanto al cuidado de los hijos fueron alentadores, donde el 95,00% (19) es adecuado. Si comparamos estos datos con el cuidado personal de la madre adolescente, nos orienta a pensar que las madres ponen más atención al cuidado de sus hijos que al suyo propio. Sumado a lo que planteamos anteriormente acerca de que las mujeres son consideradas las cuidadoras principales, De La Revilla añade "que en el terreno de la salud se asocia -social y culturalmente- a la mujer como "cuidadora". Como datos a destacar surge que el 40,00% (8) no realizan higiene bucal a sus hijos, la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses se lleva a cabo en el 67,00% de los casos, el 100,00% (20) de las madres controlaban a sus hijos por prevención. En el 10,00% (2) los controles eran inadecuados en frecuencia. El 100,00% de los niños tenían las vacunas vigentes. En cuanto a las medidas para prevenir accidentes las respuestas fueron adecuadas en su mayoría, el dato relevante obtenido fue que para evitar accidentes de tránsito manifestaron: que no hay que dejar salir a los niños en un 55,00% (11); mientras que sólo el 25,00% (5) mencionó la educación como medida de prevención. Estos resultados, que como mencionamos anteriormente, fueron alentadores, cobran importancia en el marco de un estudio reciente del Instituto Nacional de la Mujer y la Familia que dice que, "para una madre adolescente el hijo representa: ...una posesión idealizada, desde el lugar de una adolescente carenciada afectiva y materialmente, tener un hijo es efectivamente TENER".

En la variable consumo de drogas el dato obtenido es que la mayoría consume algún tipo de drogas (cabe acotar que se consideró como drogas tanto a las lícitas e ilícitas), la madre adolescente consume en un 55,00% (11) mientras que las parejas en un 87,00% (7). De los hombres un 87,50% (7) fuman, el 50% (4) consumen alcohol y ninguno refiere consumir otro tipo de drogas. Las madres adolescentes el 55,00% (11) fuman, el 5,00% (1) consume alcohol y el mismo porcentaje refiere consumir otro tipo de drogas (marihuana, cocaína con una frecuencia de 4 veces a la a semana).

CONCLUSIONES

El estudio revela el siguiente perfil familiar: son familias en su mayoría ampliadas, la tercera parte de las madres no tienen pareja actualmente y casi la mitad de los embarazos no fueron planificados.

La mayoría se encuentran por debajo de la línea de indigencia y muestran un pobre entramado de redes sociales, evidenciado esto por el alto porcentaje de deserción del sistema educativo, desocupación laboral, falta de amigos y de participación social barrial (religiosa, deportiva, política, etc.). Destacamos estos aspectos, por ser factores de vulnerabilidad para la salud, condicionando en parte las medidas o acciones de cuidado de la salud que las familias pueden practicar, siendo ambos limitantes para el acceso a la disponibilidad de recursos necesarios para llevar adelante determinadas prácticas.

En cuanto al entorno familiar se evidenció un alto porcentaje de acontecimientos vitales estresantes, predominando: enfermedad e internación, reducción o pérdida de los ingresos, fallecimiento y encarcelación. También se encontraron aunque en menor proporción alcoholismo y drogadicción.

La mayor parte de los padres tanto de la madre adolescente como de su pareja están separados o divorciados. Sólo un tercio de las madres adolescentes son hijas de mujeres que tuvieron su primer hijo también siendo adolescentes.

En lo referente a la idea que manifiestan tener sobre las medidas o acciones de cuidado de la salud, se aprecia que las mismas se limitan a aspectos aislados o fragmentados del concepto, como por ejemplo: controlarse e ir al médico, comer bien, no drogarse, o cuidarse de las enfermedades, entre otras.

Acercas de las medidas o acciones de cuidado de la salud, que realizan tanto la madre adolescente como su pareja, se identificó que el cuidado personal y el control de salud son inadecuados, y una elevada proporción consume drogas; los hábitos nutricionales y la salud reproductiva resultaron medianamente adecuados; y el cuidado de los hijos resultó adecuado.

Los hallazgos revelan un cuidado inadecuado de la salud tanto de la madre como de su pareja, pero en contraposición a esto, el cuidado de los hijos es adecuado en casi la totalidad de los casos.

SUGERENCIAS

Considerando lo concluido acerca de los cuidados de salud, creemos que debería implementarse un Programa de atención para familias conformadas por madres adolescentes, su/sus hijos y/o pareja (si la tuviera). El mismo debería estar focalizado a abordar con una "perspectiva familiar" e integral, los distintos aspectos relativos a la prevención primaria, donde se incluyan además elementos que les permitan mejorar la situación en la que se encuentran, como por ejemplo: realizar actividades en las cuales se les informe –a través de un equipo multidisciplinario- de las posibilidades de reincorporarse al sistema educativo; de posibilidades laborales; de la existencia de instituciones que les brinden servicios que les puedan ser de utilidad; que se pueda conformar un grupo en el cuál puedan intercambiar conocimientos, habilidades y vivencias que les ayuden a transformar no solo el cómo cuidar su salud sino también la de su propia familia. De aquí se desprende la importancia del rol de la Enfermera Comunitaria comprometida en su trabajo en pro de contribuir a lograr una mejor calidad de vida para estas familias.

Creemos que el adecuado cuidado de sus hijos, se debe en parte a que el sistema sanitario ha desarrollado una fuerte política para el control del niño, donde tanto los profesionales como los padres se han comprometido en gran medida; sería muy favorable la implementación de un programa que comprometa de la misma manera al grupo familiar.

Sería de gran importancia estudiar el motivo de esta alta proporción de madres y sus parejas que tienen cuidados inadecuados de salud, y específicamente porque las mujeres no aplican las medidas de cuidado de su salud reproductiva.

Creemos importante la realización de sucesivas investigaciones que aporten más datos para desarrollar futuros planes de acción para estas familias.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- ◇ CALDEYRO, R., CHIRIGLIANO, G., FONSECA, D. *Normas de control periódico de salud del niño de 0 a 14 años. EN: Normas de atención materno-infantil. 2º ed. Montevideo, MSP, Dirección General de la Salud Programa de salud materno-infantil, Comisión Honoraria para la salud materno-infantil, 1988. p. 27-32.*
- ◇ CANALES, F., ALVARADO, E., PINEIDA, E. *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 1ª ed. México, Limusa, OPS/ OMS, 1994.*
- ◇ CANESSA, P., NYKIEL, C. *Manual para la educación integral del adolescente. Washington, OPS/ OMS. División de promoción y protección de salud. Programa de salud de la familia y la población, 1997.*
- ◇ CEA D' ANCONA, M. *Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid, Síntesis, 1996.*
- ◇ DABEZIES, B. *La pareja en los adolescentes montevideanos: aportes descriptivos para su comprensión. EN: PORTILLO, J. El adolescente y su entorno. Montevideo, FNUAP/ IIN/ OEA/ OPS/ OMS, 1990-1991.*
- ◇ DAY, R. *Como escribir y publicar trabajos científicos. 1ª ed. OPS, 1996.*
- ◇ DE LA REVILLA, L., FLEITAS, L. *Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. EN: MARTÍN, A., CANO, J. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4º ed. Madrid. Harcourt- Brace. 199. Pp. 99-113.*
- ◇ DE LA REVILLA, L. *Monografías clínicas en Atención Primaria (7). Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. España. Doyma. 1991.*
- ◇ DE LA REVILLA, L., FLEITAS, L. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar. España. Doyma. 1994.*
- ◇ DE LA REVILLA, L., FLEITAS, L. *Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. EN: ZURRO, A. Atención Primaria. 4º ed. Barcelona. Harcourt. 1999. p. 115-129.*
- ◇ FASSLER, C., HAUSER, P., IENS, I. *Género, familia y políticas sociales. Modelos para armar. Montevideo, Trilce, 1997.*
- ◇ FILGUEIRA, C. *Sobre revoluciones ocultas: la familia en el Uruguay. 1ª ed. Montevideo, CEPAL, 1996.*
- ◇ FRIEDMAN, H. *La salud de los adolescentes. ¿De quién es la responsabilidad? EN: PORTILLO, J. /et.al/. La adolescencia. Salud y Enfermedad. Oficina del Libro. AEM. 1992. p. 37-46*

