



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**VIVENCIAS DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES  
DE 14 A 17 AÑOS QUE CURSAN EL SEGUNDO Y TERCER  
TRIMESTRE  
POLICLÍNICA GINECO-OBSTÉTRICA  
HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS**

**AUTORES:**

Br. Borba, Jacqueline  
Br. Guillén, Mariana  
Br. López, Mónica  
Br. Vargas, Luz

**TUTORES:**

Lic. Enf. Garay, Margarita  
Lic. Psic. Tuzzo, Rosario

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

**Montevideo, 2002**

“El niño al nacer  
trajo la expectativa del tipo  
de padres que vendrían a su encuentro.  
La totalidad de sus experiencias con ellos y con el mundo  
determinarán ahora su forma de  
anhelar y recibir un hijo.”  
Arminda Abelastury<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> ABELASTURY, A. "EL NIÑO Y SUS JUEGOS". ED. PAIDOS, BS.AS., 1991

A todas las jóvenes mamás, por honrar la vida,  
apostando por un futuro mejor.

A los profesionales que se esfuerzan día a día por  
lograr una maternidad digna, feliz y sin riesgos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a nuestras tutoras: Prof. Agdo. Lic. Enf. Margarita Garay  
Prof. Adj. Lic. Ps. Rosario Tuzzo, por su orientación en el  
proceso de nuestra investigación.

A la Dra. Rosa Espina por su asesoría referente a los aspectos metodológicos.

A todo el personal de la Policlínica Gineco-Obstétrica del HC.FF.AA., por la colaboración  
brindada.

A todas las adolescentes entrevistadas por su colaboración.

Finalmente agradecemos a nuestros familiares, amigos y compañeros de trabajo, por el apoyo  
incondicional que nos brindaron a lo largo de todo el proceso de aprendizaje.

## INDICE

Resumen	Pág. 01
Introducción	Pág. 1
Antecedentes del problema	Pág. 2
Material y Métodos	Pág. 4
Selección y operacionalización de variables	Pag. 5
Diseño metodológico	Pag. 8
Tabulación y análisis	Pag. 9
Presentación de resultados	Pag. 10
Análisis e interpretación de resultado	Pág. 17
Conclusiones	Pág. 19
Sugerencias y Limitaciones del estudio	Pág. 20
Glosario	Pág. 21
Bibliografía	Pág. 22
Marco teórico	Anexo 1
Datos estadísticos (CLAP)	Anexo 2
Datos estadísticos (Programa Infantil de la Presidencia de la R.O.U)	Anexo 3
Instrumento	Anexo 4
Diagrama de Gantt	Anexo 5

## RESUMEN

Este es un estudio de carácter cualitativo, de nivel descriptivo, se investigó sobre las vivencias de las embarazadas adolescentes, con la finalidad de obtener información sobre las características principales de esta población mediante la entrevista semi-estructurada.

Los sujetos de estudio fueron 24 adolescentes embarazadas cuyas edades oscilaron entre 14 y 17 años, que realizaron su control pre-natal en la Policlínica Gineco-Obstétrica de Adolescentes del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, (HC.FFAA.)

Del análisis surge que el 67 % de las adolescentes cuenta con una red de apoyo familiar aceptable, poseen un nivel de instrucción medio, viven con sus padres y tienen una relación de pareja inestable ( 50 %)

Si bien el 75 % percibe su embarazo como no deseado, el 67 % de las entrevistadas dice haberlo aceptado, viéndose reflejado en la alta concurrencia precoz a los controles pre-natales, un 25% refiere fantasías sobre su bebé.

El 50% refiere sentir temor a enfrentar la situación familiar, a la actitud de su pareja, a los cambios corporales, aumentando el temor al momento del parto durante el último trimestre.

El 12 % manifiesta sentir ansiedad, aumentando a medida que perciben el incremento de los movimientos fetales.

Se observó que a medida que aumenta la edad, el nivel académico y el apoyo familiar se acrecienta el temor, la ansiedad y las fantasías lo que nos lleva a pensar que el sentir está relacionado no solo con el embarazo, sino también con los diversos factores psicosociales que encierra la problemática adolescente.

