



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

# **CONSUMO DE ALCOHOL Y/O TABACO DURANTE EL EMBARAZO DE PUERPERAS ADOLESCENTES CON CHICOS DE BAJO PESO AL NACER, INTERNADAS EN EL HOSPITAL PEREIRA ROSSELL DURANTE AGOSTO-SETIEMBRE DE 2001**

## **AUTORES:**

Br. Bonilla, Rossana  
Br. Brandariz, Margarita  
Br. Carreño, María de los Ángeles  
Br. Chalá, Gabriel  
Br. Hernández, Milena  
Br. Rivero, Jacqueline

## **TUTOR:**

Lic. Enf. Maciel, Edith

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

**Montevideo, 2002**

---

## INDICE

---

- Resumen.....	Pág. 2.
- Introducción .....	3.
- Planteamiento del problema.....	4.
- Objetivos .....	5.
- Diseño Metodológico.....	6.
- Resultados.....	10.
- Análisis .....	28.
- Conclusiones y Sugerencias .....	30.
- Bibliografía.....	31.
- Anexos.....	33.

---

## RESUMEN

---

Se estudio la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, en puérperas adolescentes, con hijos de bajo peso al nacer, en el Hospital Pereyra Rossell Servicio de Maternidad Sala 4 Piso 2, en el período comprendido entre los meses agosto-setiembre de 2001.

Constituyó una investigación descriptiva, retrospectiva transversal.

Se encontró una población de 32 adolescentes con hijos de bajo peso al nacer, de las cuales 21 consumieron: 57,14 % solo tabaco, mientras que alcohol y tabaco el 42,86 %.

La media de edad fue 16.6 años con un desvío estándar de 1.91

Se registró el mayor consumo de tabaco, 43.75 %, en la población mayor de 15 años.

El 81.25 % de los neonatos constituyeron recién nacidos pretérmino.

---

## INTRODUCCION

---

El presente trabajo fue elaborado por 6 estudiantes de Licenciatura de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería de la Universidad de la República, Generación 97.

Durante la práctica de Administración, correspondiente al tercer Ciclo, 2º Módulo de la carrera, realizada en el Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela; notamos una alta frecuencia de recién nacidos con bajo peso y, de embarazadas adolescentes (45 % entre 15 y 19 años), motivo por el cual decidimos investigar si existió el consumo de tabaco y/o alcohol en las madres de estos recién nacidos con bajo peso.

La investigación se enfocó a las adolescentes debido a que la incidencia de embarazos en el Uruguay en esta franja etárea se ha mantenido constante en los últimos 5 años (28.29 %).

El alcohol y tabaco son consideradas drogas legales en el país y los medios de comunicación las difunden como un estilo de vida deseado por el adolescente, estimulando su consumo.

El tabaquismo es la adicción más común entre las embarazadas y, solo alrededor del 20 % de las fumadoras que quedan embarazadas se abstienen durante la gestación.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo para los recién nacidos con bajo peso y, esta demostrado que los productos tóxicos del cigarrillo llevan a un deterioro del lecho vascular y disfunción circulatoria, alterando la oxigenación y la nutrición del niño intraútero.

El consumo de alcohol durante el embarazo incrementa las probabilidades de interrupción del mismo, de bajo peso al nacer, de nacimiento sin vida y de muerte durante los primeros años de la infancia.

El tabaco y el alcohol no son las únicas drogas que influyen en el bajo peso al nacer, elegimos estas por ser las mayormente consumidas en la adolescencia (consumo de alcohol en un 87 % y 32% de tabaco) y por la magnitud del daño que estas ocasionan.

Tomamos como universo las puérperas adolescentes con hijos de bajo peso al nacer asistidas en la Servicio de Maternidad, Piso 2, Sala 4, del Hospital Pereyra Rossell (Primer Centro de referencia gineco - obstétrico y pediátrico del país) durante los meses agosto-setiembre de 2001.

---

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

---

¿ Existió consumo de alcohol y/o tabaco durante el embarazo de puérperas adolescentes con hijos de bajo peso al nacer, internadas en el Hospital Pereira Rossell Servicio de Maternidad Sala 4 Piso 2, en el período comprendido entre el 8 de agosto y 19 de setiembre de 2001?

---

## **OBJETIVOS**

---

### **Objetivo General:**

- ◆ Determinar si hubo consumo de tabaco y/o alcohol durante el embarazo en puérperas adolescentes con hijos de bajo peso al nacer.

### **Objetivos Específicos:**

- ◆ Determinar la prevalencia de puérperas adolescentes con hijos de bajo peso al nacer.
- ◆ Caracterizar a la población de estudio.
- ◆ Identificar la frecuencia de consumo de tabaco durante el embarazo en la unidad de observación.
- ◆ Identificar la frecuencia de consumo de alcohol durante el embarazo en la unidad de observación.
- ◆ Relacionar el consumo de tabaco y/o alcohol de las puérperas adolescentes con las demás variables definidas.

---

## DISEÑO METODOLÓGICO

---

### › Tipo de estudio.

Es una investigación descriptiva. Nuestro objetivo fue describir los hechos tal como se presentaron sin explicarlos, no comprobamos hipótesis, constituyendo un primer nivel de investigación.

Buscamos como resultado describir el fenómeno y plantear la posible relación entre variables.

A su vez constituyó un estudio retrospectivo porque estudió hechos ocurridos en el pasado, de corta duración en el tiempo, económico y factible de ser repetido por otro investigador en otro momento. En nuestro caso partimos de una población de puérperas adolescentes, con hijos de bajo peso, indagando si durante su embarazo consumieron alcohol y/o tabaco.

Se utilizaron registros ya existentes como los datos proporcionados por la Historia Clínica.

Es transversal ya que se estudiaron las variables simultáneamente en determinado tiempo, haciendo un corte en el mismo; en nuestro caso esto no incidió en el comportamiento de los fenómenos.

El estudio fue realizado en el Hospital Pereira Rossell, ya que el mismo concentra el mayor número de nacimientos dentro de Montevideo y Uruguay (se producen aproximadamente entre 8000 y 9000 partos por año); posee una policlínica que brinda atención especialmente a embarazadas adolescentes y una sala de internación donde se encuentran las puérperas adolescentes.

Este es un Hospital de referencia nacional de pediatría, obstetricia y ginecología, dependiente del Ministerio de Salud Pública; el mismo se encuentra situado en Br. Artigas 1550 entre Lord Ponsomby y Dr. Gastón Ramón, en la ciudad de Montevideo.

### › Universo o Población de estudio.

Universo o Población de estudio: Puérperas adolescentes con hijos de bajo peso internadas en el Servicio de Maternidad, Piso 2, Sala 4, del Hospital Pereira Rossell desde el 8 de agosto al 19 de setiembre de 2001.

### › Definición de variables

#### 1)- Definición conceptual:

- **Peso al nacer:** medida antropométrica definida por los gramos del neonato al momento de nacer.
- **Consumo de tabaco:** determinado por las adolescentes que fumaron más de 5 cigarrillos diarios durante el embarazo.
- **Consumo de alcohol:** determinado por aquellas adolescentes que ingirieron más de una copa diaria de alcohol o un episodio de embriaguez durante el embarazo.

- Edad: es el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.
- Adolescencia: edad materna comprendida entre los 10 y 19 años.
- Estado civil: condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.
- Nivel de instrucción: es el grado de escolarización alcanzado por la persona según el sistema educativo establecido en el país.
- Ocupación: se refiere a las actividades que realiza la persona, pudiendo o no ser la fuente de su sustento.
- Ama de casa: persona que desempeña tareas hogareñas sin remuneración económica.
- Empleada: persona que por un salario o sueldo desempeña una tarea.
- Desocupada: falta de ocupación.
- Estudiante: persona que está cursando estudio.
- Controles gineco-obstétricos: número de consultas realizadas durante el desarrollo del embarazo.
- Semanas de gestación: Edad gestacional del recién nacido al momento de nacer.
- Peso materno: medida antropométrica definida por los kilos de la madre, previo al embarazo.
- Talla materna: estatura definida en metros.

2)- Definición operacional:

- Consumo de tabaco: - SÍ = 1.  
- NO = 2.
- Consumo de alcohol: - SÍ = 1.  
- NO = 2.
- Peso del neonato: bajo peso < 2500 grs.
- Edad: 10 – 14 años  
15 – 19 años
- Estado civil: - soltero, casado, viudo, divorciado, y unión estable.
- Nivel de Instrucción:
  - primaria completa, incompleta
  - secundaria completa, incompleta
  - estudios terciarios
- Ocupación:
  - ama de casa
  - empleada
  - desocupada
  - estudiante



Las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta al momento de realizar la investigación fueron: el consentimiento informado por parte de las entrevistadas en forma verbal y la confidencialidad de los datos obtenidos por parte de los investigadores. La capacitación del grupo investigador consistió en la unificación de criterios, previo a la recolección de datos.

---

## ANÁLISIS

---

El universo de nuestro estudio estuvo integrado por 32 puérperas adolescentes con hijos de bajo peso al nacer internadas en el Servicio de Maternidad, Piso 2 Sala 4 del Hospital Pereira Rossell, durante el período comprendido entre el 8 de agosto y el 19 de setiembre de 2001.

De los datos recabados en la población de estudio constituida por 32 adolescentes puérperas con hijos de bajo peso al nacer, (las que representan el 100% del universo); se desprende que el 65.63% consumieron alcohol y/o tabaco durante el embarazo. De ésta población el 57.14% consumieron solo tabaco y el 42.86% alcohol y tabaco, destacándose que ninguna de ellas consumió alcohol exclusivamente.

Analizando el porcentaje de puérperas adolescentes que fumaron durante el embarazo (57.14%), observamos que ésta es la adicción más común en el embarazo en correspondencia con lo citado en el marco teórico.

Cabe destacar que un alto porcentaje de las puérperas que fumaron también consumieron alcohol (42.86%), lo que deja ver que éste grupo etareo es susceptible al consumo de éstas drogas; entre otras cosas por considerarse legales en el país, así como también por ser anunciadas publicitariamente como un estilo de vida anhelado por los jóvenes y muchas veces ésta publicidad está orientada específicamente a la mujer.

El bajo peso al nacer de los hijos de éstas adolescentes es una de las consecuencias del consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, sin descartarse otros factores de riesgo que contribuyen al mismo, como lo es el peso materno previo al embarazo menor o igual a 45 Kg, el cual estuvo presente en un 12.5% de nuestra población de estudio.

Otro factor de riesgo es la talla materna menor o igual a 1.50 metros. Aquí encontramos un 25% de nuestra población.

La media de edad de la población de estudio fue de 16.6 años con un desvío estándar de 1.91. Este valor se acerca a la edad mínima considerada de riesgo en el embarazo (15 años).

El 62.50% de las adolescentes se realizaron menos de 5 controles obstétricos, confirmando que a ésta edad el embarazo constituye un evento no programado, tendiendo a ocultarse lo que lleva a un control prenatal insuficiente y/o tardío.

Encontramos que un 28.12% de la población de estudio cursó primaria incompleta un 34.38% secundaria incompleta; además un 31.25% de las puérperas estaban desocupadas y el 50% eran amas de casa. El abandono del sistema educativo, la falta de inserción en el mercado laboral junto a la responsabilidad de la crianza de un niño, denotan que éstas adolescentes se enfrentan a una problemática frecuente. A todo esto se agrega que el 50% de las adolescentes eran solteras, no contando con el apoyo paterno. De éste dato se puede deducir que en muchos casos se produce la huida de la figura paterna ante la responsabilidad del embarazo inesperado; acontecimiento que sucede a menudo en ésta franja etárea.

Analizando la interrelación de las variables seleccionadas para el estudio con el consumo, se destacó que el mayor consumo de tabaco se dio en las puérperas

adolescentes amas de casa (40.62%). En lo que respecta al consumo de tabaco y el número de controles obstétricos, obtuvimos el mayor porcentaje de consumo en aquellas que se realizaron menos de cinco controles, 46.87 %.

Un 21.87% que se realizaron menos de cinco controles consumieron alcohol y tabaco durante el embarazo; mientras que sólo un 6.25% tuvieron más de cinco controles y consumieron ambas drogas.

Encontramos un alto porcentaje de recién nacidos pretérmino (81.25%). Este resultado no se corresponde con lo citado por diferentes autores que afirman que el consumo de tabaco durante el embarazo influye solo en el bajo peso al nacer, a diferencia del alcohol que además provoca recién nacidos pretérmino. Si se corresponde con los que afirman que el parto pretérmino es una de las consecuencias del embarazo adolescente.

En lo que respecta a las semanas de gestación tenemos que el 56.25% de las puérperas que consumieron sólo tabaco tenían menos de 37 semanas de gestación al momento del parto y solamente el 9.37% tenían más de 37 semanas de gestación. Con respecto a la relación al consumo de alcohol y tabaco y las semanas de gestación encontramos que el 25% de las puérperas que consumían ambas drogas tenían menos de 37 semanas de gestación al momento del parto; mientras que tan solo un 3.12% tenían más de 37 semanas.

---

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

---

Según los objetivos planteados concluimos que el 66% de las puérperas adolescentes con hijos de bajo peso al nacer consumieron alcohol y/o tabaco durante el embarazo.

Nuestra población de estudio estuvo constituida por el 100% del universo, que corresponde a 32 puérperas adolescentes con hijos de bajo peso al nacer.

En la población de estudio que existió consumo durante el embarazo, el 57% consumió solo tabaco, el 43% alcohol y tabaco; no se registró consumo de alcohol exclusivamente.

En relación a la edad y el consumo de tabaco durante el embarazo se registró el mayor porcentaje en la población mayor de 15 años en un 44%.

Con respecto al nivel de instrucción de la población y el consumo de tabaco se observó el mayor porcentaje en las adolescentes con primaria completa, en un 25%.

En cuanto a la ocupación de la población de estudio se registró consumo de tabaco solamente en las amas de casa y en las desocupadas en un 41% y 25% respectivamente.

Se registró un 47% de consumo de tabaco durante el embarazo en las puérperas adolescentes que presentaron menos de 5 controles obstétricos.

Considerando que la educación para la salud se plantea en forma integral, donde Enfermería tiene un rol activo como participante en el equipo de salud; sería de gran valor que a partir de este estudio descriptivo se realice un programa educativo que aborde estos factores de riesgo.

Debido a que la mayoría de la población cursa Primaria, este Programa debería de estar dirigido a esta etapa; elaborado por un equipo interdisciplinario conformado por Licenciado en Enfermería, Asistente Social, Psicólogo, entre otros. El objetivo de este programa sería educar para la salud sexual reproductiva.