- ◇ GABA, R. /et.al./ *Una experiencia institucional. EN: Prevención y Atención de la maternidad adolescente, Montevideo, INAME, IMM, UNICEF, 1998. p. 9-33.*
- ◇ HERNÁNDEZ, A. *Familia y adolescencia. Manual de aplicación de instrumentos e instrumento abreviado. 2ª ed. Washington, OPS/ OMS, 1999.*
- ◇ HERNÁNDEZ, S., FERNÁNDEZ, C., BAPTISTA, P. *Metodología de la investigación. 2ª ed. Colombia, McGraw-Hill, 1998.*
- ◇ KAZTMAN, R. *Activos y estructuras de oportunidades. Estudio sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay. 1ª ed. Montevideo, PNUD/ CEPAL, 1999.*
- ◇ KAZTMAN, R., FILGUEIRA, F. *Panorama de la infancia y la familia en Uruguay. Montevideo, IPES, 2001.*
- ◇ KOZIER, B. *Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas. 4ª ed. Madrid, Interamericana, 1993.*
- ◇ KOZIER, B. *Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. 5ª ed. Mexico, McGraw-Hill Interamericana, 1997.*
- ◇ POLIT, D., HUNGLER, H. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ª ed. Madrid, Interamericana, 1999.*
- ◇ PORTILLO, J., MARTINEZ, J., BANFI, M. *La Adolescencia. Montevideo, Banda Oriental, 1993.*
- ◇ PORTILLO, J. *La Sexualidad de los Adolescentes. Montevideo, Banda Oriental, 1992.*
- ◇ SCHWARCZ, R. /et.al./ *Salud reproductiva materna perinatal y de parto de bajo riesgo. Montevideo, CLAP-OPS/OMS, 1995.*
- ◇ SERRANO, C. *El enfoque de riesgo y la salud reproductiva del adolescente. EN: PORTILLO, J., MARTINEZ, J., BANFI, M. La adolescencia. Salud y Enfermedad/2. Montevideo, Facultad de Medicina-FNUAP-OPS/OMS. 1992. p. 9-17.*

Autores Institucionales:

- ◇ COMISIÓN HONORARIA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. *Reseña sobre el fomento de hábitos que contribuyen a la promoción de la salud y a la prevención del cáncer. Montevideo, MSP, 2002.*
- ◇ URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Conceptos básicos en Salud Reproductiva. Cumbre mundial sobre Población y Desarrollo, El Cairo. Cumbre mundial sobre Situación de la Mujer, Beijing. Proyecto maternidad-paternidad elegida. Montevideo, 1999.*
- ◇ URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Programa Setiembre. Síntesis. Lineamientos programáticos preliminares. Montevideo, 2002.*

Artículos de publicaciones periódicas:

- ◇ **CURTO, S.** *Inmunizaciones.* EN: UNICEF. *Temas de Salud (II).* *Guía de salud para educadores y docentes.* 1994, p. 31-43.
- ◇ **FERNANDEZ, A.** *Quinientos mil uruguayos no cubrieron sus necesidades básicas en 2001.* *Economía y mercado.* *Diario El País.* 7 (343): 4-5.
- ◇ **GONZALEZ, M.** *Alimentación del niño mayor.* EN: UNICEF. *Temas de Salud (II).* *Guía de salud para educadores y docentes.* 1994, p. 31-43.
- ◇ **ICART, M., CAJA, C.** *Protocolo de investigación.* EN: *Revista Rol de Enfermería,* 1992, 152: 11-16.
- ◇ **SANTI, L., SERRA, M.** *El embarazo adolescente.* EN: UNICEF. *Temas de Salud (I).* *Guía de salud para educadores y docentes.* p. 19-25.

ANEXOS

	<i>Pág.</i>
<i>N° 1: Cuestionario</i>	54.
<i>1a Instructivo del cuestionario</i>	58.
<i>1b Instrucciones para construir el Familiograma</i>	59.
<i>1c Consentimiento informado</i>	61.
<i>N° 2: Escala de Holmes y Rahe</i>	62.
<i>N° 3: Referencias y definiciones de índices de variables</i>	63.
<i>N° 4: Tabulación de datos obtenidos</i>	71.

CUESTIONARIO

1. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA (Familiograma).

2. ASPECTOS ECONÓMICOS Y CULTURALES

- A) Madre Adolescente: Nivel de instrucción: Situación laboral:
Pareja de la madre: Nivel de instrucción: Situación laboral:
Hijos: Escolarización:
- B) Ingresos en el hogar:
- C) Referente económico de la familia:
- D) Apoyo alimenticio complementario: Canasta de alimentos: Si No Concurren a comedor: Si No
¿Quiénes?

3. ASPECTOS PSICOEMOCIONALES Y SOCIALES.

- A) Sucesos Vitales Estresantes. (Ocurridos en el último año; especificar la situación y respecto a quién)
- Fallecimiento Divorcio Separación Encarcelación Emigración
Enfermedad Internación Problemas sexuales Drogadicción Alcoholismo
En relación a los hijos: Problemas escolares Problemas conductuales
Mudanza Desalojo
Cambio de trabajo Seguro de paro Pérdida de trabajo Jubilación Pensión
Relaciones familiares conflictivas Violencia
Reducción de los ingresos Pérdida de los ingresos
Embarazo Nacimiento Incorporación de un nuevo miembro a la familia
- B) Satisfacción con los aspectos de la vida.
- Satisfecha con su familia: Si No ¿Porqué?
- Satisfecha consigo misma: Si No ¿Porqué?
- Satisfecha con sus amigos: Si No ¿Porqué?
- C) Participación Social Barrial: Vecinal Religiosa Deportiva Política Otras:
- D) ¿Realiza actividades con amigos? Si No ¿Cuáles?

4. PREGUNTAS ABIERTAS.

A) ¿Considera que la maternidad cambió sus planes o proyectos de vida? ¿De qué forma?

B) ¿Qué planes tiene para el futuro?

C) ¿Qué entiende por medidas o acciones de cuidado de la salud?

E) Prevención de cáncer cervico-uterino y mamario:

- a) ¿Realiza el autoexamen de mamas? Si No
Frecuencia: Nunca Ocasionalmente Mensualmente
- b) ¿Se ha realizado el Papanicolau? Si No
Frecuencia: Nunca Ocasionalmente Anualmente

5. CONSUMO DE DROGAS.

Tabaco: Si No Alcohol: Si No Otras: ¿Cuáles? Frecuencia:

CUIDADO DE LOS HIJOS

CUIDADOS HIGIENICOS Y EJERCICIO FÍSICO.

- A) Lavado de manos: Ocasionalmente < 3 v/día Antes c/ comida y después de ir al baño
- B) Baño corporal: Ocasionalmente < 3 v/sem 1 vez/ día
- C) Cepillado dental: Ocasionalmente 1 vez/día Después c/ comida y antes de dormir

CONTROL DE SALUD.