Consideramos que este estudio es de utilidad para enfermería, ya que conocer las características de esta población y el sentir de las mismas permitirá un mejor abordaje en forma integral, incluyendo en ella el aspecto emocional dado que esta en juego una joven sorprendida por la maternidad, donde debe fortalecerse el vínculo con su hijo de esa joven ya que se trata del futuro de nuestra sociedad.

## INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo es realizado por un grupo de cuatro estudiantes del Programa de Profesionalización de Licenciatura en Enfermería, dicha investigación corresponde a la Cátedra Salud Mental del Instituto Nacional de Enfermería; teniendo como tutoras a las: Prof. Agdo. Lic. Enf. Margarita Garay y Prof. Adj. Lic. Ps. Rosario Tuzzo.

Es un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal; tiene como finalidad conocer las vivencias y las características de las adolescentes embarazadas.

La población o universo del estudio esta constituido por todas las adolescentes de 14 a 17 años, que cursan el segundo y tercer trimestre de embarazo y que concurren a control prenatal en la Policlínica de Adolescentes del H.C.F.F.A.A., en el periodo comprendido entre el 13 de Noviembre y el 4 de Diciembre.

Se utilizo para la recolección de información la entrevista semi-estructurada, la cual posee los puntos necesarios para caracterizar a la población y recabar las diferentes vivencias que las adolescentes manifestaron.

El problema de la adolescencia debe ser tomado como un problema universal de cambio, de desprendimiento, pero que se teñirá con connotaciones externas peculiares de cada cultura que lo favorecerán o dificultarán, según las circunstancias.

Según datos estadísticos, el embarazo adolescente en nuestro país ha aumentado en forma notoria.

En condiciones normales el embarazo implica una situación de crisis, que se acompaña a cambios emocionales y corporales, miedos, dudas, que repercuten en la interacción familiar.

Los fenómenos psicosociales relacionados con el embarazo, se agudizan en la adolescencia, asociándose a múltiples riesgos conocidos para el binomio madre-hijo, cuyo estudio ha abierto innumerables líneas de investigación. Las mismas muestran que los jóvenes son sexualmente activos a edades más tempranas, esto se relaciona con las estadísticas que marcan a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio como una de las cinco causas de muerte en las mujeres entre 15 y 19 años en América Latina. Puede deberse a la condición biológica o a la condición social en la que esta inserta la adolescente.

Es necesario discriminar entre las características propias de este momento evolutivo y las características que hacen al contexto social al que las adolescentes pertenecen.

Lo que la adolescente, vivencia, siente y experimenta se asemeja a lo que le ocurre a muchas otras adolescentes, por lo cual creemos fundamental conocer su sentir para abordar en forma integral esta población tan compleja.

Es importante que el equipo de salud cuente con información sobre la madre adolescente en cuanto a los sentimientos y las percepciones de sí misma, de su sexualidad y del bebé. La estrategia consiste en individualizar grupos distintos con intereses y necesidades diferentes.

Enfermería esta ubicada en un lugar ideal para asumir un rol líder en la prevención y promoción de salud, estando capacitadas para captar e investigar factores y conductas de riesgo y para colaborar en el diseño de programas y estrategias de prevención junto con otros profesionales sanitarios.

En función de esta situación es que planteamos el problema en estudio.

## ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En América Latina el embarazo adolescente es una tendencia en aumento a partir de los años 80, especialmente en los sectores económicamente más carenciados.

Según datos recabados en nuestro país entre 1991 a 1998, el porcentaje de partos de madres adolescentes se mantiene alrededor del 18% con una cierta disminución en 1992, cuyas causas no son claras. En el total de embarazos el 17.3% corresponden a embarazadas entre 10 y 19 años de edad. El grupo de madres de hasta 14 años se mantiene constante en el 5 por mil embarazos<sup>1</sup>. (Anexo 2).

Según la estadística de maternidad del Hospital Pereira Rossell en el año 1999, se asistieron un total de 8107 nacimientos, de los cuales 54 (0.7%) de 10 a 14 años y 2032 (25,1%), correspondieron a edades maternas entre 15-19 años respectivamente.