También sería útil la elaboración de otro programa educativo de salud que aborde a las adolescentes embarazadas mediante la Consulta de Enfermería durante el Control Obstétrico, para ser llevado a cabo tanto en la Policlínica de adolescentes del Hospital Pereira Rosselli como en las distintas Policlínicas de la I.M.M.

Agregar a la ficha obstétrica de la embarazada el ítem consumo de Alcohol.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Dickason, E.J; Silverman, B.L; Schult, M.O. Enfermería Materno Infantil. 2ª Edición. 1994. Ed, Harcourt Brace. Madrid. España.
- El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 9ª Edición. 1994. Ed. Océano/Doyma Libros S.A. Barcelona- España.
- Giorgi, V. Vínculo Marginalidad Salud Mental. 1992. Ed. Roca Viva. Montevideo. Uruguay.
- Lowdermilk, D.L; Perry, S.E; Bobak, I.M. Enfermería Materno Infantil. 6ª Edición. 1998. Ed. Harcourt Brace. Madrid. España-
- Pineda, E.B ; de Alvarado, E.L ; de Canales, F.H. Metodología de la investigación. O.P.S. 2ª Edición. 1994. Washigton. EUA.
- Polit, D; Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª Edición. Ed. Interamericana. 1994. México.
- Ruoti, M, Antonio y col. Salud Reproductiva, Obstetricia y Perinatología. 2ª Edición. Ed. Efacim-Eduna. Año 2000.
- Salud Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. O.P.S- O.M.S. Abril 2000.
- Schwarcz, R.L. Obstetricia. 5ª Edición. Ed. El Ateneo. 1994.
- Wong, D.L. Enfermería Pediátrica. 4ª Edición. 1998. Ed. Harcourt Brace. Madrid. España.
- Revista Adolescencia. Salud integral y embarazo precoz. R.O.U. Documento especial N° 3. M.S.P. UNICEF. Octubre 1994.
- Revista de Enfermería Rol. N° 229. Setiembre 1997. Embarazo Adolescente. Pág 10-14.
- Revista de Prevención y Atención de la Maternidad Adolescente. Sistematizando experiencias. INAME. IMM. UNICEF. Abril 1998.
- Revista Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia. Volumen 2. N° 2. 2000.

- Apuntes de clase, teórico Materno Infantil;  
Año 1999.
  
- INTERNET: Direcciones:  
[escuela.med.pvc/alto riesgo/rciu htm](http://escuela.med.pvc/alto_riesgo/rciu.htm)  
[www.separ.es/servicios/publicaciones/tabaquismo /45.htm](http://www.separ.es/servicios/publicaciones/tabaquismo/45.htm)  
[www.laicecsanisidro.org.ar/tabaquismo.htm](http://www.laicecsanisidro.org.ar/tabaquismo.htm)  
<http://familydoctor.org/spanish/e068.html>  
<http://www.nacersano.org/BibliotecaDeSalud/informativas/alcohol.htm>  
[Cevidanes@intergaleno.com](mailto:Cevidanes@intergaleno.com)  
  
[www.lasdrogas.info](http://www.lasdrogas.info)
  
- Sistema Informático Perinatal (S.I.P). Datos Estadísticos Años  
1998 al 2000.

---

# ANEXOS

---

---

## **ANEXOS**

---

Nº1: Instrumento para la recolección de datos.

Nº2: Diagrama de actividades (Cronograma de Gantt).

Nº3: Población de estudio.

Nº4: Marco Teórico.

Nº5: Representación gráfica de la Media de Edad.

**ANEXO Nº 1**

**Centro Hospitalario Pereyra Rossell**

**Servicio de Maternidad Piso 2 Sala 4**

INICIALES   
EDAD   
ESTADO CIVIL   
NIVEL DE INSTRUCCIÓN   
OCUPACION   
PESO MATERNO   
TALLA MATERNA

Fecha
Nº de Registro
Nº de Cama

A. GINECÓBSTETRICOS:  
Nº de Controles   
Fecha del parto   
Semanas de gestación

Peso del RN

**CONSUMO DE**

Tabaco            SI      
                      NO      
  
Alcohol            SI      
                      NO



FECHA	CAMA	UNIVERSO	EDAD	PESO RN
08/08/01	6	LR	16	1990
	7	AR	17	1975
	11	V.B	15	2415
	14	S.B	15	1600
	16	E.C	13	985
13/08/01	5	S.M	15	1660
	7	E.C	15	2070
	8	LF	17	2450
15/08/01	2	B.R	17	2040
FECHA	CAMA	UNIVERSO	EDAD	PESO RN
	15	LM	19	2215
17/08/01	8	SS	16	580
	9	AA	17	2500
20/08/01	1	LA	14	1275
	14	N.M	14	2350
24/08/01	13	M.G	18	2275
FECHA	CAMA	UNIVERSO	EDAD	PESO RN
29/08/01	8	S.M	18	2295
03/09/01	2	A.E	14	2500
	16	V.D	16	2415
	18	AA	17	1450
05/09/01	2	D.V	14	2400
07/09/01	2	A.V	19	1600
	8	G.L	18	2150 *
FECHA	CAMA	UNIVERSO	EDAD	PESO RN
	12	P.D	19	2190
13/09/01	2	A.V	19	1400
	6	V.T	14	2225
	15	GE	15	820
17/09/01	12	G.V	19	2040
	13	AR	19	1440
	15	A.V	18	2500
FECHA	CAMA	UNIVERSO	EDAD	PESO RN
24/09/01	2	P.S	18	2485 *
	6	LV	19	1900
	12	C.Y	18	2485

POB.	E	P. RN	CONSUMO DE TABACO	CONSUMO DE ALCOHOL	E.C	N.I	OCUP.	P	T	N° CONTROLES	SEM DE GESTACION
LR	16	1890	NO	NO	S	SI	EST	47	1,56	5	33
AR	17	1975	SI	NO	UE	PI	A.de C	53	1,6	3	35
VB	15	2415	SI (10)	NO	S	PI	A.de C	55	1,63	2	40
SB	15	1600	SI (5)	SI	S	PI	A.de C	52	1,59	4	25
EC	13	995	SI (5)	NO	S	PI	A.de C	49	1,48	5	28
ECM	15	1680	NO	NO	UE	PC	EST	45	1,5	2	33
EC	15	2070	SI (5)	NO	UE	PC	A.de C	46	1,57	5	36
LF	17	2450	SI (20)	SI	S	SI	A.de C	45	1,49	8	37
BR	17	2040	NO	NO	UE	PC	A.de C	49	1,52	1	34
LM	19	2215	NO	NO	S	SI	EST	49	1,54	4	35
SS	18	580	SI(5)	NO	S	PI	A.de C	65	1,5	0	25
AA	17	2500	SI (5)	NO	UE	SI	A.de C	50	1,59	7	38
LA	14	1275	SI (5)	SI	UE	SI	A.de C	51	1,6	3	31
NM	14	2350	NO	NO	UE	PI	EMP.	50	1,57	7	36
MG	18	2275	SI (20)	SI	UE	PC	DES.	53	1,56	4	35
SM	18	2295	SI (20)	NO	UE	PC	DES.	49	1,54	0	36
AE	14	2500	NO	NO	S	PI	A.de C	59	1,7	9	38
VO	16	2415	NO	NO	UE	SI	A.de C	42	1,46	5	37
AA	17	1450	SI	NO	S	PI	A.de C	51	1,49	3	31
DV	14	2400	SI (5)	SI	S	SI	A.de C	42	1,49	7	32
AV	19	1600	NO	NO	S	PI	DES.	65	1,65	3	28
GL	18	2150	SI	NO	UE	SI	A.de C	52	1,54	4	34
PS	18	2485	SI	SI	UE	PC	DES	50	1,58	3	35
LV	19	1900	SI	NO	C	SC	DES	58	1,56	9	33
CY	18	2485	NO	NO	S	SI	EMP.	48,5	1,52	10	39
PD	19	2190	SI	SI	S	PC	DES.	50	1,65	1	35
AV	19	1400	SI	SI	S	PC	DES.	53	1,57	4	33
VT	14	2225	NO	NO	S	SI	EST	64	1,63	1	36
GV	19	2040	SI	NO	UE	PC	DES.	48	1,53	9	39
AV	18	2500	SI	SI	UE	SI	DES.	58	1,6	0	35
GE	15	820	SI	NO	S	PC	A.de C	48	1,6	2	26
AR	19	1440	NO	NO	UE	PC	DES.	48	1,46	2	29

---

## MARCO TEÓRICO

---

La adolescencia es el período comprendido entre el final de la niñez y comienzo de la pubertad hasta el completo desarrollo del cuerpo.

Adolescer significa crecer.

"Se acepta que la adolescencia se extiende entre los 8 -10 años a los 19 años en las mujeres y de los 10-12 años a los 20 años en los varones. Sin límites precisos la adolescencia se superpone, en parte, con el fin de la edad escolar (que va de 6 a 12 años) el de la tercera infancia (6 a 14 años) y con la llamada edad prepuberal (10 a 14 años)".<sup>1</sup>

En la adolescencia, etapa del desarrollo donde se producen rápidos y profundos cambios en la esfera bio- sico- social, la pubertad constituye el componente biológico y para muchos autores marca el inicio de la misma. El comienzo de la adolescencia suele producirse entre los 8 y los 13 años y dura 6 meses a 1 año en las mujeres. En los varones comienza entre los 10 y los 15 años y dura 6 meses a 2 años.

El aumento de peso y talla es similar a años anteriores, 2 kilos y de 6 a 8 cm por año. En las mujeres va aumentando el depósito de grasa, en los varones aumenta más la masa muscular, disminuyendo la grasa corporal al alcanzar el Índice de Madurez Sexual (IMS) estadio 2 (1 y 2 corresponden al inicio).

En el 85% de las niñas, la primera manifestación de pubertad es la aparición del botón mamario.

Un 15% inician la pubertad con el desarrollo del vello púbico antes que el brote mamario y es debido a la secreción ovárica de estrógenos; en general se da entre los 9 y los 13 años. Cuando la menarca es el primer evento puberal se habla de pubertad disociada.

La hormona folículoestimulante (FSH) estimula además el crecimiento de los ovarios que se inicia 1 año antes que el crecimiento mamario. Aumenta el grosor del crecimiento vaginal; la pigmentación, vascularización y sensibilidad de los labios mayores; el tamaño del útero; el espesor y diferenciación del endometrio y el contenido de actomiocina, creatinquinasa y ATP de las células del miometrio.

El momento álgido de la pubertad femenina, es la menarca cuya edad promedio para el Uruguay es de 12,3 años, con un rango de 9 a 16 años.

El período final del IMS se alcanza entre los 13 y los 17 años para las mujeres y entre los 14 y los 18 años para los varones, aproximadamente. Se completa el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el vello púbico toma la cara interna de muslos, los genitales del varón alcanzan la configuración adulta.

Cambia el tono de voz por acción de la testosterona sobre el crecimiento de los cartílagos tiroideos y cricoides y músculos laríngeos.

Los cambios somáticos son los más constantes en esta etapa de la vida y no hay otro período más rico en transformaciones que la pubertad: crecimiento esquelético, aumento y redistribución de tejidos blandos,

---

<sup>1</sup> Dra. Irma Gentile Ramos "Adolescencia Salud integral y embarazo precoz"

involución linfática, nuevas proporciones corporales, caracteres sexuales primarios y secundarios.

La adolescencia se ha dividido en tres etapas: temprana (10 a 14 años), media (15 a 16 años) y tardía (17 a 20 años).

Junto a la evolución física, el adolescente experimenta cambios psico – sociales; se modifica su estructura de pensamiento y se le imponen nuevas labores de desarrollo. Se espera que alcance una actitud aceptable ante la autoridad, defina su rol sexual, resuelva el conflicto entre impulsos y restricciones, inicie la emancipación de su familia, asuma interés por los otros, elija una vocación, adopte valores y metas propios y encuentre su identidad.

Los cambios psicosociales de la adolescencia, de límites más imprecisos, suelen comenzar algo antes que el proceso físico y extenderse bastante más que éste. Según los aportes de la corriente social y antropológica, esto sería un fenómeno que responde a razones sociales y culturales, ya que durante la adolescencia, la sociedad en que vivimos, deja de considerar al individuo como un niño pero aún no le confiere los papeles de adulto.

El pasaje de la niñez a la adolescencia da cambios a nivel cognitivo.

Según Piaget: "Los adolescentes pueden estar tanto en la etapa del pensamiento concreto como en la de operaciones formales. El pensamiento operacional está caracterizado por la falta de habilidad para razonar en forma abstracta acerca de los objetos. El pensamiento operativo formal se caracteriza por la abstracción y el idealismo así como por el razonamiento hipotético- deductivo."<sup>2</sup>

Elkaid propuso que "los adolescentes, especialmente los más jóvenes desarrollan un egocentrismo que involucra tanto a la construcción de un auditorio imaginario y una fábula personal (un sentido de indestructibilidad y ser único) "<sup>3</sup>.

Hay un mejoramiento del procesamiento de la información que llega por diferentes fuentes desde el ambiente. Hay un mayor desarrollo de la capacidad de atender y de la memoria. Aumenta el espacio de almacenamiento, la velocidad y la eficiencia en el procesamiento de la información.

La adolescencia no es una revolución sino el fin de una evolución; una etapa de crisis(en especial, de identidad) que no significa, por sí, amenaza, ruptura ni un proceso patológico.

El adolescente, demasiado grande para actuar como niño y aún chico para actuar como adulto, puede sentir que no está en ninguna parte. Sus tumultuosos cambios físicos lo enfrentan cada día a la difícil tarea de reconocerse y aceptarse y a la de armonizar sus impulsos con lo que la sociedad acepta y valora.

A los factores comunes al género humano(afectivos, nutricionales, sanitarios, educativos y laborales) se suma la vulnerabilidad de todo periodo de crisis.

---

<sup>2</sup> Jean Piaget. Desarrollo Cognitivo. " Adolescencia Salud integral y embarazo precoz"

<sup>3</sup> Elkaid. "Adolescencia Salud integral y embarazo precoz".

La intensidad de los impulsos, la dificultad de aceptar restricciones y el interés por nuevas experiencias exponen al riesgo de diversas formas de abuso y seducción sexual, infecciones venéreas y embarazos no deseados.

La búsqueda de identidad y la separación de los padres genera enfrentamientos, reclamos desmedidos de privacidad o independencia, desaseo o desorden, cambios de horarios, costumbre o apariencia física. La familia procrea, adjudica status, socializa, protege y fomenta el desarrollo biológico, mental y económico del individuo. Para el niño es el primer agente educativo y socializador y la primera fuente de estímulo, aceptación, estima, aprobación y respuesta.