- A) Pediatra: 1. Motivo: Por enfermedad Por prevención
Edad:, Nº de controles:; Fecha del último Control:/...../.....
2. Motivo: Por enfermedad Por prevención
Edad:, Nº de controles:; Fecha del último Control:/...../.....
3. Motivo: Por enfermedad Por prevención
Edad:, Nº de controles:; Fecha del último Control:/...../.....

B) Inmunizaciones: Vigentes No vigentes Motivo:

MEDIDAS PARA PREVENIR ACCIDENTES.

- a) ¿Dónde y como guarda los productos de limpieza y/o medicación?
.....
- b) ¿Dónde y como guarda los elementos corto punzantes y/o armas?
.....
- c) ¿Aplica alguna medida de cuidado en relación a las puertas, ventanas y escaleras?
.....
- d) ¿Aplica alguna medida de cuidado en relación a los enchufes?
.....
- e) ¿E/los niños acceden a la cocina si supervisión de un adulto?
.....
- f) ¿Qué cuidados tiene con la garrafa de supergás?
.....
- g) ¿Qué medidas aplica para prevenir los accidentes de tránsito?
.....

PAREJA DE LA MADRE ADOLESCENTE

1. CUIDADO PERSONAL

- A) Lavado de manos: Ocasionalemente < 3 v/día Antes c/ comida y después de ir al baño
- B) Baño corporal: Ocasionalemente < 3 v/sem 1 vez/ día
- C) Cepillado dental: Ocasionalemente 1 vez/día Después c/ comida y antes de dormir
- D) Frecuencia con que realiza ejercicio físico: ¿Cuál?
Nunca < 4 veces/ sem > 3 veces/sem Diariamente

2. HÁBITOS NUTRICIONALES

- A) ¿Cómo considera USTED que es su alimentación?
Adecuada Medianamente adecuada Inadecuada
- B) N° de comidas diarias: 1 2 o 3 4
- C) Realiza Dietas: Si No
Por indicación médica: Si No
Por voluntad propia: Para disminuir de peso Para aumentar de peso

3. CONTROL DE SALUD

- A) Médico Gral: Motivo: Por enfermedad Por prevención
Frecuencia: Nunca Según enfermedad/> 2 años Anualmente
- B) Odontólogo: Motivo: Por enfermedad Por prevención
Frecuencia: Nunca Según enfermedad/> 2 años Anualmente
- C) Especialistas: ¿Cuál?
Motivo: Por enfermedad Por prevención
- D) Inmunizaciones: Vigentes No vigentes Motivo:

4. SALUD REPRODUCTIVA

- A) Educación Sexual: Ninguna Informal Formal
- C) Planificación familiar: Utiliza métodos anticonceptivos: Si No
¿Cuál?..... Motivo:
- D) Prevención de ETS:
a) ¿Tiene pareja estable? Si No
b) ¿Utiliza preservativo? Si No

5. CONSUMO DE DROGAS

Tabaco: Si No Alcohol: Si No Otras: ¿Cuáles? Frecuencia:

6. PREGUNTAS ABIERTAS

A) ¿Considera que tener a su/sus hijos cambió sus planes o proyectos de vida? ¿De qué forma?

B) ¿Qué planes tiene para el futuro?

C) ¿Qué entiende por medidas o acciones de cuidado de la salud?

Anexo Ia
INSTRUCTIVO DEL CUESTIONARIO

** La entrevista está dirigida a la madre adolescente y a su pareja. Los mismos serán entrevistados en su domicilio, el cual obtendremos en la Policlínica.*

** El encuestador se identificará explicando a la madre adolescente lo relativo a la investigación mediante el consentimiento informado.*

** El cuestionario será completado por el investigador.*

** El cuestionario se identificará con un número con el fin de llevar un control.*

** Las preguntas relacionadas con la caracterización de la familia (hoja 1 del cuestionario) serán realizadas a la madre adolescente.*

** En las preguntas abiertas se registrará todo lo que los encuestados respondan en forma exacta.*

** En aquellos casos que las madres no quieran contestar, se registrará como que no contestan.*

** Al final de la encuesta se entregan folletos con información acerca de los cuidados de salud con la finalidad de brindar información y como agradecimiento por haber contribuido a nuestro trabajo.*

Anexo 1b

INSTRUCCIONES PARA CONSTRUIR EL FAMILIOGRAMA

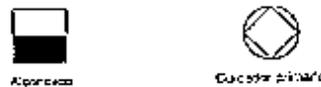
Este instrumento se basa en la utilización de figuras que representan figuras y líneas, que describen sus relaciones. Es necesario que estén representadas por lo menos 3 generaciones.

Es necesario como propuso Jolly, utilizar instrucciones y símbolos estandarizados, que permitan universalizar el instrumento para facilitar su uso, de manera que los datos expuestos en el Genograma puedan ser leídos o interpretados por cualquier persona. Utilizaremos los símbolos propuestos por McGoldrick y Gerson.

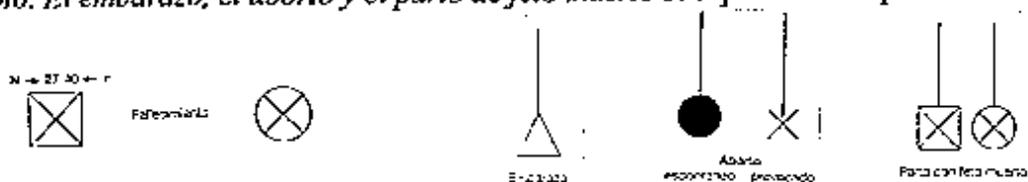
Los miembros de la familia se representan con un cuadrado o con un círculo, según su género (hombre y mujer respectivamente). Al usuario identificado o persona índice, alrededor del cuál se construye el Genograma, se le reconoce por una doble línea.



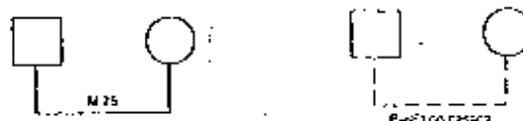
La persona alcohólica y el cuidador primario se reconocerán por los símbolos expuestos a continuación:



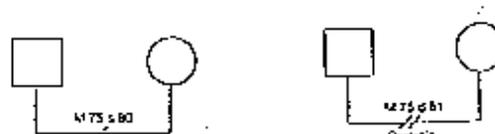
Para señalar el fallecimiento de cada miembro de la familia se colocará una X dentro del símbolo. El embarazo, el aborto y el parto de feto muerto se representarán por:



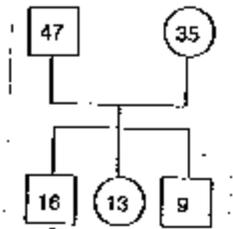
El matrimonio se reconoce por 2 líneas verticales unidas por una horizontal. Sobre la barra horizontal se indica la fecha del matrimonio. La unión de las parejas de hecho se dibujan con una línea discontinua:



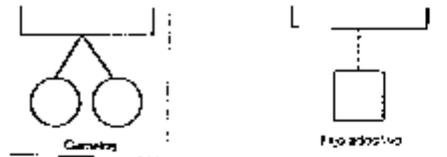
Para indicar la interrupción del matrimonio se dibujará sobre la línea horizontal unas burras inclinadas, una para la separación y dos para el divorcio.