Consideramos importante un artículo periodístico del diario "El País" del 27 de Enero del 2002, que se titula: "Registran por año 10.000 Embarazos Adolescentes", escrito por el periodista Juan Carlos Montero, el mismo hace referencia a datos estadísticos proporcionados por el Programa Integral de Infancia, adolescencia y familia en riesgo, perteneciente a la Secretaría de la Presidencia de la República. En nuestro país se registran anualmente cerca de 10.000 embarazos que llegan a su término en adolescentes menores a 16 años, y un 1% de los mismos corresponden a niñas de 10 a 14 años. La cifra recoge el promedio anual de los embarazos de esas características que fueron atendidos en los hospitales Pereira Rossell, Policial y Militar, exceptuando las clínicas y sanatorios privados. (Anexo 3)

Tomando como referencia estos datos estadísticos, podemos observar, que si bien el índice de tasa de natalidad es baja en nuestro país, vemos que la reproducción biológica y social está mantenida por la población adolescente, predominando en los sectores sociales más vulnerables, que carecen de sistemas sociales de apoyatura que contemplen íntegramente la situación.

La investigación sobre: "Maternidad adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza"<sup>2</sup> muestra que una de cada cuatro jóvenes entre 15 y 24 años en nuestro país es madre precoz, es decir que tuvo su primer hijo antes de los 20 años. Esta realidad se duplica en el estrato socioeconómico bajo por lo que un porcentaje significativo de ese 43% de niños nacidos en hogares por debajo de la línea de pobreza, son hijos a su vez de madres adolescentes. Dicho trabajo sostiene que dichas condiciones están consolidando una nueva forma de estratificación social en el Uruguay en base a los roles reproductivos.

Un estudio realizado por el CLAP sobre "Adolescentes embarazadas de sectores de extrema pobreza"<sup>3</sup>, reveló que: "el deseo del hijo puede ser desconocido en la medida que entra en conflicto con una realidad tan adversa que las llevaría a negar la propia gestación. No pensaron en la posibilidad de esta, se controlaron menos veces, percibieron los movimientos fetales tardíamente". Consideramos relevante el estudio prospectivo realizado desde Julio de 1990 y Noviembre de 1993 por un equipo interdisciplinario de docentes de la Facultad de Medicina, Instituto Nacional de Enfermería y personal del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo del MSP de Montevideo, desarrollado en el marco de integración Docencia-

<sup>1</sup> SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL.

<sup>2</sup> INSTITUTO NACIONAL DE LA FAMILIA Y DE LA MUJER. MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA. "URUGUAY ADOLESCENTE" EDICIONES TRILCE. 1995.

<sup>3</sup> GUERBERENA, L. Y OTROS. "LA GESTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA. HIPÓTESIS Y CONCLUSIONES PRELIMINARES", PROGRAMA DE ENTREVISTAS A ADOLESCENTES PUÉRPERAS. CLAP/OPS/MSP, MONTEVIDEO 1989.

*Embarazadas menores de 18 años y el seguimiento de sus hijos después del nacimiento*<sup>4</sup>, el mismo muestra que desde el punto de vista psicoemocional, la mayoría de las madres contaba con una red de apoyo familiar, especialmente de sus familias de origen y a pesar de que un alto porcentaje no esperaba su embarazo, un número elevado de madres es capaz de describir positivamente al bebé en etapas tempranas del embarazo, en especial si son mayores de 16 años.

---

<sup>4</sup> CANETTI, A., RUDOLF, S., GARAY, M., GONZÁLEZ, P., ROVIRA, C., MALTEGNI, R., MIRABALLÉS, M. (COMPILADORES). "SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. EVALUACIÓN DE LOS IMPACTOS DE UNA PRAXIS INTERDISCIPLINARIA A NIVEL POBLACIONAL". OFICINA DEL LIBRO AEM. MONTEVIDEO, 1996.

## **MATERIAL Y METODO**

### **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuales son las vivencias de las adolescentes embarazadas de 14 a 17 años que cursan el segundo y tercer trimestre y concurren a la policlínica de adolescentes del HC.FF.AA., durante el periodo comprendido entre el 13 de Noviembre al 4 de Diciembre del 2002?

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer las vivencias que manifiestan las adolescentes embarazadas de 14 a 17 años que concurren a la policlínica del HC.FF.AA., en el trimestre en estudio.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ❖ Identificar las características de la población en estudio.
- ❖ Describir las vivencias de las embarazadas adolescentes de 14 a 17 años que cursan segundo y tercer trimestre de embarazo en la Institución anteriormente mencionada.
- ❖ Conocer en que medida las variables determinadas influyen en las vivencias de las adolescentes en estudio.

## SELECCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

Clasificación: variable independiente, cuantitativa, continua.

Categorías: -14 años  
-15 años  
-16 años  
-17 años

### Nivel de instrucción

Definición conceptual: último año aprobado por la adolescente en el sistema educativo vigente.

Clasificación: variable independiente, cualitativa, ordinal.

Categorías: Analfabeta

Primaria - C  
I (Años aprobados)  
Secundaria - C  
-I (Años aprobados)  
Bachillerato -C  
-I (Años aprobados)  
Otros

C= Completa  
I= Incompleta

### ❖ Situación de pareja

Definición conceptual: estado en el cual se encuentra la adolescente con respecto a su pareja.

Clasificación: variable independiente, cualitativa, nominal.

Categorías: -Unión estable Def. conceptual: convive con la pareja y su relación es permanente.  
-Unión inestable Def. conceptual: no convive con su pareja y su relación es insegura.  
-Sin pareja Def. conceptual: no presenta pareja.

### ❖ Actitud familiar

Definición conceptual: sensación de sentirse contenida por sus seres queridos.

Clasificación conceptual: variable independiente, cualitativa, nominal.

**Categorías:** -Solidaridad: Adhesión circunstancial a la causa con un fin común a todos.  
-Indiferencia: desinterés en las cosas que se realizan, no interesa que se hagan de una u otra forma.  
-Abandono: Dejar sin cuidado o sin protección a una persona o cosa.

#### ❖ **Percepción del embarazo**

**Definición conceptual:** sensación interior de la adolescente que resulta de la impresión recibida por su estado de gravidez.

5

**Clasificación:** variable independiente, cualitativa, nominal.

**Categorías:** - Embarazo deseado: anhelar que acontezca.

- Embarazo no deseado: anhelar que no acontezca.
- Aceptado: aprueba o admite el embarazo.
- Rechazado: denega del embarazo.

#### ❖ **Meses de gestación**

**Definición conceptual:** tiempo transcurrido del embarazo.

**Clasificación:** variable independiente, cuantitativa, continua.

**Categorías:** - Segundo trimestre (4º, 5º, 6º mes).  
- Tercer trimestre (7º, 8º y 9º mes).

#### ❖ **Información**

**Definición conceptual:** adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen.

**Clasificación:** variable independiente, cualitativa, nominal.

**Categorías:** -Familiares  
-Pares  
- Profesores  
- Equipo de Salud  
- Publicidad

#### ❖ **Vivencias**

**Definición conceptual:** lo que experimenta y vive la adolescente en su embarazo.

**Clasificación:** variable dependiente, cualitativa, nominal.

**Categorías:**

-**Temor:** pasión del ánimo que hace huir o rehusar las cosas que se consideran dañosas, arriesgadas o peligrosas.

-**Ansiedad:** estado de inquietud del ánimo ante un peligro inminente pero indeterminado.

-**Fantasia :** producto mental de la imaginación creadora; imagen ilusoria, creación ficticia

-**Otros\***

\*- **Alegría:** sentimiento producido en alguien por un hecho favorable o por el logro de algo que le satisface.

\*- **Resignación:** sinónimo de conformidad

\*- **Angustia:** intranquilidad o desazón acompañadas de un sufrimiento intenso.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

### **TIPO DE INVESTIGACION**

Se realizo un estudio **descriptivo** basado en la variable cualitativa: vivencias en adolescentes embarazadas, de corte **transversal**, porque hacemos un corte en el tiempo, comprendiendo el período entre el 13 de Noviembre y el 4 de Diciembre del 2002.

### **AREA DE ESTUDIO**

El área comprendida para el estudio será en el departamento de Montevideo, en zona urbana. Tomando como referencia, una Institución Pública: Policlínica Gineco-Obstétrica del HC.FF.AA.

### **UNIVERSO**

Esta constituido por 24 embarazadas adolescentes de 14 a 17 años y que concurren al control pre natal en la policlínica gineco-obstetrica del IIC.FF.AA. en el periodo anteriormente mencionado.

### **MUESTRA**

La muestra se corresponde con el universo, dado a que el numero de la poblacion elegida es reducido.