De ella recibe las primeras recompensas y castigos, los primeros modelos y la primera imagen de sí mismo. En ella define su personalidad, la confianza básica, la voluntad autónoma, la identidad, la autoestima y el poder de iniciativa.

La escuela, representante de la sociedad adulta, transmite valores convencionales, imparte conocimientos y amplía el campo de experiencias. No siempre asume que dificultad para aprender es también dificultad para enseñar, por eso como la sociedad general, expulsa y margina a los seres divergentes.

La comunidad es un sector de población que ocupa determinada área territorial, con suficiente conocimiento interpersonal, autosuficiencia y una cohesión basada en la tradición y rasgos culturales, que permite el adecuado funcionamiento de sus instituciones.

Las organizaciones comunitarias pueden ofrecer a los jóvenes aquel "soporte de confianza" que refuerza la aceptación familiar, nuevos aprendizajes para vivir en sociedad y en un lugar de interacción donde cumplir un papel definido.

Los coetáneos suelen constituir grupos con leyes, valores propios y objetivos inmediatos. Comparten la misma edad y la necesidad de oposición al orden establecido.

El grupo pone al día, alivia de culpas, fortalece y es un nuevo campo de prueba para verse a sí mismo, aprendiendo que la vida puede centrarse en los otros. Solo es positivo si es transitorio y si no se transforma en patota o banda.

Los grupos juveniles socializan cuando son sanos, libres, efímeros, de y para los adolescentes, tranquilizadores, coordinadores y favorables a la individualización.

La inexistencia de políticas nacionales y de una necesidad sentida han generado respuestas espontáneas de las organizaciones comunitarias y de los propios jóvenes, tendientes a crear espacios de encuentro y reflexión que propenden a fomentar la salud integral de los adolescentes.

La adolescencia también se caracteriza por cambios emocionales y afectivos. Es frecuente la alteración de períodos depresivos con otros de exaltación, el mal humor y la irritabilidad pueden ser sustituidos por alegría y entusiasmo.

Dentro de ciertos límites, estas modificaciones deben ser consideradas como normales en esta etapa de la vida y se necesita de paciencia, tolerancia y comprensión del medio para que se vayan superando.

El conflicto entre padres e hijos parece ser mayor en la adolescencia temprana. Habitualmente este conflicto es moderado y puede ser considerado como positivo para promover el desarrollo de la autonomía e identidad del hijo.

La relación del adolescente con el grupo de pares, constituye un medio de comparación social y una fuente de información fuera de la familia. La adecuada integración a un grupo de coetáneos permite al adolescente, adquirir destrezas sociales, aprender a escuchar y a comunicarse, a ser más él mismo, a sentirse más feliz y a interesarse por los demás.

Los jóvenes rechazados por sus pares están en riesgo de problemas sociales. La presión por ser igual al grupo es muy fuerte en la adolescencia y a veces puede llevar al joven por caminos que realmente no desea.

Cuanto más adecuada sea la relación con sus padres, mejor es su relación con pares.

Los grupos de jóvenes varían en función de aspectos culturales y sociales.

El vínculo entre ambos sexos a través del arreglo es frecuente de ver ya en la primera etapa de la adolescencia.

En general los adolescentes se sienten inicialmente atraídos por el físico y las semejanzas que tengan con el otro.

Según el último Censo realizado en la población adolescente: los adolescentes en el Uruguay suman unas 500 mil personas, dentro de un contexto poblacional que crece a muy escasa velocidad y está esencialmente concentrado en centros urbanos.

En las áreas urbanas del país predominan los adolescentes de 10 a 14 años (55 %) mientras que en las áreas rurales éstos adolescentes más jóvenes son el 50 %.

Por otro lado, se destacan los accidentes como la primera causa de muerte entre ellos.

Se producen casi tantas muertes por suicidios como por tumores en los adolescentes de 15 a 19 años. Sus valores oscilan entorno a la docena por año en los últimos 20 años.

El comienzo de la vida fértil, da origen a un centenar y medio de nacimientos desde hace 20 años en los menores de 15 años y a unos 7000 entre los 15 y 19 años.

Esos 150 nacimientos no tienen un valor significativo sobre el total de los 55 mil nacimientos anuales en el país, en cambio los 7000 nacimientos que se producen entre los 15 y 19 años, representan el 14% del total.

En efecto, entre ambos grupos de edades analizadas se concentran el 25% de los nacimientos ilegítimos del país: 2/3 de los nacidos de madres menores de 15 años y 48% entre los de 15 a 19 años.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Censo de población adolescente. Año 1985. "Adolescencia Salud integral y embarazo precoz".

Según datos aportados por el Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Pereyra Rossell, se registran aproximadamente 17 partos por día y 862 al mes.

Como se citó anteriormente los cambios que sufre el adolescente en esta etapa le implican sufrimiento, conflicto, que sumado a los modelos de identificación con los que el joven cuenta, suelen presentarse poco atractivos. El mundo adulto se le presenta imprevisible, oscilante y contradictorio.

Debe convivir con mensajes opuestos, donde el éxito y la movilidad social son posibles, mientras la realidad le muestra escasas posibilidades de lograrlo.

Los hábitos tóxicos aparecen muchas veces como un objeto que obtura no sólo las faltas individuales de la personalidad, sino también las de aquellas que provienen de las disfunciones de la familia y la sociedad en que el adolescente se inserta. Además es sentida como importante en tanto motiva la preocupación de padres, profesionales, y todo el entorno social.

La frecuencia de los distintos hábitos tóxicos según datos aportados por el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT) del Hospital de Clínicas: en 1991-1992 se efectuó una investigación epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas en la población Universitaria.

Se encuestaron 1781 alumnos de 1º año universitario encontrándose que un 85 % consumían alcohol, 32 % tabaco y el 6 % drogas ilegales.

En el análisis del uso indebido de drogas psicoactivas observamos la multicausalidad de su condicionamiento. Cabe establecer entonces, en las instancias preventivas, los factores prioritarios a considerar:

- a) **Ámbito familiar:** se observa un deterioro en la calidad de convivencia, una dilución de los roles paternos que incide en la ausencia de límites y criterios disciplinarios.

El consumo muchas veces indiscriminado de medicamentos, alcohol y tabaco en el hogar ofrecen modelos identificatorios que estimulan el consumo del joven. La familia va perdiendo su influencia formativa.

- b) **Medios de comunicación:** éstos juegan un papel importante en tanto difunden y estimulan pautas de consumo. Generalmente se asocia el consumo de alcohol y tabaco a estilos de vida deseados por el joven.

- c) **Sistema Educativo:** éste es de vital importancia ya que en él se produce ese tránsito, ese pasaje entre la familia de origen y lo que podría ser el ingreso al mundo adulto.

Se observa un decaimiento del nivel de formación académico así como la falta de actualización permanente de los programas de enseñanza.

En la adolescencia "patológica"<sup>5</sup>: el espectro de comportamientos en esta etapa es muy amplio, varía en severidad, el nivel de desarrollo, en el sexo, según la clase social.

Con relación al grado de desarrollo existen problemas como el oposicionismo y las peleas las que son mas frecuentes en los púberes,

---

<sup>5</sup> Dra. Raquel Zamora Cabral. Médica Pediátrica- Psiquiátrica. " Adolescencia Salud integral y embarazo precoz".

mientras que otros como la depresión y el abuso de sustancias son mas frecuentes luego de los quince años.

También el sexo a demostrado influir en el tipo de trastorno, en la mujer son mas frecuentes los problemas internalizados e hipercontrolados, mientras que el varón, son mas frecuentes las conductas externalizadas, con bajo autocontrol como pelearse físicamente o destrozar pertenencias de otros.

Dentro de los trastornos internalizados, los cuadros depresivos son los mas frecuentes.

En las mujeres es mas frecuente, que la depresión se presente con sentimientos de tristeza y baja autoestima, mientras que en los varones se asocia muchas veces a tendencias hostiles y antisociales.

Los trastornos por ansiedad figuran también como trastornos internalizados frecuentes. El sentimiento de miedo, inquietud, preocupación, se asocia a una respuesta fisiológica o motora ante la percepción del peligro.

Son perfeccionistas, obsesivos, están llenos de dudas en relación consigo mismo y necesitan permanentemente ser reafirmados en lo que hacen.

La ansiedad asociada a un trastorno obsesivo- compulsivos también es frecuente de ver en adolescentes, especialmente varones.

Las obsesiones en general toman la forma de miedos, de agresión, homosexualidad, contaminación, desorden o la no-finalización de tareas especialmente las escolares.

Se ha comprobado la asociación de trastornos obsesivos- compulsivos y la anorexia nerviosa, existiendo en este caso una preocupación obsesiva por el peso corporal y la alimentación.

Los trastornos de la conducta alimenticia: anorexia y bulimia nerviosa han tenido un incremento notorio en los últimos años, siendo mucho más frecuente en mujeres que en varones.

**El embarazo en la adolescencia** es un hecho ampliamente conocido en el campo de la salud materna, ya que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para el hijo, cuando se presente en las edades extremas del período reproductivo de la mujer.

Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes determinan una morbimortalidad más elevada que la observada en la población adulta, siendo su máxima incidencia en el grupo comprendido entre 13 y 15 años.

Habitualmente el embarazo en este grupo etáreo se presenta como un evento no programado, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición que la lleva a un control prenatal tardío o insuficiente.

A veces tiene lugar en circunstancias adversas destacándose las carencias nutricionales y el bajo peso.

El embarazo es mas complicado cuanto más cerca de la menarca está, recién después de 3 años de edad ginecológica la joven alcanza su madurez reproductiva.

El embarazo adolescente es considerado de "alto riesgo" por la Dra Estela Conselo Médica Ginecóloga por diferentes factores: desde el punto de vista endocrinológico, el eje hipotálamo- hipófiso- ovárico es inmaduro durante los 3 primeros años siguientes a la menarca, por lo cual las menstruaciones pueden ser irregulares a esta edad.

El útero es de dimensiones menores a la que adquiere en la adultez, el esqueleto no terminó de adquirir su tamaño definitivo, destacándose la pelvis que no tiene una adecuada inclinación y sus diámetros están en los límites de la normalidad.

Todos estos elementos llevan a causar dificultades e inadecuaciones feto-maternas, que justifican la denominación de embarazo de alto riesgo.

Las patologías maternas más frecuentes son: en la primer mitad puede ocurrir una amenaza de aborto, o aborto; y en la segunda mitad las patologías más frecuentes son: la enfermedad hipertensiva, las bacteriurias asintomáticas, las infecciones urinarias de altísima frecuencia, el parto prematuro y la rotura prematura de membrana que llevan a un recién nacido de pretérmino.

La enfermedad hipertensiva se ve con mayor incidencia en las menores de 15 años, en su expresión más severa puede llevar a la eclampsia. Muchas veces se asocia a desprendimientos placentarios y mala nutrición materna.

Los controles a las embarazadas adolescentes deben ser más numerosos y con intervalos más breves que en la población adulta, considerándose para estas últimas un ideal de 11 controles y menos de 5 controles un embarazo mal controlado y por lo tanto un factor de riesgo.

La infección urinaria constituye una de las enfermedades más comunes en la gravidez. La detección precoz de focos sépticos, odontológicos y genitales, así como la corrección y tratamiento de la evacuación intestinal ayudará a disminuir su incidencia.

Partos prematuros pueden llegar a constituir uno de los factores que incide con más peso en la mortalidad perinatal.

Durante el trabajo de parto se ponen de manifiesto las distocias, de presentación y de posición por inmadurez pelviana. Hay estrechez del canal blando, lo cual lleva a las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Esto implica mayor riesgo de lesiones anatómicas (desgarros) que requieren de una adecuada reparación, así como mayores riesgos de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por desnutrición y anemia previa.

Durante el puerperio las causas anteriormente expuestas llevan a internaciones prolongadas, con una mala adecuación de la madre con su hijo.

El puerperio es el período de tiempo que se extiende desde el alumbramiento (expulsión de la placenta) hasta las 6 primeras semanas después del parto, finaliza con el restablecimiento de las condiciones físicas normales principalmente del aparato reproductor y la adaptación al nuevo rol de madre. La mujer debe adaptarse a sus cambios corporales, los cambios físicos, hormonales y de la vida cotidiana que se producen después del nacimiento del hijo, pueden generar cambios de carácter en la mujer.

Un nacimiento cambia radicalmente la vida de sus padres. El estar al servicio y disponibilidad de l nuevo ser puede representar una adaptación difícil para ambos padres.

La responsabilidad que significa el cuidado del recién nacido, sumada al miedo de no saber hacerlo correctamente, también pueden ser el motivo para que la mujer se sienta insegura.

Para algunas, este periodo puede ser más fácil que para otras, dependerá de las situaciones que vive cada una. Se necesita la contención familiar.

Los cambios de carácter, como la tristeza pasajera, deseos de llorar y mayor sensibilidad son "normales" durante el primer mes de parto.

El útero es el órgano que más modificaciones sufre. Luego del parto pesa aproximadamente 1 kilogramo, luego de las 6 semanas alcanza los 90 gramos. Este cambio va acompañado de contracciones que pueden prolongarse hasta 20 días y que pueden tener diferente intensidad. Las contracciones son necesarias para cicatrizar los vasos sanguíneos en el sitio donde se separó la placenta, para expulsar restos y coágulos y para que el útero recupere su tamaño y peso normal.

En cuanto a los loquios son las pérdidas de sangre provenientes del útero que se originan en el lugar donde estaba previamente adherida la placenta, están constituidos por coágulos, fibras musculares, moco y fragmentos de decidua (lo que recubría al útero por dentro) son expulsados del útero a través de las contracciones.

Es normal que cambien su aspecto con el correr de los días: primero son sanguinolentos, luego serosanguinolentos y por último serosos. El periodo de posparto se divide en puerperio inmediato, alejado y tardío.

La falta de apoyo familiar y muchas veces el escaso tiempo que el equipo de salud le dedica a la reciente madre, llevan a situaciones de riesgo.

En suma: la adolescente embarazada necesita un abordaje integral, donde se tome en cuenta el entorno psicológico y social, su núcleo familiar y la comunidad en la cual vive.

"Dentro de los aspectos sociales que influyen en el embarazo adolescente encontramos:

- El núcleo familiar: en nuestro país el núcleo familiar existe como unidad. En otras épocas la vida estaba mas centralizada en la familia que hoy. Los padres ahora tienen la vida mas ocupada, el varón aún no ocupa los espacios que las mujeres dejan en su hogar y con sus hijos. Las generaciones actuales de jóvenes pasan mas tiempo en soledad que cualquiera de las generaciones precedentes.

Por otra parte, los índices de disolución de las parejas maritales van en aumento y son pocos los que mantienen una buena comunicación entre sí para asumir tareas de la pareja parental que nunca se disuelve.