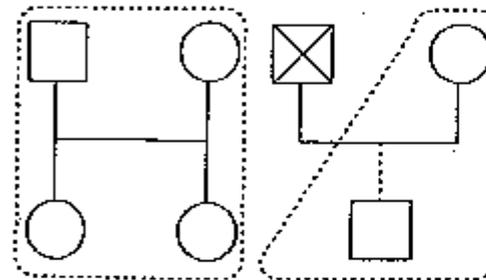
Cuando la pareja tiene hijos estos se representan uniéndolos con una línea vertical a la horizontal del matrimonio:



Para representar a los gemelos e hijos adoptivos se utilizarán:



Para señalar las personas que viven en el mismo hogar se trazará una línea discontinua alrededor de todas ellas.



En cuanto a los datos demográficos, la edad se colocará dentro del símbolo de cada miembro, la fecha de nacimiento y la muerte que se situarán encima del símbolo correspondiente y las ocupaciones o la profesión que se situará a la derecha de cada símbolo.

Los problemas de salud deben anotarse colocando la patología o el problema referido a la derecha del símbolo que se trate.

Es muy importante que estén representadas las relaciones entre los miembros de la familia. Cuando estas sean muy complejas resulta útil presentarlas en un genograma aparte.

El Familiograma o Genograma se construye a través de una entrevista individual o familiar que sigue una determinada línea argumental y que tiene determinadas claves previamente establecidas, para facilitar y estimular el relato de aquellos acontecimientos significativos e incluso traumáticos de la historia familiar.

En la información contenida en el genograma se encuentran datos de distinta naturaleza y de diferente valor en cada situación clínica. Su utilidad para generar y contrastar hipótesis diagnósticas depende de su lectura sistemática interpretando y clasificando secuencialmente diferentes tipos de información. La lectura debe ser ordenada y metódica, iniciándose por ejemplo, con el estudio de la estructura, la tipología y el subsistema fraternal, pasando por el ciclo vital de la familia hasta llegar a las pautas relacionales.

Anexo 1c

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de Licenciatura en Enfermería (Nurse) de la Universidad de la República. Nuestro Instituto se encuentra en el tercer piso del Hospital de Clínicas. Estamos realizando el último trabajo de nuestra carrera: LA TESIS.

La misma trata sobre las medidas o acciones de cuidado de salud de las familias de madres adolescentes.

La entrevista que le realizaremos nos proporcionará los datos necesarios para nuestro trabajo. Le haremos preguntas sobre su familia, sobre datos personales, aspectos económicos, culturales, y sobre los cuidados de salud que realizan.

La entrevista durará aproximadamente 20 minutos.

Usted fue seleccionada junto con 20 mujeres más que se atienden en la Policlínica "La Paloma" para participar en la investigación.

Es totalmente voluntaria. Aún luego de iniciada la misma puede rehusarse a responder cualquier pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento.

Sus respuestas serán anónimas, no serán reveladas a nadie. Si se rehúsa a responder alguna pregunta no se verá afectada la atención que se le brinda en la Policlínica.

El estudio será un gran aporte para nosotros como estudiantes y para la Policlínica ya que les permitirá conocer un poco más las características de la población que se atienden en ella.

MUCILAS GRACIAS

ANEXO N° 2

ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL

(HOLMES Y RAHE)

1) Muerte del cónyuge	100	23) Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
2) Divorcio	73	24) Hijo o hija que deja el hogar	29
3) Separación matrimonial	65	25) Problemas legales	29
4) Encarcelación	63	26) Logro personal notable	28
5) Muerte de un familiar cercano	63	27) La esposa comienza o deja de trabajar	26
6) Lesión o enfermedad personal	53	28) Comienzo o fin de la escolaridad	26
7) Matrimonio	50	29) Cambios en las condiciones de vida	25
8) Despido del trabajo	47	30) Revisión de hábitos personales	24
9) Paro	47	31) Problemas con el jefe	23
10) Reconciliación matrimonial	45	32) Cambio de turno o de condiciones laborales	20
11) Jubilación	45	33) Cambio de residencia	20
12) Cambio de salud de un miembro de la familia	44	34) Cambio de colegio	20
13) Drogadicción y/o alcoholismo	44	35) Cambio de actividades de ocio	19
14) Embarazo	40	36) Cambio de actividades sociales	18
15) Dificultades o problemas sexuales	39	37) Cambio de hábito de dormir	17
16) Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39	38) Cambio en el número de reuniones familiares	16
17) Reajuste de negocio	39	39) Cambio de hábitos alimentarios	15
18) Cambio de situación económica	38	40) Vacaciones	13
19) Muerte de un amigo íntimo	37	41) Navidades	12
20) Cambio en el tipo de trabajo	36	42) Leves transgresiones a la ley	11
21) Mala relación con el cónyuge	35		
22) Juicio por crédito o hipoteca	30		

ANEXO N° 3

REFERENCIAS Y DEFINICIONES DE INDICES DE VARIABLES

1. *Tipología familiar.*
2. *Ingresos en el hogar.*
3. *Normas de controles periódicos de salud.*
4. *Inmunizaciones.*
5. *Prevención de accidentes en el hogar.*

1. Tipología familiar.

Clasificación de la familia centrada en la familia nuclear.

Familia nuclear: es un subsistema social que consta de 2 adultos de sexos distintos que ejercen el papel de padres de uno o más niños (hasta 4).

A estas características le añadimos algunas peculiaridades que permiten la siguiente subclasificación:

Familia nuclear numerosa: le damos esta denominación a la familia que tiene 5 o más hijos.

Familia nuclear ampliada: bajo este epígrafe se incluyen las familias que viven con otras personas sean parientes o no.

Familia binuclear: uno de los cónyuges o ambos son divorciados.

Familia monoparental: está constituida por un solo cónyuge y sus hijos.

Familia monoparental ampliada: familias monoparentales que viven con otras personas sean parientes o no.

Fuente: DE LA REVILLA, I., FLEITAS, L. La familia como sistema social regulador. EN: DE LA REVILLA, J. Monografías clínicas en Atención Primaria (7). Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. España. Doyma. 1991. p. 21-25.

2. Ingresos en el hogar.

Las estimaciones de pobreza pueden clasificarse a partir de 2 grandes metodologías. Las calculadas a partir de la satisfacción de las necesidades básicas, y las calculadas por el método del ingreso –utilizada por el Instituto nacional de Estadística y Censo- (INE).

Para establecer categorías a estas variables nos basamos en las definiciones metodológicas realizadas por el INE en el año 1997 de canasta básica de alimentos, línea de indigencia y línea de pobreza.

Canasta básica de alimentos: es el valor monetario asociado a los requerimientos alimenticios por persona y por mes. Este valor es de 914 pesos uruguayos/ persona/ mes para habitantes de Montevideo (último valor disponible: diciembre de 2002).

Línea de indigencia: representa el ingreso requerido solamente para cubrir las necesidades alimenticias. Un hogar con ingresos menores a dicha línea no estaría en condiciones de satisfacer sus necesidades básicas en términos de alimentos. Este valor corresponde al de la canasta básica de alimentos/ persona/ mes.

Línea de pobreza: representa el ingreso requerido para cubrir las necesidades alimenticias y satisfacer ciertas necesidades. La metodología del INE para realizar este cálculo es tomar en cuenta los gastos no alimenticios que efectivamente realizan los hogares..., dependiendo del tamaño y la composición del hogar, se emplean coeficientes específicos por hogar de bienes y servicios no alimentarios. Un hogar con ingresos menores a dicha línea se clasifica como pobre.