### **RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizo para la recolección de datos la entrevista, cuya modalidad es semi-estructurada. La fuente de información es primaria, obteniéndose la misma a través del contacto directo con la adolescente en estudio, lo que nos permitió conocer sus vivencias. La participación de la entrevista en cada caso estuvo dada por la entrevistada, (sujeto de estudio) y por la entrevistadora, (estudiante de Lic. en Enfermería). El instrumento fue sometido a una prueba de campo en dicha policlínica en el mes de octubre, tomándose una muestra al azar constituida por 6 adolescentes; las cuales no forman parte del estudio. Posteriormente se realizaron los ajustes necesarios para su posterior utilización, asegurando la validez y confiabilidad del mismo.

### **CONSENTIMIENTO**

Se solicito la entrevista en forma personal y directa, informando que se trata de una investigación para la tesina final de Licenciatura en Enfermería; que el tema de conversación será sobre las vivencias acerca de su embarazo. Se informo que su participación es absolutamente voluntaria. Tanto el análisis como la recolección de datos se manejo en forma confidencial y anónima.

## TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Con los datos obtenidos se realizó la tabulación a través de tablas de frecuencia, uni y bivariadas, con variables cualitativas nominales, ordinales y cuantitativas continuas.

En las tablas bivariadas se cruzaron las variables: edad, nivel de instrucción, situación de pareja, actitud familiar, percepción del embarazo, meses de gestación e información recibida, con la variable: vivencias.

Dichos datos nos indicaron en que grado influyen estas variables anteriormente mencionadas con el sentir de las mismas.

La interpretación gráfica de los datos obtenidos se realizó a través de la frecuencia absoluta, relativa y porcentual representada en diagrama sectorial y barras.

**RECURSOS HUMANOS:** Los recursos humanos para llevar a cabo la investigación estuvieron constituidos por cuatro estudiantes de Licenciatura en Enfermería, quienes realizaron la elaboración del protocolo, recolección de datos mediante entrevistas, análisis de los datos recabados, elaboración del informe final y presentación del mismo.

**RECURSOS MATERIALES:** Útiles de escritorio, computadora, impresora, fotocopidora y material bibliográfico.

**RECURSOS FINANCIEROS:** Son provistos por las propias estudiantes e implicaron \$U 2600, distribuidos en: \$U 300 (fotocopias), \$U 200 material de papelería \$U 800 para transporte en ómnibus, \$U 1.170 en hojas y cartucho de tinta para la impresión del trabajo y un 5% adicional que representa el colchón de seguridad.

**TIEMPO:** El tiempo que insurmio la investigación abarcó los meses de Diciembre de 2001 a Diciembre de 2002. El período de tiempo en el que se recogieron los datos estuvo comprendido entre el 13 de Noviembre al 4 de Diciembre de 2002, (los días Miércoles ya que es el día en que la Policlínica atiende a las adolescentes embarazadas).

El análisis de los datos y la elaboración del informe final se realizó entre el 4 al 19 de Diciembre de 2002.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**TABLA N° 1**  
**EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre- Diciembre de 2002

EDAD- (AÑOS)	FA	FR (%)
15	3	13
16	8	33
17	12	50
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Se observa que el 50% de la población en estudio correspondió a las adolescentes de 17 años, seguido en un 33% por las de 16 años y un menor porcentaje por las de 15 años, en un 13%. Cabe destacar que solo una de las entrevistadas tenía 14 años, lo cual no se consideró representativo. La media de edad fue de 16 años.

**TABLA N° 2**  
**EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR (%)
PRIMARIA COMP.	2	8
SECUNDARIA 1°	2	8
SECUNDARIA 2°	1	4
SECUNDARIA 3°	11	47
SECUNDARIA 4°	4	17
SECUNDARIA 5°	2	8
OTROS	2	8
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Referido al nivel de instrucción se observa que un 100% son alfabetas.

El 47% tiene Ciclo Básico aprobado, el 25% tiene Bachillerato Incompleto, el 8% otros estudios y en igual porcentaje presenta solo primaria completa.

**TABLA N° 3**  
**EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

SITUACIÓN DE PAREJA	FA	FR (%)
UNIÓN ESTABLE	10	42
UNIÓN INESTABLE	12	50
SIN PAREJA	2	8
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Se observa que el 50% de las entrevistadas refirieron no convivir con la pareja, manteniendo una unión inestable con el padre de su hijo.