- Educación Formal: no existen a nivel oficial planes para que se eduque a los jóvenes sobre lo referente al ejercicio de la sexualidad, los valores de amor y la solidaridad entre varones y mujeres para tener parejas, familias y sociedades mentalmente sanas. Como consecuencia de la política anterior, todos los jóvenes que se educan en liceos estatales sólo reciben escasa información: la cuál proviene de su familia, de amigos, o de otros grupos de pertenencia.

Por otro lado la magra información que se brinda sobre reproducción, anticoncepción y planificación familiar, ponen el énfasis sobre la mujer. Son pocos los servicios y materiales didácticos dirigidos exclusivamente hacia el varón.

Así como la sociedad agobia a la mujer con responsabilidades desde edades muy tempranas, la sociedad condena al varón a una soledad, a un individualismo que lo aparta del compromiso afectivo.

Al estar centrados todos los proyectos de adolescentes y su reproducción en la mujer, él está más expuesto a la irresponsabilidad, al goce y a la satisfacción sin tener en cuenta que el ejercicio de la sexualidad, conlleva un diálogo, una comunicación entre las dos partes y un compromiso mutuo responsable.

- El entorno Socio- Económico: el estudio y la preparación, tienen escasas posibilidades frente al aumento de la desocupación.

Por otro lado acosa el fantasma de la emigración. Los jóvenes llevados por otros entusiasmos juveniles, creen que en el exterior podrán desarrollar sus aspiraciones acordes con su valor cultural y humano.

La crisis económica, es una realidad ya que existe un grave deterioro del salario real. El bajo presupuesto asignado a la enseñanza oficial se traduce en falta de material, lo cual hace más difícil el estudiar.

Es en todo este contexto que los jóvenes de hoy construyen su identidad y realizan sus planes de futuro.

- Embarazo y Adolescencia: cada vez es mayor el número de adolescentes que quedan embarazadas. Este hecho sucede generalmente fuera del matrimonio y está presente en todas las clases sociales".<sup>6</sup>

De acuerdo a la pertenencia de clases, serán también las soluciones.

En un estudio reciente, se comprobó que en la clase media alta, la solución es llevar a los jóvenes a un matrimonio forzado brindándoles soluciones económicas.

En la clase media baja se presenta el aborto con mayor frecuencia, y en las clases más desposeídas, la mujer es la que asume al hijo, generalmente en soledad de pareja y lo incorpora al núcleo familiar de su entorno.

Decidir por la vida del hijo, elegir vivir una maternidad en soltería exige de los jóvenes una responsabilidad y una madurez no acorde con su edad.

La continuación o el abandono de sus estudios o tareas laborales serán parte de las dificultades a las que deberá enfrentarse.

En cuanto a la pareja, con frecuencia el embarazo o aborto cambia la relación, y sus posibilidades de éxito dependerán del grado de unión afectiva que posean.

Influyen en gran intensidad, la responsabilidad o la huida del varón al enterarse de su paternidad.

Los varones son afectados tanto como la mujer frente al hecho del hijo inesperado.

---

<sup>6</sup> OPS- Boletín epidemiológico. "Adolescencia, Juventud". 1995.

Ellos asumen conductas que van desde la aceptación y la participación en pareja, o el otorgar solo el reconocimiento legal y económico del hijo hasta la huida.

Vemos que cuando en un embarazo adolescente el varón tiene una conducta de huida o de responsabilidad la misma tiene una directa relación con las huidas o responsabilidades de las figuras masculinas familiares de ambos jóvenes involucrados.

La joven embarazada al asumir en soledad ese hijo, se identifica con el rol de mujer que es su madre, justificando a su pareja como modo de justificar la ausencia de su propio padre.

Así vemos que los mandatos culturales marcan el accionar de los sexos.

Ser femenino es ser afectivo, responsable, presente. Ser masculino es ser menos expresivo en la afectividad, menos responsable frente al hijo, ausente.

La sexualidad de los adolescentes se parece a la de los adultos.

Las manifestaciones sexuales adolescentes resultan muy perturbadoras para la mayor parte de los adultos, y, quizás por reflejo de las actitudes y valores transmitidos por los adultos, para muchos adolescentes su propia sexualidad resulta también perturbadora y conflictiva.

Para tratar de contribuir al entendimiento de estos puntos, repasaremos las características más destacables de la sexualidad en la adolescencia.

Es en este período que se establece definitivamente la identidad del género, es decir el sentido de pertenencia a uno o a otro sexo, culminando un proceso cuyas raíces son genéticas y que implica la acción de factores genéticos, hormonales, psicológicos (entre ellos la propia imagen corporal), sociológicos (el rol asignado a cada sexo por la comunidad) y culturales (los estereotipos propios del grupo de pertenencia).

La atracción comienza a manifestarse -en general - hacia el otro sexo, aunque puede atravesarse por una etapa de atracción hacia personas del mismo sexo (a veces socialmente disfrazado como "la mejor amiga" o "el mejor amigo"). Este hecho puede ser solamente emocional y mantenerse en el plano de las fantasías, o incluir manifestaciones físicas, tales como abrazos prolongados, caricias y a veces conductas francamente sexuales.

En nuestra cultura existe mucha mayor permisividad entre las niñas (y las mujeres en general) que se abrazan y se besan sin despertar reacciones adversas en quienes observan esas conductas, mientras que en el caso de los varones prácticamente todo contacto físico que no sea accidental y muy breve resulta chocante y es desalentado.

A veces se define a esta etapa como de "homosexualidad transitoria" sin que quede muy claro qué se quiere decir con ello. Lo cierto es que en la mayor parte de los adolescentes rápidamente comenzará a manifestarse una marcada atracción por el otro sexo, sin que aquel período (si existió) deje ninguna huella (aunque puede dejar sentimiento de culpa). Pero en algunos casos esta etapa se consolidará en una homosexualidad más o menos física.

La atracción, en cierto sentido, está condicionada por pautas culturales. Cada cultura acepta determinados modelos: actores y actrices

cinematográficas y televisivas, cantantes, atletas, etc., que la propaganda "vende" con una finalidad económica, ya que los adolescentes procurarán parecerse a sus ídolos con figura y estilo de vida, lo cual los vuelve clientes, de la vestimenta, de los sistemas de "modelación física", de los espectáculos, etc.

En la creencia popular el desarrollo físico es equiparable a potencia sexual.

Para el caso de la joven, en nuestro momento cultural, la preocupación mayor suele ser el desarrollo de los senos y las nalgas ya que también existe la idea de que ello indica mayor capacidad de desempeño sexual.

Estimulado por los medios masivos de comunicación las adicciones que se presentan más frecuentemente en esta etapa, son el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco).

"En cuanto al **tabaquismo** es sin duda la gran epidemia de nuestro siglo y a pesar de los esfuerzos que se hacen para combatirlo, es obvio que la Industria Tabacalera goza de muy buena salud y sigue reportando grandes beneficios en todo el mundo.

Desde finales del siglo XIX, en que James Bonsack diseñó y puso en marcha la máquina de hacer cigarrillos, el consumo de tabaco se extendió como un hábito más por todo el mundo, propagándose especialmente por los países más desarrollados. En principio dicho hábito no se consideró nocivo, y es a partir de la introducción de tabaco en las raciones de los soldados en la Primera Guerra Mundial cuando su consumo experimenta un crecimiento exponencial en toda Europa.

Fue la II Guerra Mundial la que marca otro hito importante en el comportamiento de esta epidemia. Con la incorporación masiva de la mujer a la industria por motivos bélicos, se inicia un proceso sin retorno que consolida la igualdad femenina en todos los ámbitos. A partir de este momento se empieza a observar un creciente aumento del tabaquismo femenino. Así la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres había aumentado desde niveles insignificantes hasta alcanzar a finales de la contienda el 40% en el Reino Unido, el 30% en Australia y el 25% en Estados Unidos. A ello contribuye sin duda el cambio de actitud social que implica el que la mujer se sume al mundo laboral, con la mayor autonomía social, personal y económica que ello conlleva.

En el último tercio del siglo XX, la prevalencia del tabaquismo en Europa y Estados Unidos ha seguido tendencias diferentes en función del sexo.

Mientras que parece consolidarse una tendencia a la disminución del tabaquismo entre los varones, puede asimismo observarse un progresivo incremento del tabaquismo entre las mujeres, y especialmente entre las más jóvenes. El incremento del número de mujeres fumadoras y el aumento de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en la mujer anglosajona y americana, sirven de testimonio del éxito que han tenido los anuncios publicitarios del tabaco dirigidos a la mujer.

En los últimos 50 años se han acumulado gran número de evidencias de gran consistencia científica que avalan el hecho de que el tabaco está directamente relacionado con el incremento de una amplia variedad de neoplasias, y en especial con el cáncer de pulmón. Asimismo existen

suficientes pruebas que demuestran que el consumo de tabaco incrementa el riesgo cardiovascular y los procesos respiratorios crónicos, además de tener influencias deletéreas sobre el organismo.

A pesar de lo mucho que conocemos sobre los efectos negativos del tabaco sobre la salud, siendo éste el causante de gran número de enfermedades, muerte y sufrimiento, desafortunadamente existen ya hoy en día 23 millones de mujeres adultas fumadoras, y al menos 1,5 millones de adolescentes que están comenzando a fumar.

El tabaco se ha convertido actualmente en el primer factor inductor de morbi-mortalidad prematura prevenibles en el mundo desarrollado.

Resulta irónico pensar que al menos en teoría, debería ser un factor completamente controlable y evitable.

Asistimos asimismo a un cambio de tendencia en los objetivos de la industria tabacalera. Parece claro que actualmente focaliza su atención con preferencia entre la población femenina y entre los más jóvenes como mercado emergente, que asegura su futuro y reporta grandes beneficios.

En este sentido cabe recordar la gran presencia de publicidad del tabaco que puede encontrarse en las revistas femeninas, que actualmente suponen un porcentaje importante del mercado editorial. No es difícil encontrar mensajes publicitarios especialmente dedicados al público femenino, y específicamente orientados a mujeres de nivel adquisitivo medio y alto, en los que se asocia fumar con sofisticación, encanto personal, atractivo sexual, éxito social, etc.

La gran inversión que realizan las marcas de tabaco en publicidad se ve recompensada con una gran fidelización del consumo por parte de las mujeres. La introducción de los cigarrillos light en el mercado y la creación de marcas femeninas han constituido sin duda uno de los mayores aciertos de los publicistas de la Industria Tabaquera.

Dado que los conceptos de salud parece que venden en las sociedades industrializadas, y que la imagen es cada vez más importante; la puesta en circulación de cigarrillos light ha contribuido a conformar las conciencias de los fumadores con una excusa comercialmente rentable. El éxito ha sido rotundo, especialmente entre las mujeres de mediana edad.

Por una parte es posible que los cigarrillos light, con menor contenido en nicotina y alquitrán, sean menos nocivos para la salud. Aún así, la diferencia en cuanto al beneficio de fumar cigarrillos light es ínfima comparada con los beneficios de dejar de fumar completamente. Además se añade el hecho de que el bajo contenido en alquitrán de algunos cigarrillos no se relaciona necesariamente con un menor efecto carcinógeno. Cada fumador parece tener un determinado "dintel" de consumo, y tiende a consumir diariamente una cantidad determinada de nicotina hasta llegar al mismo. Si fuman cigarrillos light tenderán a incrementar la cantidad hasta llegar a dicho nivel.

Se disponen de estudios que demuestran que el consumo de cigarrillos bajos en alquitrán puede relacionarse con el incremento de adenocarcinoma pulmonar, lo cual se ha relacionado con que los fumadores de cigarrillos light tienden a inhalar más profundamente y

como consecuencia de ello, se hallan más expuestos a mayores concentraciones de sustancias carcinógenas.

La preocupación por el peso y el ideal de esbeltez son una de las constantes de la cultura actual. Se concede un gran protagonismo a la imagen corporal en nuestra sociedad, de manera que el mantener una apariencia estilizada se ha convertido en el primer objetivo de una gran parte de la población joven. Es bien sabido que el tabaco contribuye a mantener el peso debido a sus efectos farmacológicos. También todo el mundo conoce que los fumadores suelen engordar al dejar el hábito. La pérdida del efecto del consumo del tabaco sobre el metabolismo graso, así como la ausencia del comportamiento tabáquico, el incremento de la ingesta de calorías y el aumento de la ansiedad al dejar de fumar, hacen que se favorezca la ganancia de peso. Este detalle puede resultar clave a la hora del inicio y el mantenimiento del tabaquismo entre los jóvenes. Las mujeres jóvenes están, en general, más preocupadas que los hombres por su imagen corporal, y la mayoría de ellas consideran que sufren sobrepeso.

En el estudio ECERS de 1993-94 se demuestra que las chicas hacen dieta mucho más frecuentemente que los chicos. La proporción de chicas que hacen dieta o que piensan que deberían hacerla es, en cada país, doble o triple que la de chicos. Es interesante destacar que es precisamente la adolescencia donde coinciden el inicio del consumo del tabaco y de la preocupación por el control del peso.”<sup>7</sup>

En la embarazada el hábito tabáquico genera una serie de riesgos que van a repercutir tanto en ella como en el feto durante y después de finalizar la gestación.

En los últimos 20 años se han realizado una serie de estudios epidemiológicos que han podido identificar múltiples efectos adversos relacionados con el hecho de fumar durante el embarazo.

En el período gestacional se da un aumento del riesgo de aparición de los siguientes trastornos: aborto espontáneo, embarazo ectópico, placenta previa, desprendimiento de placenta, polihidramnios, parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, anomalías neonatales como gastroquisis, Test de Apgar bajo, y aumento de la mortalidad perinatal. Se ha demostrado que en el embarazo se da un estado de hipercoagulabilidad.

Dicha hipercoagulabilidad en parte se debe al aumento de los lípidos en plasma; a esto se suma en el caso de las fumadoras un incremento en los triglicéridos, una disminución en el nivel de lipoproteínas de alta densidad (HDL), y un aumento del Factor VII C de la coagulación. Dicho aumento presenta un mayor riesgo de aparición de complicaciones tromboembólicas. En estudios recientes se ha podido objetivar una diferencia significativa en el incremento del Factor VII Am en las embarazadas fumadoras respecto a las no fumadoras, que aparecería en las dos últimas etapas del embarazo (a partir de la semana 21). Así pues

---

<sup>7</sup> Material extraído vía Internet, direcciones: [www.separ.es/servicios/publicaciones/tabaquismo/45.htm](http://www.separ.es/servicios/publicaciones/tabaquismo/45.htm)  
[www.falcecsanisidro.org.ar/tabaquismo.htm](http://www.falcecsanisidro.org.ar/tabaquismo.htm)

esto indica un riesgo agregado para ambos, tanto de trombosis en la embarazada como de aumento de morbilidad e incluso de mortalidad en el feto a consecuencia de procesos trombóticos en la vascularización útero-placentaria.