Nº personas	Línea de indigencia	Línea de pobreza	Nº personas/914 pesos	Porcentaje
1	1 x 914	914	1 x 914 x 3,04	2779
2	2 x 914	1828	2 x 914 x 3,04	5557
3	3 x 914	2742	3 x 914 x 3,04	8336
4	4 x 914	3656	4 x 914 x 3,04	11114
5	5 x 914	4570	5 x 914 x 2,75	12567
6	6 x 914	5484	6 x 914 x 2,75	15081
7	7 x 914	6398	7 x 914 x 2,75	17594
8	8 x 914	7312	8 x 914 x 2,75	20108
9	9 x 914	8226	9 x 914 x 2,75	22621
10	10 x 914	9140	10 x 914 x 2,75	25135

Fuente: FERNANDEZ, A. Quinientos mil uruguayos no cubrieron sus necesidades básicas en 2001. Economía y mercado. Diario El País. 7 (343): 4-5.

3. Normas de controles periódicos de salud.

- a. Control periódico de salud en el niño de 0 a 14 años.
- b. Control periódico del adulto.
- c. Control periódico ginecológico.

a. Control periódico de salud en el niño de 0 a 14 años.

Realizado por el Programa de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública con la participación de los miembros de la Comisión Honoraria para la Salud Materno Infantil del Ministerio de salud Pública.

Introducción

A través de la normatización de los controles periódicos del niño se da cumplimiento a la necesidad de determinar específicamente las formas y contenidos de las prestaciones a brindar por los servicios de salud materno-infantil, precisando las acciones de prevención y determinando las finalidades, condiciones, características y frecuencia de los controles periódicos del niño.

Se han considerado los siguientes aspectos de la normatización:

I) Que los usuarios del servicio de salud materno-infantil se beneficien con el control periódico de su estado de salud con la finalidad de la promoción y protección de la salud y la detección de posibles afecciones en los distintos grupos de edad y riesgo, procurando un tratamiento oportuno.

II) Que es conveniente concentrar el esfuerzo en las acciones de promoción y prevención de la salud del niño, tendiendo a asegurar el adecuado control perinatal, de crecimiento y desarrollo y de protección contra las enfermedades más frecuentes en la infancia, edad preescolar, escolar y adolescencia.

III) Que la frecuencia y características de los controles pueden determinarse en relación a los grupos de edad del niño y así mismo ajustarse según presencia de factores de riesgo.

IV) Que resulta de primordial importancia para la planificación de la actividad y la toma de decisiones en la organización de los servicios el conocer el perfil sanitario a la población a asistir.

Las disposiciones legales y reglamentarias que se han tenido en cuenta son:

I) A lo dispuesto en las ordenanzas 43/83 de 8 de Noviembre de 1983 y 8/85 de fecha 6 de Febrero de 1985 relativas al Programa de Salud Materno-infantil del Ministerio de Salud Pública.

II) La ley 14.852 de fecha 13 de Diciembre de 1978 relativa al Carné de Salud del Niño.

III) Los artículos 15° y 16° de la ley 15.181 de 21 de Agosto de 1981 y el Decreto N° 86/983 de 22 de Marzo de 1983, artículos 1° y 2°.

Por lo que el Programa de Salud Materno-infantil del Ministerio de Salud Pública propone las siguientes normas:

*Según grupo de riesgo: se realizará la pesquisa de riesgos de morbimortalidad de cada grupo de edades, realizando acciones tendientes al control de las distintas causas de morbilidad y mortalidad, para lo cual se podrá aumentar la frecuencia de controles.

PARA CONTROL DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO												
Meses de vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Frecuencia de controles (mínimo)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)			(+)			(+)

PARA CONTROL DEL NIÑO MAYOR DE UN AÑO				
Años de vida	2		3	4 y más
Frecuencia de controles (mínimo)	(+) (+)		(+) (+)	(+)

Fuente: CALDEYRO, R., CHIRIGLIANO, G., FONSECA, D. Normas de control periódico de salud del niño de 0 a 14 años. EN: Normas de atención materno-infantil. 2° ed. Montevideo, MSP, Dirección General de la Salud Programa de salud materno-infantil, Comisión Honoraria para la salud materno-infantil, 1988. p. 27-32.

b. Control periódico del adulto.

Control con medicina general: la consulta es anual.

Control odontológico: la consulta es anual.

c. Control periódico ginecológico.

En la mujer embarazada.

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con el control prenatal se persigue:

- * la detección de enfermedades maternas subclínicas,
- * la prevención, el diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo,
- * la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal,
- * la disminución de las molestias y síntomas asociados el embarazo,
- * la preparación psicofísica para el nacimiento,

* *la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.*

Un control prenatal eficiente debe cumplir con 4 requisitos básicos: precoz, periódico, completo y de amplia cobertura.

Precoz: "la primera visita debe realizarse temprano, en lo posible durante el primer trimestre de gestación..."

Periódico: la frecuencia de los controles prenatales varían según el riesgo que presente la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo.

*Cronología de las consultas prenatales: * Primera: antes de las 20 semanas.*

** Segunda: entre la semana 22 y 24.*

** Tercera: entre la semana 27 y 29.*

** Cuarta: entre la semana 33 y 35.*

** Quinta: entre la semana 38 y 40.*

Fuente: SCHWARCZ, R. /et.al./ Salud reproductiva materna perinatal y de parto de bajo riesgo. Montevideo, CLAP-OPS/OMS, 1995. p. 19-24.

En la mujer puérpera.

*Cronología de las consultas puerperales: * Primera: a los 7-10 días post parto.*

** Segunda: a los 40 días post parto.*

** Tercera: a los 60 días post parto.*

Fuente: PROGRAMA SETIEMBRE. Sitests. Lineamientos programáticos preliminares. Montevideo, MSP, 2002.

En la mujer no embarazada-no puérpera.

Citología exfoliativa "Papanicolau": Si bien "el médico es el que fija el tiempo en que debe realizarse y repetirse el examen en base a la edad, actividad sexual y antecedentes de cada mujer", es considerado adecuada la realización del mismo en forma anual.

Autoexamen de mama: "Se sugiere que toda mujer practique el examen de mama y que la frecuencia para realizarlo sea mensual, preferentemente en forma inmediata después de la menstruación".

Fuente: COMISIÓN HONORARIA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Reseña sobre el fomento de hábitos que contribuyen a la promoción de la salud y a la prevención del cáncer. Montevideo, MSP, 2002.

4. Inmunizaciones.

Fundamentos legales vigentes

El PAI se establece en Uruguay a partir del decreto-ley N° 15.272 del 4 de Mayo de 1982. Esta norma establece:

Artículo 1°:

Declarase obligatoria la administración a la población de las vacunas que a continuación se detallan: Antidifétrica, Antiparotídica (Paperas), Antipertussis (Tos convulsa), Antipoliomelítica, Antirrubéólica, Antisarampionosa, Antitetánica y Antituberculosa.

Artículo 2°:

El Poder Ejecutivo reglamentará a través del Ministerio de Salud Pública, mediante un plan nacional de vacunación, la administración a la población de las vacunas antes mencionadas de acuerdo a las especiales necesidades de individuos y grupos, así como las situaciones de excepciones tanto individuales como colectivas en la aplicación del mencionado plan.

La reglamentación de este decreto-ley, tal como se determina en su artículo 2° corresponde al Ministerio de Salud Pública y se estableció por vía del decreto del poder Ejecutivo N° 204/982 (y posteriores modificaciones), donde entre otras disposiciones se detalla el cronograma de dosis para cada vacuna y para cada edad:

Ministerio de Salud Pública
Dirección de Epidemiología
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Cronograma de vacunaciones habituales según edades de vacunación recomendada

VACUNAS	EDADES											
	MESSES						AÑOS					
	0	1	2	3	4	5	6	12	5	12	a/10	
BCG	*									*		
DPT			*		*		*	*	*			
Pollo			*		*		*	*				
Hib*			*		*		*	*				
SRP								*	*			
dT										*		
TT**											*	

*Vacuna Anti-Haemophilus Tipo B.