Mientras que un 42% de ellas mantienen una unión estable con su pareja, (conviviendo con ella).

Solo el 8% manifestó no tener pareja, al no tener ningún vínculo con la misma.

**TABLA N° 4**  
**ACTITUD FAMILIAR CON RESPECTO A LA EMBARAZADA ADOLESCENTE**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

ACTITUD FAMILIAR	FA	FR (%)
SOLIDARIDAD	16	67
INDIFERENCIA	7	29
TOTAL	24	100

De los datos recabados en cuanto a la actitud familiar observamos que un 67 % de los familiares se solidarizaron con las embarazadas adolescentes mientras que un 29 % demostró indiferencia. Solo una entrevistada refirió haber sido abandonada por su familia al notificar su embarazo, lo cual no se consideró representativo.

**TABLA N° 5**  
**PERCEPCIÓN DE LA ADOLESCENTE CON RESPECTO A SU EMBARAZO**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO	FA	FR (%)
DESEADO	6	25
ACEPTADO	16	67
TOTAL	24	100

Observamos que un 67 % aceptaron el embarazo y un 25 % manifestaron que lo desearon. Considerándose no representativo una entrevistada la cual relató que el embarazo fue no deseado y otra refirió rechazarlo.

**TABLA 6**  
**TRIMESTRE DE EMBARAZO QUE CURSA LA ADOLESCENTE**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

TRIMESTRE QUE CURSA	FA	FR (%)
SEGUNDO TRIMESTRE	14	58
TERCER TRIMESTRE	10	42
TOTAL	24	100

La categorización por trimestres se dividió en 2 grupos: segundo y tercer trimestre. Tomando en cuenta el segundo trimestre a partir del cuarto al sexto mes y el tercer trimestre desde el séptimo al noveno mes. La distribución encontrada fue la siguiente:  
 Dentro del segundo trimestre se encontraba el 58 % de las entrevistadas y en el tercer trimestre correspondió al 42 %.

**TABLA N° 7**  
**INFORMACIÓN RECIBIDA REFERENTE AL EMBARAZO**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

INFORMACIÓN RECIBIDA	FA	FR (%)
FAMILIA	3	12
PARES	7	29
PROFESORES	5	21
EQUIPO DE SALUD	3	12
PUBLICIDAD	6	25
TOTAL	24	100

La información que recibieron las adolescentes en cuanto a su embarazo fue en un 29 % de los pares, un 25 % de publicidad, un 21% de profesores de liceo y un 12 % de familiares y el otro 12% por parte del equipo de salud.

**TABLA N° 8**  
**NÚCLEO FAMILIAR DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

NÚCLEO FAMILIAR	FA	FR (%)
PADRES	13	54
PAREJA	9	38
OTROS	2	8
TOTAL	24	100

El 100% de dichas adolescentes son solteras, viviendo la mayoría de ellas con sus padres, el 96 %, no trabaja, no percibe ingresos solo el 4% trabaja.

**TABLA N° 9**  
**VIVENCIAS MANIFESTADAS POR LAS ADOLESCENTES**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

VIVENCIAS	FA	FR (%)
TEMOR	12	50
ANSIEDAD	3	12
FANTASÍAS	6	25
OTROS*	3	12
TOTAL	24	100

En lo referente a las vivencias, manifestadas por las adolescentes embarazadas el 50% de la muestra refirió temor, 25 % fantasías, 12 % ansiedad y el 12 % restante otras vivencias como angustia, alegría y resignación.

**TABLA N° 10**  
**VIVENCIAS RELACIONADO CON LA EDAD DE LA ADOLESCENTE**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

EDAD		14		15		16		17		TOTAL	
V I V E N C I A S	Temor	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
		1	1	0	33	4	50	6	50	12	50
	Ansiedad	0	0	0	0	1	12	2	17	3	12
	Fantasías	0	0	1	33	2	25	3	25	6	25
	Otros*	0	0	1	33	1	12	1	8	3	13
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	

En el grupo de adolescentes de 14 y 15 años se registraron un 17 % del total de las cuales un 8 % manifestó temor y el 8% restante fantasías y otras vivencias.

En el grupo de 16 a 17 años un elevado índice, manifestó temor 42%, seguido de un 17 % que expresó fantasías con respecto a su embarazo, a su hijo y a su nuevo rol de madre.