Los problemas no finalizan tras el parto. Los hijos de mujeres que han fumado durante el embarazo tienen un alto riesgo de presentar: síndrome de muerte súbita del recién nacido, infecciones respiratorias, asma, infecciones del oído, disminución de la función pulmonar, dificultad para el aprendizaje, disminución del coeficiente intelectual (entre los 3-4 años), problemas de comportamiento (a los 8, 10 y 12 años) y posteriormente durante su vida enfermedades vasculares.

Múltiples estudios se han publicado sobre la posible relación entre la exposición prenatal tanto al tabaquismo pasivo como al tabaquismo activo de la madre y la exposición postnatal al humo del tabaco; y el aumento de la incidencia del cáncer en la infancia. Especialmente parecen estar relacionados los tumores cerebrales y algunas formas de leucemia y linfoma, si bien algunos estudios son negativos. A pesar de todo es incuestionable que la demostración a través de la dosis de biomarcadores específicos de la exposición del feto a los componentes del tabaco y en particular a algunos carcinógenos, está a favor de un potencial efecto directo sobre los tejidos fetales. Tanto el feto como los recién nacidos pueden ser especialmente susceptibles a la agresión carcinogénica, por lo que se deben seguir unos principios de precaución.<sup>5</sup>

El tabaquismo es la adicción más común entre las mujeres embarazadas. Solo el 20 % de las fumadoras que quedan embarazadas se abstienen durante la gestación. El efecto del tabaquismo observado con mayor constancia en el recién nacido a término es la reducción en su peso de hasta 250 gr. La exposición pasiva al humo del cigarrillo "de segunda mano" en una embarazada también puede producir el nacimiento de un bebé de bajo peso. La tasa de abortos espontáneos y parto pretérmino está elevada en la población de fumadoras. Las embarazadas fumadoras presentan una mayor incidencia de desprendimiento precoz de la placenta, placenta previa, rotura prematura de membrana y amnionitis. La anencefalia, las cardiopatías congénitas y las fisuras orofaciales son más frecuentes entre los hijos de fumadoras que en las pacientes de control.

Varios estudios han publicado una asociación positiva entre el tabaquismo materno y el síndrome de la muerte súbita del lactante, no está claro si esta asociación refleja la exposición intra útero o la exposición pasiva neonatal, o ambas. El humo del cigarrillo tiene más de dos mil compuestos, incluidos monóxido de carbono, dioxina, cianuro y cadmio. Los estudios a largo plazo muestran efectos residuales posteriores al período neonatal. Se han registrado déficit del crecimiento y del desarrollo intelectual, emocional y de la conducta. Se incluyen defectos de las respuestas auditivas, aumento del temblor motor fino, hipertonia y

---

<sup>5</sup> Material extraído vía Internet, direcciones: [www.separ.es/servicios/publicaciones/tabaquismo/45.htm](http://www.separ.es/servicios/publicaciones/tabaquismo/45.htm)  
[www.lalcecsanidro.org.ar/tabaquismo.htm](http://www.lalcecsanidro.org.ar/tabaquismo.htm)

disminución de la comprensión verbal. Se cree que estos efectos se deben a la acción tanto del monóxido de carbono, que puede provocar una hipoxia tisular crónica, como de la nicotina, que estimula la liberación de catecolaminas que producen la vasoconstricción útero-placentaria. La nicotina y la cotinina, las dos sustancias con actividad farmacológica presentes en el tabaco, se encuentran en altas concentraciones en los bebés de madres fumadoras.<sup>9</sup>

El consumo de alcohol actualmente se reconoce como el primero de los teratógenos conocidos. Una de las principales consecuencias de beber durante el embarazo es el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF).

Por ésta razón se recomienda la abstinencia de éste durante el embarazo.

El alcohol puede producir un amplio espectro de defectos, que oscila entre el aborto espontáneo y graves efectos sobre la conducta en ausencia de anomalías físicas; durante el embarazo incrementa las probabilidades de interrupción del mismo, bajo al nacer, nacimiento sin vida muerte durante los primeros años de infancia.<sup>10</sup>

El síndrome alcohólico fetal incluye retraso del crecimiento antes o después del parto, anomalías faciales y disfunciones del Sistema Nervioso Central, entre ellas microcefalia, grados diversos de retraso mental y anomalías del desarrollo neuroconductual.

El riesgo de aborto espontáneo aumenta alrededor del doble si la madre bebe durante la gestación. El síndrome alcohólico fetal es la principal causa conocida de retraso mental, que tienen una incidencia superior a la del síndrome de Down y la parálisis cerebral. En general, el grado de retraso mental se relaciona positivamente con la gravedad de la dismorfogénesis. La microcefalia, un rasgo común en el síndrome alcohólico fetal, probablemente sea consecuencia de la disminución global del crecimiento cerebral.

No obstante, es difícil obtener la información precisa sobre este tema porque el etanol (alcohol) se absorbe con rapidez en el intestino delgado y se metaboliza en el hígado de manera que es difícil determinar su presencia en la sangre.

La identificación de mujeres con mayor riesgo de abuso de alcohol en el embarazo debe ser un blanco primario de los esfuerzos educativos del equipo de salud.

"No se considera cuantificable la cantidad de alcohol nocivo en el embarazo ya que hasta las cantidades de alcohol más pequeñas pueden tener efectos dañinos. Las embarazadas deben dejar de beber alcohol por completo durante el embarazo, ya que solamente un episodio de embriaguez hace que el nivel de alcohol en sangre suba a niveles altos muy rápidamente."<sup>11</sup>

La negativa del problema y de sus consecuencias es universal y constituye un elemento clave de la enfermedad. La consiguiente falta de notificación del uso del alcohol en el embarazo es, por tanto, una de las preocupaciones principales del equipo de salud.

<sup>9</sup> El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 9ª Edición. 1994. Pág. 2080-2082.

<sup>10</sup> Material vía Internet, dirección: <http://www.Nacersano.org/BibliotecaDeSalud/informativas/alcohol.htm>

<sup>11</sup> Material extraído vía Internet Dirección: <http://familydoctor.org/spanish/c068.html>

Algunas de las manifestaciones clínicas del uso de alcohol durante el embarazo son la incapacidad de establecer relaciones positivas, de lo que resulta un comportamiento manipulador, baja tolerancia a la frustración, ansiedad y expresiones de culpa relacionados con los patrones de comportamiento alcohólico.

Durante la abstinencia la agitación del Sistema Nervioso Central se manifiesta como fatiga, insomnio, agitación, e inquietud. En estas mujeres pueden observarse hematomas, erupciones u otras lesiones. Otros problemas potenciales son la falta de higiene física y la desnutrición, en especial en las personas cuyo abuso del alcohol es crónico.

El SAF se basa en unos criterios mínimos de signos en cada una de sus tres categorías: restricción de crecimiento pre y postnatal; déficit funcional del Sistema Nervioso Central, incluido el retraso mental y características faciales como microcefalia, ojos pequeños o fisuras parpebrales cortas y un labio superior fino.<sup>12</sup>

De los bebés expuestos al alcohol antes del nacimiento que no satisfacen los criterios para el diagnóstico de SAF, se puede decir que padecen efectos alcohólicos fetales (EAF) o defectos de nacimiento relacionados con el alcohol. Estos cubren un espectro que va desde las discapacidades de aprendizaje y comportamiento hasta los trastornos del lenguaje o el habla, e hiperactividad.

El patrón de déficit de crecimiento que comenzó en la vida prenatal persiste después del parto en las tasas de crecimiento lineal, ganancia de peso, y el crecimiento del perímetro cefálico.

Al retraso mental (Coeficiente Intelectual < 79 a los 7 años de edad), la hiperactividad y la disfunción de la motricidad fina, se añaden los problemas discapacitantes que puede imponer el alcoholismo materno. Se observan anomalías genitales en las niñas de madres adictas al alcohol.

El alcoholismo crónico y grave (toxicidad por etanol), y no la desnutrición materna, es el responsable de la gravedad y la constancia de los problemas del desempeño postnatal.

Los niveles elevados de alcohol son letales para el embrión en desarrollo. Los niveles menores pueden causar malformaciones cerebrales y de otros órganos.

Los efectos del alcohol, no obstante, no solo dependen de la cantidad de la sustancia consumida sino también de la interacción de la cantidad, la frecuencia, el tipo de alcohol y el abuso de otras drogas. El cigarrillo, la cocaína y la marihuana pueden potenciar los efectos fetales del consumo de alcohol durante la gestación.

La disminución del peso al nacimiento es el indicador más fidedigno de la exposición prenatal al alcohol, estimándose el peso medio de estos niños al nacer en alrededor de 2000 g, siendo la mediana de peso de todos los recién nacidos de alrededor de 3300 g.

---

<sup>12</sup> Enfermería Materno Infantil. D.L. Lowdermilk-S.E Perry. 6ª Edición, 1998. Cap.39.

Se considera recién nacido de **bajo peso**, cuando el peso de este es menor a 2500 gr. El mismo es ampliamente usado como indicador de salud dado que los niños con bajo peso al nacer tienen serias limitaciones en su **sobrevida** y su **calidad de vida**.

En los países desarrollados, el 6,2% de los recién nacidos tienen bajo peso, mientras que en los países en desarrollo el 16,4% de los recién nacidos presentan bajo peso.

América Latina presenta una incidencia de bajo peso al nacer de alrededor del 9% del total de los nacimientos institucionales y está presente en más del 75% de los niños que mueren en el período neonatal. De éstos neonatos de bajo peso, entre el 40% y el 70% son de pretérmino y con un peso adecuado para su edad gestacional; por otra parte el 30 a 60 % de los nacidos de bajo peso corresponden a retardos del crecimiento intra uterino o mal nutridos fetales.

La consecuencia del bajo peso al nacer presenta dos posibles mecanismos: uno es nacer antes, y consecuentemente ser un niño **pretérmino**; el otro es sufrir durante la vida fetal un **retardo en el crecimiento** y consecuentemente es un niño que presenta bajo peso al nacer pero nace a término.

Los nacidos de bajo peso tienen con frecuencia graves problemas para la adaptación a la vida extrauterina.

Las acciones ideales para abordar éste problema son aquellas dirigidas a prevenir el nacimiento de niños con bajo peso; éstas son las fundamentalmente dirigidas al mejoramiento del nivel socio económico educacional de la población y al ordenamiento de la atención perinatal por niveles de cuidado, así como la capacitación y concientización del equipo de salud. Ésta política sanitaria deberá garantizar en la mujer la corrección de los factores de riesgo potenciales de bajo peso al nacer.<sup>13</sup>

Se considera que un recién nacido es **pretérmino** cuando nace antes de la semana 37 de gestación. Anteriormente se consideraba pretérmino cualquier recién nacido con un peso menor a 2500 gramos, esta definición era inadecuada, dado que muchos recién nacidos que pesan menos de 2500 gramos son realmente maduros o postmaduros pero pequeños respecto de su edad gestacional (PEG) y presentan un aspecto y unos problemas diferentes en comparación con los recién nacidos pretérminos. En la mayoría de los casos se desconoce la causa de un parto pretérmino o de la rotura prematura de las membranas. No obstante, las historias de mujeres que tienen partos pretérminos suelen revelar un nivel socioeconómico bajo, carencia de asistencia médica prenatal, nutrición deficiente, educación deficiente, soltería y enfermedades o infecciones intercurrentes no tratadas.

El riesgo de un parto pretérmino, que es la causa más importante de morbi - mortalidad neonatal, se puede reducir adoptando las medidas pertinentes para que todas las mujeres, especialmente las que pertenezcan a "grupos de riesgo elevado", tengan acceso a una

<sup>13</sup> Salud perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano. OPS-OMS. Abril 2000.  
Obstetricia. R.L. Schwarcz, 5ª Edición, 1994.

asistencia prenatal precoz y adecuada. Ante la posibilidad de un parto pretérmino se utilizan tocolíticos.

El recién nacido pretérmino es de tamaño pequeño, suele pesar menos de 2500 gramos y tiende a tener la piel delgada, brillante y rosada, a través de la cual se ven fácilmente las venas subyacentes. Hay poco tejido graso subcutáneo, pelo o tejido cartilaginoso en el oído externo. La actividad espontánea y el tono muscular son menores y las extremidades no mantienen una posición flexionada. En los varones el escroto puede tener pocas rugosidades y es posible que los testículos no hayan descendido; y en las mujeres los labios mayores no cubren todavía los labios menores.<sup>14</sup>

Cuando se estima un peso inferior al que le correspondería para su edad gestacional se considera que hay un **Retardo en el Crecimiento Intrauterino (RCIU)**.

Si el RCIU se presenta en un embarazo pretérmino, el riesgo perinatal es mayor debido a que se asocian las dos patologías.

Las diferencias de alteración del crecimiento se dan porque las velocidades de crecimiento de los diferentes tejidos no son sincrónicas, los tejidos poseen su hiperplasia en diferentes momentos de la gestación. Un tejido es más sensible al daño cuando está en su momento de mayor velocidad de crecimiento.

El RCIU raramente se detecta previo a las 30-32 semanas de edad gestacional.

Se asocia con disminución de movimientos fetales, oligoamnios, poco aumento de peso materno, detención del aumento del tamaño del útero en relación con el progreso del embarazo.

Puede ser de tipo I simétrico o II asimétrico.<sup>15</sup> En el primer caso se encuentran reducidas todas las medidas de forma proporcional y simétrica, y mayoritariamente se ve cuando el retardo es en etapas precoces del embarazo.

En el segundo caso sólo descende el peso y se ve generalmente en el tercer trimestre.

**COMPARACION ENTRE RCIU TIPO I Y II**

	<b>TIPO I: SIMETRICO</b>	<b>TIPO II: ASIMETRICO</b>
<b>CAUSAS</b>	Intrínseco (Genético) o extrínseco (infección intrauterina, teratógenos, drogas)	Extrínseco Insuficiencia placentaria (patología materna)
<b>FRECUENCIA</b>	20%	80%
<b>COMIENZO</b>	Temprano (<28 sem.)	Tercer trimestre (>28 sem.)

<sup>14</sup> El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 9ª Edición. 1994. Pág. 2179- 2180.