**particular atención en las embarazadas

Fuente: CURTO, S. Inmunizaciones. EN: UNICEF. Temas de Salud (II). Guía de salud para educadores y docentes. 1994. p. 31-43.

5. Prevención de accidentes en el hogar.

Respuestas consideradas adecuadas para las medidas de prevención de accidentes en los niños.

a. En muebles altos o cerrados con llave o alguna tranca. Los productos de limpieza deben estar en recipientes que no sean de líquidos o alimentos de consumo y rotulados.

b. En muebles altos o cerrados con llave o alguna tranca. Las armas deben estar descargadas y bajo llave.

c. Las puertas y ventanas sin rejas que comunican al exterior o que están a altura del suelo (ej: segundo piso) deben estar cerradas, las escaleras deben tener barandas y protección, ej: portón.

d. Los enchufes deben estar en condiciones, esto es con tapa y sin cables pelados, además de estar altos o tapados con muebles.

e. Deben estar alejados de la fuente de calor, bajo la supervisión de un adulto.

f. Debe estar con la llave de paso cerrada y dentro de lo posible fuera de la casa.

g. Le enseñan/ enseñarían la forma correcta de cruzar la calle, las señales de tránsito, etc. Mantenerlo vigilado mientras juega tanto adentro como fuera de la casa.

ANEXO N° 4

TABULACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

▪ ESTRUCTURA FAMILIAR

Tabla N° 1: Tipología familiar.

Tipología familiar	FA	FR%
Nuclear	3	15,00%
Nuclear Ampliada	11	55,00%
Monoparental Ampliada	6	30,00%
N	20	100,00%

- Media del número de miembros de la familia: 5,50. Desvío Estándar: ± 2,20.

Tabla N° 2: Edad de la madre adolescente.

Edad de la madre adolescente	FA	FR%
15 - 16 años	3	15,00%
17 - 18 años	9	45,00%
19 años	8	40,00%
N	20	100,00%

- Media de la edad de la madre adolescente: 17,80. Desvío Estándar: ± 1,12.

Tabla N° 3: Edad de la pareja de la madre adolescente.

Edad de la pareja	FA	FR%
15 - 19 años	4	26,67%
20 - 30 años	9	60,00%
Más de 30 años	2	13,33%
N	15	100,00%

- Media de la edad de la pareja de la madre adolescente: 24,47. Desvío Estándar: ± 8,49.

Tabla N° 4: Estado civil de los padres de la madre adolescente.

Estado Civil de los padres de la madre adolescente	FA	FR%
Casados	7	35,00%
Viuda/o	2	10,00%
Divorciados/ Separados	11	55,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 5: Estado civil de los padres de la pareja de la madre adolescente.

Estado Civil de los padres de la pareja	FA	FR%
Soltera/o	1	6,67%
Viuda/o	2	13,33%
Divorciados/ Separados	4	26,67%
Sin dato	8	53,33%
N	15	100,00%

Tabla N° 6: Número de Hijos de la madre adolescente.

N.º de hijos de la madre	FA	FR%
1	17	85,00%
2	3	15,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 7: Edad de los hijos de la madre adolescente.

Edad de los hijos	FA	FR%
Menor de 6 meses	9	39,13%
De 6 meses a 12 meses	7	30,43%
1 año	3	13,04%
2 años	3	13,04%
4 años y más	1	4,36%
N	23	100,00%

Tabla N° 8: Madres adolescentes cuya madre también fue madre adolescente.

Madre adolescente: hijo de madre también adolescente	FA	FR%
Si	7	35,00%
No	13	65,00%
N	20	100,00%

▪ **ASPECTOS ECONÓMICOS Y CULTURALES**

Tabla N° 9: Nivel de instrucción de la madre adolescente.

Nivel de instrucción	FA	FR%
No curso primaria	1	5,00%
Primaria incompleta	1	5,00%
Primaria completa	8	40,00%
Secund./UTU incompleta	10	50,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 10: Nivel de instrucción de la pareja de la madre adolescente.

Nivel de instrucción	FA	FR%
Primaria incompleta	1	6,67%
Primaria completa	9	60,00%
Secund./UTU incompleta	4	26,66%
Secundaria/UTU completa	1	6,67%
N	15	100,00%

Tabla N° 11: Situación laboral de la madre adolescente.

Situación laboral	FA	FR%
Desocupada	18	90,00%
Changas	2	10,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 12: Situación laboral de la pareja de la madre adolescente.

Situación laboral	FA	FR%
Desocupado	3	20,00%
Empleado	6	40,00%
Changas	6	40,00%
N	15	100,00%

Tabla N° 13: Ingresos en el hogar.

Ingresos en el hogar	FA	FR%
Por debajo de la línea de indigencia	18	90,00%
Por debajo de la línea de pobreza	2	10,00%
N	20	100,00%

- **Media de ingresos en el hogar:** 1.955,00 pesos uruguayos. **Desvto Estándar:** ± 1284,31.

Tabla N° 14: Referente económico de la familia

Referente económico	FA	FR%
Pareja de la madre adolescente	12	60,00%
Padres de la madre adolescente	7	35,00%
Otros	1	5,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 15: Apoyo alimenticio complementario.

Apoyo Alimenticio	FA	FR%
Reciben canasta de alimentos	13	65,00%
No reciben canasta de alimentos y no concurren a comedor	7	35,00%
N	20	100,00%

ASPECTOS PSICOEMOCIONALES Y SOCIALES

Tabla N° 16: Ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes en el último año.

Acontecimientos vitales estresantes	FA	FR%
Si	17	85,00%
No	3	15,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 17: Número de acontecimientos vitales estresantes ocurridos en el último año.

Acontecimientos vitales estresantes	FA	FR%
1	2	11,76%
2	4	23,53%
3	3	17,65%
4	4	23,53%
Más de 4	4	23,53%
N	17	100,00%

Tabla N° 18: Acontecimientos vitales estresantes ocurridos en el último año.

Acontecimiento vital estresante	FA	FR%
Fallecimiento	6	30,00%
Divorcio/ separación	4	20,00%
Encarcelación	6	30,00%
Emigración	3	15,00%
Enfermedad/ internación	10	50,00%
Drogadicción	3	15,00%
Alcoholismo	4	20,00%
Mudanza	2	10,00%
Seguro de paro	1	5,00%
Pérdida de trabajo	4	20,00%
Jubilación/ pensión	1	5,00%
Rel. familiares conflictivas	3	15,00%
Reducción/ pérdida de ingresos	7	35,00%
Embarazo/ nacimiento	4	20,00%

* En cada caso el N=20.

Tabla N° 19: Satisfacción de la madre adolescente con su familia.

Satisfacción con la familia	FA	FR%
Si	17	85,00%
No	3	15,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 20: Motivo por el cual la madre adolescente esta satisfecha con su familia.

Motivo por el cual esta satisfecha	FA	FR%
Se siente bien/ se siente feliz	5	29,42%
Se siente apoyada/ la ayudan con todo/ la ayudan con el bebe	6	35,29%
Se llevan bien/ están juntos/ es la familia que queria	4	23,53%
A veces están bien y a veces están mal	1	5,88%
No sabe/ no contesta	1	5,88%
N	17	100,00%

Tabla N° 21: Motivo por el cual la madre adolescente no esta satisfecha con su familia.

Motivo por el cual no esta satisfecha	FA	FR%
No se preocupan por ella	1	33,33%
Le gustaria vivir sola con su pareja y con su hijo	1	33,33%
Extraña a su pareja que está en la cárcel	1	33,34%
N	3	100,00%

Tabla N° 22: Satisfacción de la madre adolescente consigo misma.

Satisfacción consigo misma	FA	FR%
Si	19	95,00%
No	1	5,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 23: Motivo por el cual la madre adolescente esta satisfecha consigo misma.

Motivo por el cual esta satisfecha	FA	FR%
Porque es madre	5	26,31%
Porque no esta mal ni bien/ podria estar peor	2	10,53%
Se siente bien	6	31,58%
No sabe/ no contesta	6	31,58%
N	19	100,00%

- Motivo por el cual la madre adolescente no esta satisfecha consigo misma: 100,00% (1): porque depende de la ayuda de los demás.

Tabla N° 24: Satisfacción de la madre adolescente con sus amigos.

Satisfacción con sus amigos	FA	FR%
Si	10	50,00%
No	10	50,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 25: Motivo por el cual la madre adolescente esta satisfecha con sus amigos.

Motivo por el cual esta satisfecha	FA	FR%
Se siente bien con ellos	4	40,00%
Se siente apoyada/ se siente querida	5	50,00%
Tienen una buena relación	1	10,00%
N	10	100,00%

Tabla N° 26: Motivo por el cual la madre adolescente no esta satisfecha con sus amigos.

Motivo por el cual no esta satisfecha	FA	FR%
No tiene amigos	6	60,00%
No se siente apoyada	1	10,00%
No sabe/ no contesta	3	30,00%
N	10	100,00%

- El 100,00% (15) de las madres adolescentes dicen estar satisfechas con su pareja.

Tabla N° 27: Motivo por el cual la madre adolescente esta satisfecha con su pareja.

Motivo por el cual esta satisfecha	FA	FR%
Se siente bien/ están bien/ están bien juntos/ se llevan bien	3	20,00%
Son felices/ se quieren/ el la quiere a ella y a su hija	4	26,66%
Hace años que están juntos, siempre estuvo con el	1	6,67%
El la ayuda	1	6,67%
La trata bien	2	13,33%
Es buen padre	1	6,67%
Es compañero	1	6,67%
No sabe/ no contesta	2	13,33%
N	15	100,00%

Tabla N° 28: Participación social barrial

Participación Social Barrial	FA	FR%
Religiosa	2	10,00%
Otras	1	5,00%
Ninguna	17	85,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 29: Actividades con amigos.

Actividades con amigos	FA	FR%
Si	3	15,00%
No	17	85,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 30: Cambios en sus planes o proyectos de vida por la maternidad.

Cambios en sus planes o proyectos de vida	FA	FR%
Si	12	60,00%
No	8	40,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 31: Motivo por el cual cambiaron sus planes o proyectos de vida.

Motivo por el cual cambiaron sus planes o proyectos	FA	FR%
Tuvo que dejar de estudiar/ no puede trabajar	2	16,67%
No puede salir más a los bailes/ no puede salir con amigos	2	16,67%
Le cambio la rutina	1	8,33%
Responsabilidad/ tener un hijo es una responsabilidad	2	16,67%
Cambie para mejor/ cambio mi carácter para bien	2	16,67%
Se drogaba	2	16,67%
No sabe/ no contesta	1	8,32%
N	12	100,00%

Tabla N° 32: Motivo por el cual no cambiaron sus planes o proyectos.

Motivo por el cual no cambiaron sus planes o proyectos	FA	FR%
Sino estaría vagando por ahí	1	12,50%
No sabe/ no contesta	7	87,50%
N	8	100,00%

Tabla N° 33: Planes para el futuro de la madre adolescente.

tiene planes para el futuro	FA	FR%
Si	13	65,00%
No	7	35,00%
N	20	100,00%

Tabla N° 34: Tipo de planes para el futuro.

Planes para el futuro	FA	FR%
Seguir estudiando	1	7,69%
Trabajar	6	46,15%
Trabajar y terminar la casa	2	15,38%
Trabajar y terminar los estudios	2	15,38%
Criar bien a su hijo	1	7,69%
No sabe/ no contesta	1	7,69%
N	13	100,00%

Tabla N° 35: Concepto de la madre adolescente sobre las medidas o acciones de cuidado de la salud.

Concepto sobre medidas o acciones de cuidado de la salud	FA	FR%
Controlarse/ ir al médico	10	50,00%
Cuidarse/ controlarse para estar bien	1	5,00%
Prevenir enfermedades	1	5,00%
Cuidarse en la alimentación/ lo de la comida/ hacer ejercicio	2	10,00%
No drogarse	1	5,00%
No robar	1	5,00%
Cuidarse en las relaciones sexuales/ cuidarse del sida	2	10,00%
No sabe/ no contesta	2	10,00%
N	20	100,00%

▪ **MEDIDAS O ACCIONES DE CUIDADO DE SALUD DE LA MADRE ADOLESCENTE**

Tabla N° 36: Cuidado personal de la madre adolescente.

Cuidado Personal	FA	FR%
Inadecuado	8	40,00%
Medianamente adecuado	11	55,00%
Adecuado	1	5,00%
N	20	100,00%

A destacar: 95,00% (19) no realizan ejercicio físico. 70,00% (14) se realizan el cepillado dental con frecuencia inadecuada (una vez al día u ocasionalmente).

Tabla N° 37: Hábitos nutricionales de la madre adolescente.

Hábitos Nutricionales	FA	FR%
Inadecuado	9	45,00%
Adecuado	11	50,00%
N	20	100,00%

A destacar: el 50,00 % (10) considera que su alimentación es medianamente adecuada o inadecuada. Ninguna realiza dietas.

Tabla N° 38: Consumo semanal-diario de los alimentos que se detallan.

Consumo de alimentos	Diariamente		Al menos una vez a la semana		Semanalmente		Nunca		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Leche	15	75,00%	1	5,00%	1	5,00%	3	15,00%	20	100,00%
Carne	8	40,00%	7	35,00%	4	20,00%	1	5,00%	20	100,00%
Huevos	0	0,00%	12	60,00%	4	20,00%	4	20,00%	20	100,00%
Verduras	18	90,00%	0	0,00%	2	10,00%	0	0,00%	20	100,00%
Frutas	13	65,00%	5	25,00%	0	0,00%	2	10,00%	20	100,00%
Tubérculos	17	85,00%	2	10,00%	1	5,00%	1	5,00%	20	100,00%
Cereales	19	95,00%	1	5,00%	0	0,00%	0	0,00%	20	100,00%
Leguminosas	7	35,00%	5	25,00%	6	30,00%	2	10,00%	20	100,00%
Azúcares	16	80,00%	0	0,00%	3	15,00%	1	5,00%	20	100,00%
Aceites	17	85,00%	2	10,00%	0	0,00%	1	5,00%	20	100,00%
Pan y derivados	17	85,00%	1	5,00%	1	5,00%	1	5,00%	20	100,00%

Tabla N° 39: Control de Salud de la madre adolescente.

Control de Salud	FA	FR%
Inadecuado	13	65,00%
Adecuado	7	35,00%
N	20	100,00%

A destacar: 25,00% (5) consultan al Médico General por prevención, 5,00% (1) consulta al Odontólogo por prevención. 5,00% (1) no tiene las inmunizaciones vigentes. 10,00% (2) consultan con especialistas por patologías crónicas.