<sup>15</sup> Material extraído vía Internet Dirección: escuela.med. pvc/alto riesgo/rciu.htm

ORGANOS AFECTADOS	Microcefalia, disminución cerebro, disminución hígado. Cerebro/hígado (N)	Peso > Longitud. Cerebro (N) e hígado disminuido. Cerebro/hígado = 6/1 (N=3/1)
CARACTERÍSTICAS CELULARES	Reducción en número (hipoplasia) Tamaño normal	Reducción en tamaño (hipotrofia) Número normal
CRECIMIENTO PLACENTARIO	Tamaño normal	Tamaño disminuido
ANOMALIAS FETALES	Frecuentes, múltiples	Infrecuentes
DIAMETRO BIPARIETAL	Pequeño	Normal
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL	Pequeña	Pequeña
C. CRANEANA /C. ABDOMINAL	Normal	1.0 más allá de las 37 sem. (aumentado en el precoz y normal en el más tardío)
ÍNDICE PONDERAL	Normal	Disminuido
DOPPLER	Índices de resistencia en arteria umbilical aumentados. Índice de resistencia en ACM aumentado	Índices de resistencia en arteria umbilical aumentados. Índice de resistencia en ACM disminuido ("brain sparing")
CRECIMIENTO POST NATAL	Pobre	Bueno

Algunos investigadores prefieren utilizar una clasificación etiológica de los fetos con RCIU, subdividiéndolos en los siguientes grupos<sup>15</sup>:

- 1) RCIU intrínseco. En estos fetos la causa del retraso de crecimiento es una condición fetal como anomalías cromosómicas.
- 2) RCIU extrínseco. En este grupo la causa reside en elementos externos

<sup>15</sup> Material extraído via Internet Dirección: escuela.med.pvc/alto riesgo/rciu.htm

al feto, como patología materna o placentaria.

3) RCIU combinado. Coexisten aquí factores extrínsecos e intrínsecos que reducen el potencial de crecimiento.

4) RCIU idiopático. No se reconocen elementos causales.

El proceso de crecimiento fetal depende de la relación entre factores maternos, fetales y placentarios.

A los factores maternos los podemos dividir en:

A) Factores de riesgo preconcepcionales

1. Bajo nivel socio-económico educacional de la mujer: este factor negativo podría estar mediatizado por otras variables como la nutrición materna y la poca ganancia de peso materno durante la gestación, por el desarrollo de complicaciones tales como Preclampsia, Anemia, Infección, etc., es decir la suma de múltiples factores.

2. Edades extremas; menores de 15 y mayores de 45 años.

Este factor generalmente está asociado a otros como bajo nivel socio-económico y educacional de la madre y ausencia de controles fetales prenatales.

3. Estado nutricional: las mujeres cuyo peso en ausencia de embarazo es menor o igual a 45 kg corre un mayor riesgo de dar a luz un recién nacido de bajo peso.

Estatura: las mujeres menores o iguales a 1.50 m de estatura tienen un mayor riesgo de desproporción pelvico-fetal, parto pretérmino RCIU.

3. Enfermedades crónicas: Hipertensión arterial(HTA), Nefropatías, Diabetes.

La insulina constituye la principal hormona de crecimiento fetal y es responsable del crecimiento después de la semana 26 de gestación.

La concentración de glucosa materna y fetal es la responsable de los niveles de insulina fetal. Bajos niveles de insulina fetal están asociados con RCIU, así como disminución de glucógeno del hígado, corazón y una disminución de tejido adiposo subcutáneo.

4. Antecedentes de Recién Nacidos PEG.

B) Factores de riesgo concepcionales.

1. Embarazo Múltiple: El riesgo de tener un recién nacido de bajo peso al nacer en embarazos dobles es alrededor de diez veces mayor que en embarazos únicos y la mortalidad perinatal entre cuatro a cinco veces mayor.

2. Aumento de peso materno menor que el percentil 25 para la edad gestacional.

El aumento espontáneo de peso durante el embarazo oscila entre los 9 y 12 kg, siendo mayor en las que eran delgadas al inicio de la gestación que en las normales y las obesas.

Por cada kg de aumento materno el peso fetal se incrementa en 55 grs.

El riesgo de tener un pequeño para la edad gestacional es de 2.5 a 44 veces mayor cuando la madre gana menos de 8 Kg al término del embarazo.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Enfermería Materno Infantil. D.L. Lowdermilk- S.E Perry. 6ª Edición. 1998.

3. Intervalo intergenésico menor de doce meses. Más importante que el intervalo entre generaciones es la tendencia a repetir el evento desfavorable durante el embarazo subsiguiente.

4. Hipertensión inducida por el embarazo: La toxemia ejerce sobre el crecimiento fetal un efecto nocivo, ya que su retardo se relaciona con la severidad del cuadro materno.

En la preclampsia severa se ha encontrado hasta un 46% de RCIU que es más frecuente cuando el cuadro clínico se establece antes de las 37 semanas de gestación.

5. Infecciones virales, bacterianas y parasitarias: Las infecciones virales como la rubéola y el citomegalovirus producen RCIU por destrucción celular e inhibición de la mitosis.

6. Malformaciones congénitas.

7. Hábito de Fumar: Se ha demostrado una disminución de 125 a 300 grs. del peso del Recién Nacido en hijos de madres fumadoras con relación a las que no fuman.<sup>17</sup>

8. Consumo de alcohol: el Síndrome Alcohólico Fetal incluye retraso del crecimiento antes y después del parto, entre otros.

9. Consumo de drogas y cafelinas.

10. Estrés.

11. Control perinatal inadecuado (mínimo eficiente 5 controles).

Las complicaciones para el feto con RCIU son la Asfixia Perinatal, a causa de la hipoxia crónica durante la vida intrauterina, que deja pocas reservas para soportar el trabajo de parto y el parto, e incrementa el riesgo de hemorragia intracraneal.

También se puede dar el Síndrome de Aspiración de Meconio, el cual se produce intra útero o durante el parto y suele deberse a la hipoxia fetal. La respuesta fetal a la hipoxia incluye la relajación refleja del esfínter anal y aceleración del peristaltismo intestinal así como boqueadas reflejas que ocasionan aspiración de meconio hacia el aparato traqueobronquial. El meconio en el aparato respiratorio actúa como cuerpo extraño e impide el flujo de aire hacia los alvéolos.

Cualquier recién nacido cuyo peso se halla por debajo del percentil 10 para la edad de gestación, independientemente de que sea prematuro, a término o postmaduro se lo denomina **Pequeño para la Edad Gestacional (PEG)**. A pesar de su pequeño tamaño, un recién nacido a término PEG no presenta los problemas relacionados con la inmadurez de los sistemas orgánicos que presenta el pretérmino.

Un recién nacido puede ser pequeño en el momento del nacimiento debido a factores genéticos (padres de pequeña estatura o una alteración genética asociada a una talla baja) o a otros factores que pueden retrasar el crecimiento intrauterino. Estos factores intrauterinos (no genéticos) no suelen ser operativos antes de las 32-34 semanas de gestación e incluyen la insuficiencia placentaria que suele ser consecuencia de una

---

Apuntes de clases de Nutrición; Enf. Materno Infantil 1999.

<sup>17</sup> Enfermería Materno Infantil. E.J Dickason- B.L Silverman. 2ª Edición. 1994. Pág. 201.

enfermedad materna que afectó los pequeños vasos sanguíneos (como preclampsia, hipertensión primaria, enfermedad renal o diabetes de larga evolución), la involución placentaria que acompaña a la postmadurez, o agentes infecciosos como el citomegalovirus, el virus de la rubéola o el *Toxoplasma Gondii*. Un recién nacido puede ser PEG si la madre es adicta a los opiáceos o a la cocaína o se trata de una fuerte bebedora de alcohol y, en menor grado, si fuma durante el embarazo.

A pesar de su pequeño tamaño los recién nacidos PEG presentan características físicas y de conducta similares a los de tamaño normal de la misma edad de gestación. Por lo tanto un recién nacido de 1400 gramos nacido entre la 37 y 42 semanas de gestación puede tener la piel, el cartílago de la oreja, los pliegues plantares, el desarrollo genital, el desarrollo neurológico, el estado de alerta, la actividad espontánea y el gusto por la comida de un recién nacido a término.

Si el retraso del crecimiento intrauterino ha sido provocado por una malnutrición crónica, los recién nacidos PEG pueden presentar una "recuperación" del crecimiento después del nacimiento si reciben un aporte calórico adecuado.<sup>18</sup>

Como Licenciados en Enfermería es importante identificar las diferencias entre consumo de drogas y adicción; teniendo en cuenta que la adicción es un estado de alteración, a veces de intoxicación, provocado por la ingestión de una o varias drogas.

Naturalmente hay grados de dependencias: uso, abuso y adicción.

La adicción de las drogas es un problema social, económico y político.

Se caracteriza por una modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir la droga en forma continua o periódica.

Las drogas son sustancias químicas, naturales o sintéticas, que actúan sobre el cuerpo o la mente alterando el estado de ánimo

Además se entiende que un adicto, drogadicto o farmacodependiente es aquel que depende de una o más drogas.

Las drogas modifican la personalidad de tal modo que el adicto se despreocupa de todo, se aleja de su familia, amigos y para sentirse comprendido busca compañía en otros individuos.

Todas las adicciones son diagnosticables ya que sus síntomas pueden ser reconocidos y descritos; por lo que es de gran importancia que el Licenciado en Enfermería sepa reconocerlos.

Los cuatro signos (síntomas) cardinales de la adicción son:

### **OBSESIÓN**

La conducta adictiva es, por lo general, apremiante y obsesiva.

### **CONSECUENCIAS NEGATIVAS**

Lo que hace que una adicción sea una adicción nociva es que se

<sup>18</sup> El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 9ª Edición. 1994. Pág. 2184.

vuelve en contra de uno mismo y de los demás. Al principio se obtiene cierta gratificación aparente, igual que con un hábito. . Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo.

Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan a muchos aspectos diferentes de la vida de una persona. Los más importantes son:

**Relaciones:** La relación con la familia, amigos o pareja se altera, aparecen discusiones frecuentes, desinterés sexual, la comunicación se interrumpe, hay pérdida de confianza, alejamiento, etc.

**Trabajo:** Cuando una persona tiene una adicción suele restarle tiempo a su trabajo para buscar la droga o recuperarse de su uso, suele llegar tarde, hay menor productividad, deterioro de la calidad del trabajo o pérdida del propio trabajo.

**Economía:** Al destinar la mayor parte del dinero a comprar las drogas, apenas queda dinero para otras cosas. Los ahorros se agotan y suele aparecer el endeudamiento.

A veces para poder sufragar los gastos de la adicción se ve obligado a recurrir a actividades ilegales.

**Salud psíquica:** Los adictos suelen padecer una amplia gama de trastornos psicológicos, como estados de ánimo negativos e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima e intensos sentimientos de culpa.

**Conducta:** Como conseguir y usar la droga se ha vuelto casi importante que ninguna otra cosa, los adictos se vuelven egoístas y egocéntricos: no les importa nadie más que ellos mismos.

**Salud Física:** La adicción suele conllevar la aparición de multitud de síntomas físicos incluyendo trastornos del apetito, úlcera, insomnio, fatiga, más los trastornos físicos y enfermedades provocadas por cada sustancia en particular.

#### **FALTA DE CONTROL**

El rasgo distintivo de la conducta adictiva es que al tratar de controlarla, la voluntad resulta insuficiente.

#### **NEGACIÓN**

A medida que los adictos empiezan a acumular problemas (en el trabajo, hogar, socialmente), inevitablemente comienzan a negar dos cosas:

Que la droga o actividad en cuestión constituya un problema que no pueden controlar

Que los efectos negativos en sus vidas tengan alguna conexión con el uso de la droga o actividad.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Un aspecto importante a tener en cuenta al momento de realizar una investigación en enfermería, es el enfoque ético. Para ello es necesario considerar ciertos principios morales cuando se estudia a seres humanos. En la historia del hombre se conocen investigaciones realizadas con seres humanos que no consideraron aspectos éticos, cometándose violaciones a los derechos humanos.

En respuesta a dichas situaciones desde hace cuatro décadas comenzaron a crearse los códigos de ética que tratan sobre la protección de los derechos humanos al momento de investigar. Es así que la mayoría de las disciplinas elaboró sus propios códigos de ética; existiendo también otros que regulan principios éticos generales, como el Reporte Belmont que trata de tres principios éticos. Ellos son: Beneficencia, Respeto a la Dignidad Humana, y Justicia.

### Principio de Respeto a la Dignidad Humana.

Este incluye dos aspectos: el derecho a la autodeterminación y a la información completa.

- Derecho a la autodeterminación: Los seres humanos factibles de participar en una investigación deben tratarse como seres autónomos, esto significa que tienen derecho a decidir en forma voluntaria si participan o no en el estudio. También significa que tienen derecho a decidir en que punto terminan su participación o se rehúsan a dar información. Este aspecto también incluye la falta de coerción de cualquier tipo.

- Derecho a la información completa: El investigador describe con detalle la naturaleza del estudio. Estos dos aspectos son dos elementos de base para el Consentimiento informado.

Los sujetos tienen derecho de que la información recolectada durante el curso de un estudio se mantenga en estricta confidencia. Esto puede ocurrir ya sea a través del anonimato o de otros procedimientos.

La información no se compartirá con extraños ni con gente que conoce a los sujetos, como los miembros de su familia, consejeros médicos etc.

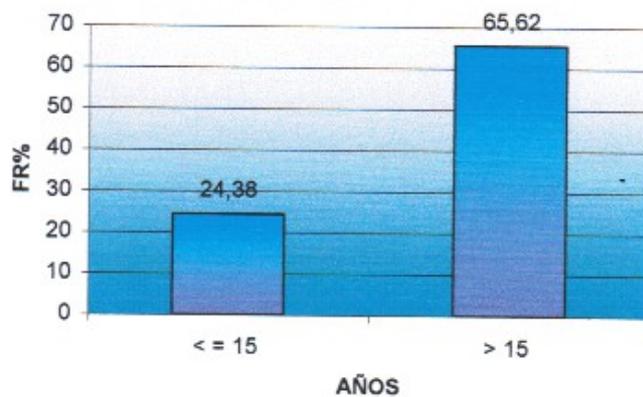
**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** esto significa que los sujetos tienen información adecuada sobre la investigación, son capaces de comprenderla y tienen el poder de libre elección para consentir de manera voluntaria a participar o no en la investigación.

En ésta investigación el consentimiento será expresado en forma verbal al momento de la entrevista.

## RESULTADOS

**Tabla y Gráfico N° 1:** Caracterización según edad de las puérperas adolescentes con hijos de bajo peso al nacer internadas en el Servicio de Maternidad Piso 2 sala 4 del Hospital Pereira Rossell ( Población de estudio).

EDAD(años)	F.A	F.R %
< = 15	11	24,38
> 15	21	65,62
TOTAL	32	100



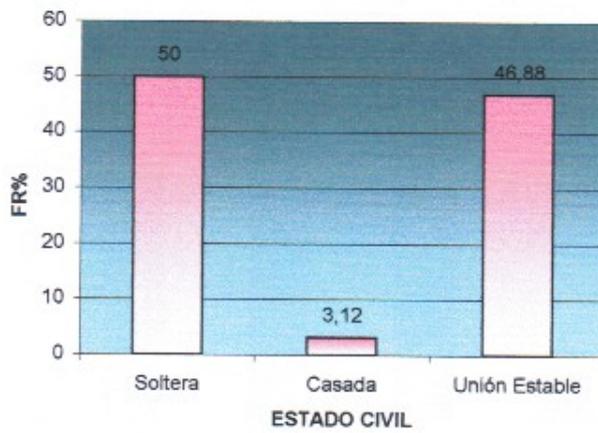
Fuente: Entrevista realizada a la población de estudio durante el período Agosto-Setiembre 2001. (\*).

Revisión de Historias Clínicas (ficha obstétrica) de la población de estudio durante el período Agosto-Setiembre 2001. (\*\*).

De la población de estudio constituida por 32 adolescentes puérperas con hijos de bajo peso al nacer internadas en el Servicio de Maternidad Piso 2 Sala 4 del Hospital Pereira Rossell, el 65,62 % eran mayores de 15 años.

**Tabla y Gráfico N° 2:** Distribución según el estado civil de la población de estudio.

ESTADO CIVIL	F.A	F.R %
Soltera	16	50
Casada	1	3,12
Unión Estable	15	46,88
TOTAL	32	100

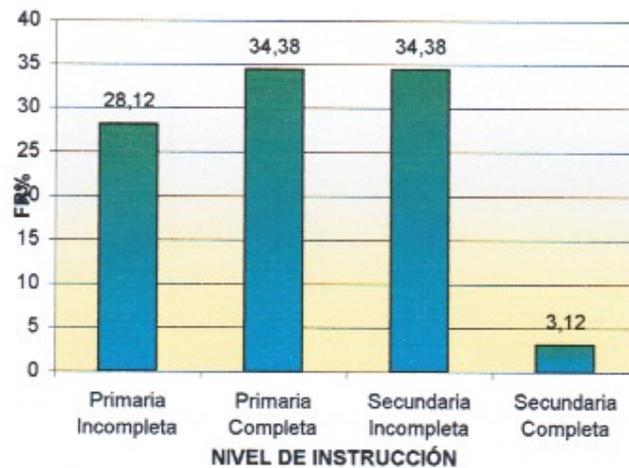


Fuente:(\*) (\*\*).

Se encontró que el 50 % de las adolescentes eran solteras, mientras que un 46,88 % vivían en unión estable.

**Tabla y Gráfico N° 3:** Caracterización según el nivel de instrucción de la población de estudio.

NIV. DE INSTRUCCIÓN	F.A	F.R %
Primaria Incompleta	9	28,12
Primaria Completa	11	34,38
Secundaria Incompleta	11	34,38
Secundaria Completa	1	3,12
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

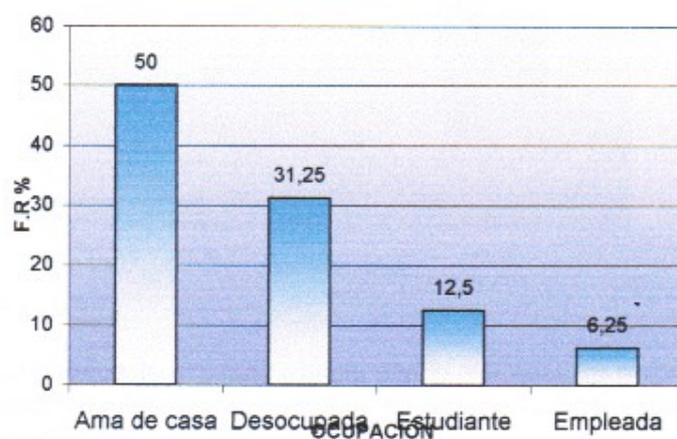


Fuente: (\*\*).

En relación al nivel de instrucción de la población de estudio se pudo apreciar que un 34,38 % cursaron Primaria Completa y Secundaria Incompleta en igual porcentaje, mientras que un 28,12% Primaria Incompleta.

**Tabla y Gráfico N° 4:** Caracterización según la ocupación de la población de estudio.

OCUPACIÓN	F.A	F.R %
Ama de casa	16	50
Desocupada	10	31,25
Estudiante	4	12,5
Empleada	2	6,25
TOTAL	32	100

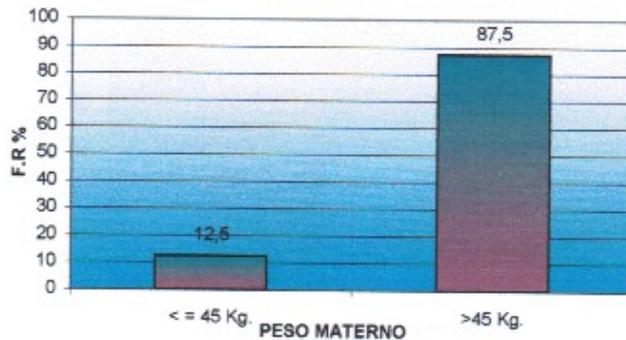


Fuente: (\*\*).

El 50 % de las adolescentes eran amas de casa, el 31,25 % estaban desocupadas, el 12,5 % eran estudiantes y un 6,25 % tenían empleo.

**Tabla y Gráfico N° 5:** Distribución de la población de estudio según el peso corporal previo al embarazo.

PESO MATERNO ( Kg.)	F.A	F.R %
< = 45 Kg.	4	12,5
>45 Kg.	28	87,5
TOTAL	32	100

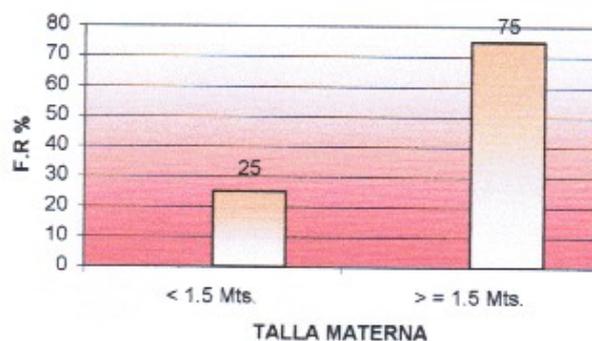


Fuente: (\*\*).

Con respecto al peso corporal previo al embarazo el 87,5% de las adolescentes pesaron más de 45 Kgs. El 12,5 % restantes pesaron menos de 45 Kgs.

**Tabla y Gráfico N° 6:** Caracterización de la población de estudio según su talla en mts.

TALLA MATERNA ( Mts.)	F.A	F.R %
< 1.5 Mts.	8	25
> = 1.5 Mts.	24	75
TOTAL	32	100

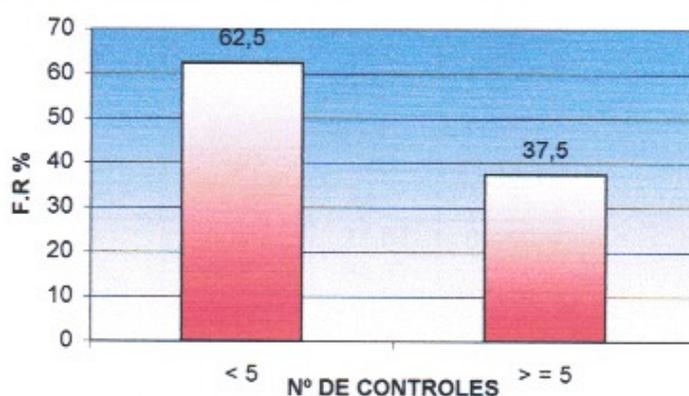


Fuente: (\*\*).

Con relación a la talla materna el 75 % median más de 1,5 mts.y el 25 % median menos de 1,5 mts.

**Tabla y Gráfico N° 7:** Distribución de la población de estudio según el N° de controles.

N° DE CONTROLES	F.A	F.R %
< 5	20	62,5
> = 5	12	37,5
TOTAL	32	100

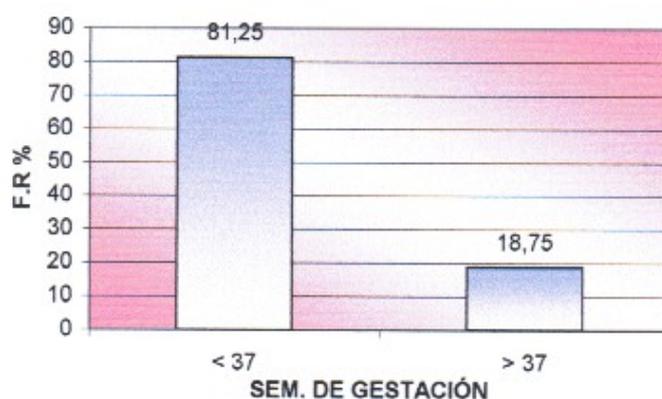


Fuente: (\*\*).

El 62,5 % de las adolescentes se realizaron menos de 5 controles obstétricos, mientras que un 37,5 % se realizaron más de 5 controles.

**Tabla y Gráfico N° 8:** Caracterización de la población de estudio por Semanas de gestación al momento del parto.

SEM. DE GESTACIÓN	F.A	F.R %
< 37	26	81,25
> 37	6	18,75
TOTAL	32	100



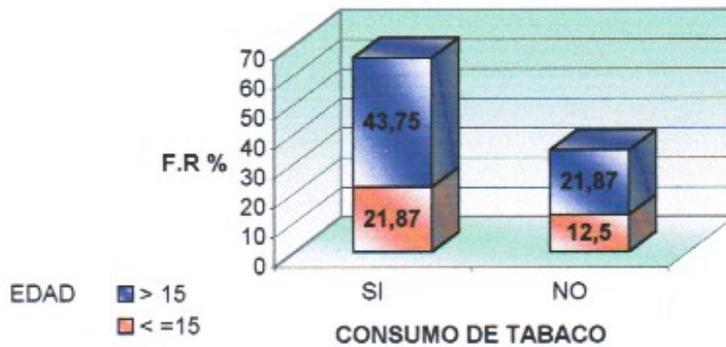
Fuente: (\*\*).

Un 81,25 % de las adolescentes presentaron menos de 37 semanas de gestación al momento de parto y un 18,75% tuvieron más de 37 semanas.

**Tablas y Gráfico N° 9:** Edad de la población de estudio en relación al Consumo de Tabaco, en Frecuencia Absoluta (F.A) Frecuencia Relativa Relativa Porcentual (F.R %).

		CONSUMO DE TABACO		
		SI	NO	TOTAL
EDAD	< =15	7	4	11
	> 15	14	7	21
	TOTAL	21	11	32

		CONSUMO DE TABACO		
		SI	NO	TOTAL
EDAD	< =15	21,87	12,5	34,37
	> 15	43,75	21,87	65,62
	TOTAL	65,62	34,37	100

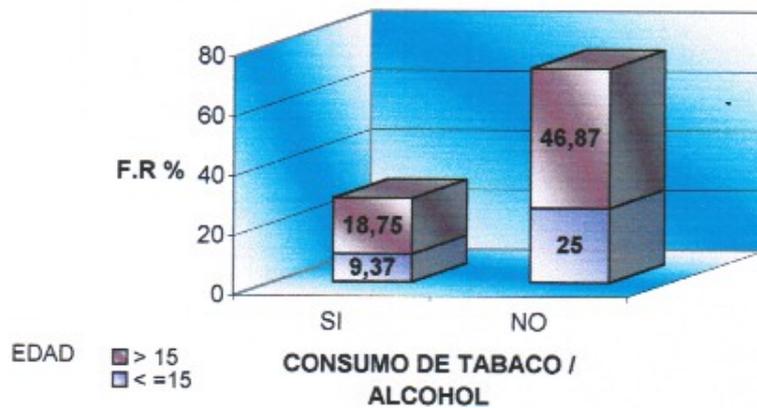


Analizando la interrelación de variables se observa con respecto a la edad y al consumo de tabaco, que el 43,75 % de las adolescentes mayores de 15 años y el 21,87 % menores de 15 años fumaron durante el embarazo.

**Tablas y Gráfico N° 10:** Edad de la población de estudio en relación al Consumo de Tabaco/Alcohol, en Frecuencia Absoluta (F.A) y Frecuencia Relativa Porcentual (F.R %).

		CONS. DE TAB / ALC		
		SI	NO	TOTAL
EDAD	< =15	3	8	11
	> 15	6	15	21
	TOTAL	9	23	32

		CONS. DE TAB / ALC		
		SI	NO	TOTAL
EDAD	< =15	9,37	25	34,37
	> 15	18,75	46,87	65,62
	TOTAL	28,12	71,87	100

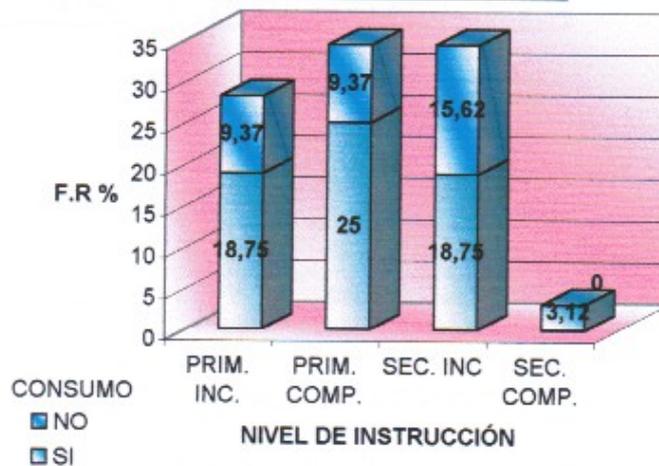


Con respecto al consumo de tabaco / alcohol y la edad de las adolescentes: el 18,75% mayores de 15 años y el 9,37% de las menores de 15 años fueron las que consumieron ambas drogas.

**Tablas y Gráfico N° 11:** Nivel de instrucción de la población de estudio en relación al Consumo de Tabaco en Frecuencia Absoluta (F.A) y Frecuencia Relativa Porcentual (F.R %).