Tabla N° 40: Salud Reproductiva de la madre adolescente.

Salud Reproductiva	FA	FR%
Inadecuado	8	40,00%
Mediamente adecuado	11	55,00%
Adecuado	1	5,00%
N	20	100,00%

A destacar: El 95,00% (19) no se realiza el autoexamen de mama. El 55,00% (11) se realiza el PAP, y de este el 64,00% (7) lo realiza anualmente. 25,00% (5) no tienen pareja estable y no usan preservativo. 50,00% (10) refirieron utilizar preservativo como método anticonceptivo, sólo el 5,00% (1) respondió que el motivo era cuidarse de enfermedades.

Tabla N° 41: Consumo de drogas de la madre adolescente.

Consumo de drogas	FA	FR%
Consume	11	55,00%
No consume	9	45,00%
N	20	100,00%

A destacar: 55,00% (11) fuman, se calculo una media de 7,45 cigarrillos/día. 5,00% (1) consume alcohol, y el mismo porcentaje refiere consumir otro tipo de drogas (marihuana y cocaína con una frecuencia de 4 veces a la semana, siendo el lunes y los fines de semana los días habituales).

Tabla N° 42: Cuidado de los hijos.

Cuidado de los hijos	FA	FR%
Inadecuado	1	5,00%
Adecuado	19	95,00%
N	20	100,00%

A destacar: el 40,00% (8) no realizan higiene bucal a sus hijos. La lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses se llevaban a cabo el 67,00% de las madres adolescentes (6/9). El 100,00% de las madres controlaban a su/sus hijos por prevención. En el 10,00% (2) los controles eran inadecuados en frecuencia. El 100,00% de los niños tenían las vacunas vigentes.

En cuanto a las medidas para prevenir accidentes, se obtuvo como dato relevante que para evitar accidentes de tránsito no hay que dejar salir a los niños -55,00% (11) de las madres-; el 25,00% (5) mencionó la educación como medida de prevención.

▪ **MEDIDAS O ACCIONES DE CUIDADO DE SALUD DE LA PAREJA DE LA MADRE ADOLESCENTE**

- El 75% (15) de las madres tienen pareja. De estos 53,33% (8) respondieron a la entrevista; 40,00% (6) no se encontraban al momento de la entrevista; y 6,67% (1) rechazó la entrevista.

Tabla N° 43: Cuidado personal de la pareja de la madre adolescente.

Cuidado Personal	FA	FR%
Inadecuado	4	50,00%
Medianamente adecuado	3	37,50%
Adecuado	1	12,50%
N	8	100,00%

A destacar: 87,50% (7) no realizan ejercicio físico. 75,00% (6) se realizan el cepillado dental con frecuencia inadecuada (una vez al día u ocasionalmente).

Tabla N° 44: Hábitos nutricionales de la pareja de la madre adolescente.

Hábitos Nutricionales	FA	FR%
Inadecuado	6	75,00%
Adecuado	2	25,00%
N	8	100,00%

A destacar: el 25,00% (2) considera que su alimentación es adecuada. Ninguno realiza dietas. Ninguno tiene las 4 comidas diarias.

Tabla N° 45: Control de Salud de la pareja de la madre adolescente.

Control de Salud	FA	FR%
Inadecuado	8	100,00%
Adecuado	0	0,00%
N	8	100,00%

A destacar: Ninguno consulta al Médico general u Odontólogo por prevención. 12,5% (1) no tiene las inmunizaciones vigentes.

Tabla N° 46: Salud Reproductiva de la pareja de la madre adolescente.

Salud Reproductiva	FA	FR%
Inadecuado	2	25,00%
Adecuado	6	75,00%
N	8	100,00%

A destacar: Ninguno recibió educación sexual formal.

Tabla N° 47: Consumo de drogas de la pareja de la madre adolescente.

Consumo de drogas	FA	FR%
Consumen	7	87,50%
No consumen	1	12,50%
N	8	100,00%

A destacar: 87,50% (7) fuman. 50,00% (4) consume alcohol, y ninguno de ellos refiere consumir otro tipo de drogas.

Tabla N° 48: Cambios en sus planes o proyectos de vida por la paternidad.

Cambiaron sus planes o proyectos de vida	FA	FR%
Si	7	87,500%
No	1	12,50%
N	8	100,00%

Tabla N° 49: Motivo por el cual cambiaron sus planes o proyectos de vida.

Motivo por el cual cambiaron sus planes o proyectos	FA	FR%
No puede salir más a los bailes/ no puede salir con amigos	2	28,58%
Tener un hijo es una responsabilidad. Tiene que estar más tiempo con ellos/ la responsabilidad se siente más.	3	42,86%
Tiene que trabajar	1	14,28%
Cambio para mejor ahora tiene una familia	1	14,28%
N	7	100,00%

- El que respondió que no cambiaron sus planes o proyectos de vida, no contesto el motivo.

Tabla N° 50: Planes para el futuro de la pareja de la madre adolescente.

Tiene planes para el futuro	FA	FR%
Si	6	75,00%
No	2	25,00%
N	8	100,00%

Tabla N° 51: Tipo de planes que tiene para el futuro.

Planes para el futuro	FA	FR%
Trabajar/ buscar un trabajo estable	2	33,33%
Arreglar la casa/ tener una casa propia	2	33,33%
Rehabilitarse (cárcel)	1	16,67%
Educar bien a su hijo	1	16,67%
N	6	100,00%

Tabla N° 52: Concepto de la pareja de la madre adolescente sobre medidas o acciones de cuidado de la salud.

Concepto de medidas o acciones de cuidado de la salud	FA	PR%
Controlarse/ ir al médico/ consultar ante los problemas	4	50,00%
Cuidarse/ controlarse para estar bien	1	12,50%
Prevenir enfermedades/ cuidarse de las enfermedades	1	12,50%
Ser sano, comer bien, hacer ejercicio	1	12,50%
No sabe/ no contesta	1	12,50%
N	8	100,00%

Tabla N° 53: Edad de la madre adolescente relacionado con estado civil, categorizado en unión libre y soltera

		Edad de la madre adolescente			
		15-16 años	17-18 años	19 años	TOTAL
Estado civil	Soltera	2	1	1	4
	Unión libre	0	10	6	16
TOTAL		2	11	7	20

		Edad de la madre adolescente			
		15-16 años	17-18 años	19 años	TOTAL
Estado civil	Soltera	50,00%	25,00%	25,00%	20,00%
	Unión libre	0,00%	62,50%	6,00%	80,00%
TOTAL		10,00%	55,00%	35,00%	100,00%

Tabla N° 54: Tipología familiar relacionado a referente económico de la familia.

		Tipología familiar			
		Nuclear A	Nuclear	Monoparental A	TOTAL
Referente económico de la familia	Padre	1	0	4	5
	Pareja	9	3	0	12
	Madre	1	0	1	2
	Otros	0	0	1	1
	TOTAL	11	3	6	20

		Tipología familiar			
		Nuclear A	Nuclear	Monoparental A	TOTAL
Referente económico de la familia	Padre	9,09%	0,00%	66,66%	25,00%
	Pareja	75,00%	25,00%	0,00%	60,00%
	Madre	9,09%	0,00%	16,67%	10,00%
	Otros	0,00%	0,00%	16,67%	5,00%
	TOTAL	55,00%	15,00%	30,00%	100,00%

*“La familia es un contexto, causa
y estrategia para el desarrollo de
la salud...”*

Kozier.