		CONSUMO DE TABACO		
		SI	NO	TOTAL
N. DE INST.	PRIM. INC.	6	3	9
	PRIM. COMP.	8	3	11
	SEC. INC	6	5	11
	SEC. COMP.	1	0	1
	<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>32</b>

		CONSUMO DE TABACO		
		SI	NO	TOTAL
N. DE INST.	PRIM. INC.	18,75	9,37	28,12
	PRIM. COMP.	25	9,37	34,37
	SEC. INC	18,75	15,62	34,37
	SEC. COMP.	3,12	0	3,12
	<b>TOTAL</b>	<b>65,62</b>	<b>34,37</b>	<b>100</b>

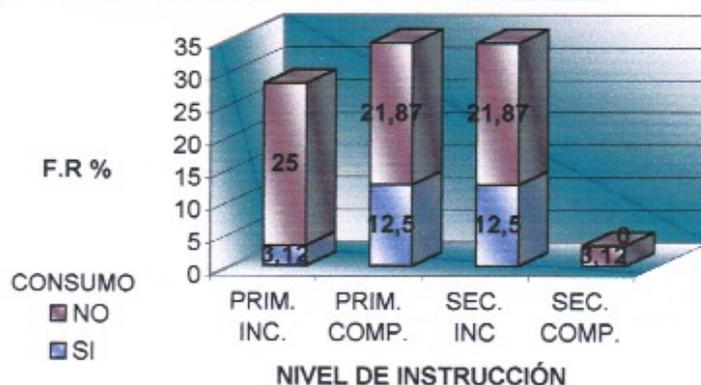


Con respecto al nivel de instrucción y el consumo de tabaco encontramos: el mayor porcentaje de consumo en las adolescentes que tenían Primaria Completa en un 25%; siguiendole en un 18,75% en aquellas que cursaron Primaria Incompleta y Secundaria Incompleta.

**Tablas y Gráfico N° 12:** Nivel de Instrucción de la población de estudio en relación al Consumo de Tabaco/Alcohol, en Frecuencia Absoluta (F.A) y Frecuencia Relativa Porcentual (F.R %).

		CONS. DE TAB / ALC		
		SI	NO	TOTAL
N. DE INST.	PRIM. INC.	1	8	9
	PRIM. COMP.	4	7	11
	SEC. INC	4	7	11
	SEC. COMP.	0	1	1
	<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>32</b>

		CONS. DE TAB / ALC		
		SI	NO	TOTAL
N. DE INST.	PRIM. INC.	3,12	25	28,12
	PRIM. COMP.	12,5	21,87	34,37
	SEC. INC	12,5	21,87	34,37
	SEC. COMP.	0	3,12	3,12
	<b>TOTAL</b>	<b>28,12</b>	<b>71,87</b>	<b>100</b>



En cuanto al consumo de tabaco / alcohol se observó en igual porcentaje (12,5 %) en adolescentes con Primaria Completa y Secundaria Incompleta.

**Tablas y Gráfico N° 13:** Ocupación de la población de estudio en relación al Consumo de Tabaco, en Frecuencia Absoluta (F.A) y Frecuencia Relativa Porcentual (F.R %).

		CONS. DE TABACO		
		SI	NO	TOTAL
OCUPAC.	A. DE CASA	13	3	16
	DESOCUP	8	2	10
	ESTUD.	0	4	4
	EMPLEADA	0	2	2
	TOTAL	21	11	32

		CONS. DE TABACO		
		SI	NO	TOTAL
OCUPAC.	A. DE CASA	40,62	9,37	50
	DESOCUP	25	6,25	31,25
	ESTUD.	0	12,5	12,5
	EMPLEADA	0	6,25	6,25
	TOTAL	65,62	34,37	100



En cuanto a la relación entre la ocupación de las adolescentes y el consumo de tabaco: el 40,62 % eran amas de casa y el 25 % desocupadas.

**Tablas y Gráfico N° 14:** Ocupación de la población de estudio en relación al Consumo de Tabaco/Alcohol, en Frecuencia Absoluta (F.A) y Frecuencia Relativa Porcentual (F.R %).

OCUP.	CONS. DE TAB / ALC		
	SI	NO	TOTAL
A. DE CASA	4	12	16
DESOCUP	5	5	10
ESTUD.	0	4	4
EMPLEADA	0	3,7	2
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>32</b>

OCUP.	CONS. DE TAB / ALC		
	SI	NO	TOTAL
A. DE CASA	12,5	37,5	50
DESOCUP	15,62	15,62	31,25
ESTUD.	0	12,5	12,5
EMPLEADA	0	6,25	6,25
<b>TOTAL</b>	<b>28,12</b>	<b>71,87</b>	<b>100</b>

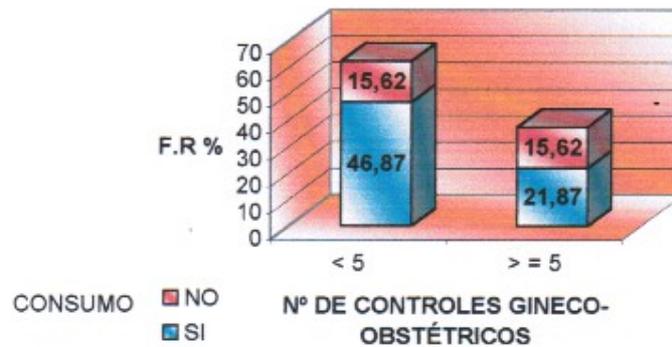


Relacionando la ocupación de la población de estudio y el consumo de ambas drogas observamos que el 15,62 % de las desocupadas consumieron al igual que el 12,5 % de las amas de casa.

**Tablas y Gráfico N° 15:** N° de controles del embarazo de la población de estudio en relación al Consumo de Tabaco, en Frecuencia Absoluta (F.A) y Frecuencia Relativa Porcentual (F.R %).

		CONSUMO DE TABACO		
		SI	NO	TOTAL
N° CONT.	< 5	15	5	20
	> = 5	7	5	12
	TOTAL	22	10	32

		CONSUMO DE TABACO		
		SI	NO	TOTAL
N° CONT.	< 5	46,87	15,62	62,5
	> = 5	21,87	15,62	37,5
	TOTAL	68,75	31,25	100

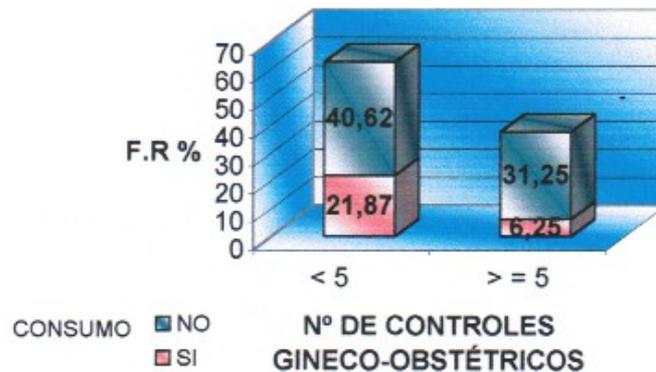


En relación con el N° de controles del embarazo y el consumo de tabaco podemos decir que el 46,87 % de las adolescentes que fumaron se realizaron menos de 5 controles, mientras que el 21,87 % se realizaron 5 o más controles y consumieron.

**Tablas y Gráfico N° 16:** N° de controles del embarazo de la población de estudio en relación al Consumo de Tabaco/Alcohol, en Frecuencia Absoluta (F.A) y Frecuencia Relativa Porcentual (F.R %).

N° CONT.	CONS. DE TAB / ALC		
	SI	NO	TOTAL
< 5	7	13	20
> = 5	2	10	12
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>32</b>

N° CONT.	CONS. DE TAB / ALC		
	SI	NO	TOTAL
< 5	21,87	40,62	62,5
> = 5	6,25	31,25	37,5
<b>TOTAL</b>	<b>28,12</b>	<b>71,87</b>	<b>100</b>

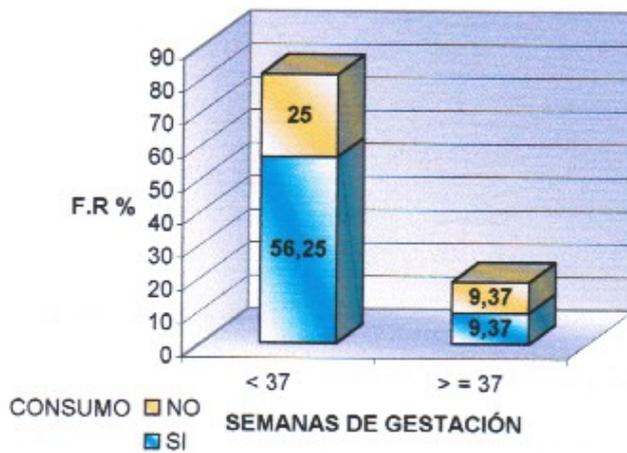


Relacionando el N° de controles del embarazo y el consumo de tabaco/ alcohol se observó que el 21,87 % de las que se realizaron menos de 5 controles consumieron ambas drogas, mientras que el 6,25 % se realizaron más de 5 controles y consumieron.

**Tablas y Gráfico N° 17:** Semanas de gestación al momento del parto de la población de estudio en relación al Consumo de Tabaco, en Frecuencia Absoluta (F.A) y Frecuencia Relativa Porcentual (F.R %).

		CONSUMO DE TABACO		
		SI	NO	TOTAL
S. GEST.	< 37	18	8	26
	> = 37	3	3	6
	<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>32</b>

		CONSUMO DE TABACO		
		SI	NO	TOTAL
S. GEST.	< 37	56,25	25	81,25
	> = 37	9,37	9,37	18,75
	<b>TOTAL</b>	<b>65,62</b>	<b>34,37</b>	<b>100</b>

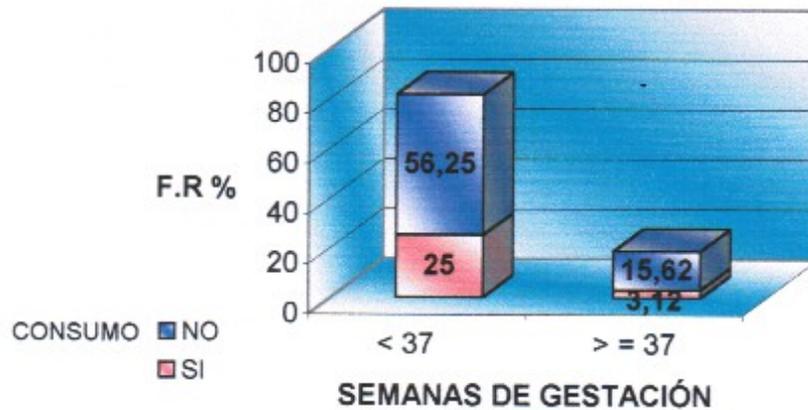


De las puérperas adolescentes el 81,25 % tuvieron sus hijos con 37 semanas de gestación, de las cuales el 56,25 % consumieron tabaco. En tanto que el 18,75 % de las adolescentes tenían más de 37 semanas de gestación al momento del parto, de las cuales el 9,37 % consumieron tabaco.

**Tablas y Gráfico N° 18:** Semanas de gestación al momento del parto de la población de estudio en relación al Consumo de Tabaco/Alcohol en Frecuencia Absoluta (F.A) y Frecuencia Relativa Porcentual (F.R %).

S. GEST.	CONS. DE TAB / ALC		
	SI	NO	TOTAL
< 37	8	18	26
> = 37	1	5	6
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>32</b>

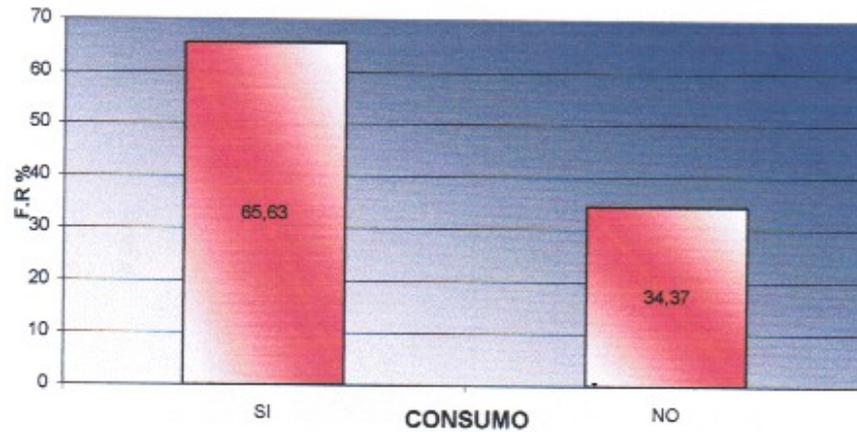
S. GEST.	CONS. DE TAB / ALC		
	SI	NO	TOTAL
< 37	25	56,25	81,25
> = 37	3,12	15,62	18,75
<b>TOTAL</b>	<b>28,12</b>	<b>71,87</b>	<b>100</b>



Se observó que del 81,25 % de las adolescentes puérperas que tuvieron sus hijos con 37 semanas de gestación, el 25 % consumieron ambas drogas, en tanto que del 18,75 % de las adolescentes con más de 37 semanas de gestación al momento del parto el 3,12 % consumieron ambas drogas.

**Tabla y Gráfico N° 19:** Consumo de alcohol y/o tabaco durante el embarazo en la población de estudio.

CONSUMO	F.A	F.R %
SI	21	65,63
NO	11	34,37
TOTAL	32	100

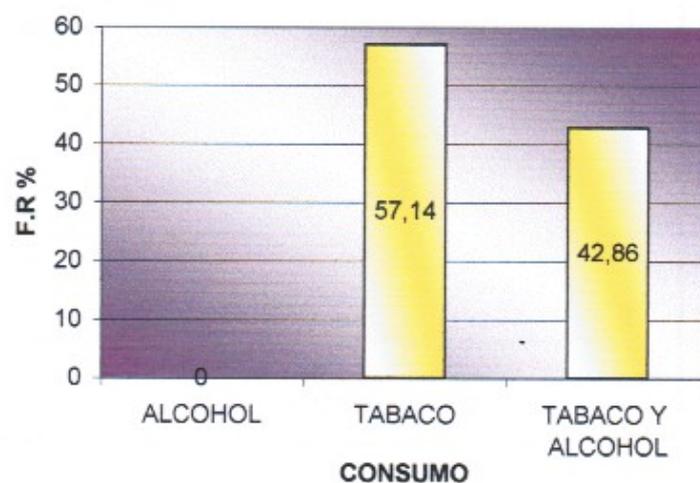


Fuente: (\*)

El 65,63 % de la población de estudio consumieron alcohol y/o tabaco durante el embarazo.

**Tabla y Gráfico N° 20:** Caracterización de la población de estudio según el Consumo.

CONSUMO	F.A	F.R %
ALCOHOL	0	0
TABACO	12	57,14
TABACO Y ALCOHOL	9	42,86
TOTAL	21	100



Fuente: (\*).

De la población de estudio que consumieron alcohol y / o tabaco: el 57,14 % consumieron solo tabaco, el 42,86 % alcohol y/o tabaco y se destaca que ninguna de ellas consumió alcohol exclusivamente

## REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA MEDIA DE EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