**TABLA N° 11**  
**NIVEL DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A LAS VIVENCIAS**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

V I V E N C I A S	NIVEL INST.	PRIM. COMP.		1° AÑO SEC.		2° AÑO SEC.		3° AÑO SEC.		4° AÑO SEC.		5° AÑO SEC.		OTROS		TOT.
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA										
	Temor	1	50	1	50	1	100	4	36	3	75	0	0	0	0	10
	Ansiedad	1	50	0	0	0	0	2	18	0	0	1	50	0	0	4
	Fantasías	0	0	1	50	0	0	3	27	0	0	1	50	1	50	6
	Otros*	0	0	0	0	0	0	2	18	1	25	0	0	1	50	4
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>24</b>

El 41 % que manifestó temor, alcanzó cuarto año de secundaria (75 %)

El 17 % que manifestó ansiedad, alcanzó quinto año de secundaria (50 %)

El 25 % manifestó fantasías y un 4 % otras vivencias, alcanzando el 50 % otros estudios.

**TABLA N° 12**  
**SITUACION DE PAREJA RELACIONADO CON LAS VIVENCIAS**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

VIVENCIAS	SITUACIÓN DE PAREJA	UNIÓN ESTABLE		UNIÓN INESTABLE		SIN PAREJA		TOTAL	
		FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR(%)	FA	FR
	Temor	4	44	6	50	1	33	11	
	Ansiedad	1	11	2	17	1	33	4	
	Fantasías	2	22	3	25	1	33	6	
	Otros*	2	22	1	8	0	0	3	
	<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>1</b>

El 50% que mantiene una relación inestable con su pareja manifestó temor. El 25 % refiere tener fantasías lo cual refleja que ellas no dejan de imaginar a sus hijos y a ellas mismas como madres.

**TABLA N° 13**  
**ACTITUD FAMILIAR RELACIONADO CON LAS VIVENCIAS**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

VIVENCIAS	ACTITUD FAMILIAR.	SOLIDARIDAD		INDIFERENCIA		ABANDONO		TOTAL	
	TEMOR	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
	TEMOR	5	42	3	30	1	50	9	38
	ANSIEDAD	1	8	2	20	1	50	4	17
	FANTASÍAS	3	25	4	40	0	0	7	29
	OTROS*	3	25	1	10	0	0	4	17
	<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

El 50% recibió solidaridad de su familia, de las cuales el 42% refirió temor, un 25% fantasía y otros\* y solo un 8% manifestó sentir ansiedad.

En cuanto a las que sintieron que su familia actúa en forma indiferente con respecto a su embarazo, se destaca que un 40% refiere fantasías, un 30% temor y un 20% ansiedad.

Las adolescentes que fueron abandonadas por su familia, refieren sentir temor y ansiedad por la propia situación que viven.

**TABLA N° 14**  
**VIVENCIAS RELACIONADO CON LA PERCEPCION DEL EMBARAZO**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

V I V E N C I A S	PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO	DESEADO		NO DESEADO		ACEPTADO		RECHAZA DO		TOTAL	
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
	TEMOR	1	17	0	0	8	47	0	0	9	38
	ANSIEDAD	0	0	0	0	3	18	1	1	4	17
	FANTASÍAS	2	33	1	100	4	23	0	0	7	29
	OTROS*	3	50	0	0	1	12	0	0	4	17
	TOTAL	6	100	1	100	16	100	1	100	24	100

El 63% que refirió desear el embarazo, se destaca que el 50% refiere sentir alegría, angustia y resignación, (otros\*).

Un 75% manifiesta haber aceptado el embarazo, de las cuales un 47% refiere temor, un 23% fantasías y un 18% ansiedad.

**TABLA N° 15**  
**VIVENCIAS RELACIONADO CON TRIMESTRE DE GESTACION**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

V I V E N C I A S	MESES de GEST.	2° TRIMESTRE		3° TRIMESTRE		TOTAL	
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
	TEMOR	4	57	8	47	12	50
	ANSIEDAD	0	0	3	18	3	12
	FANTASÍAS	0	0	4	23	4	17
	OTROS*	3	43	2	12	5	21
	TOTAL	7	100	17	100	24	100

En cuanto a los meses de gestación en curso, la mayoría corresponden al tercer trimestre de embarazo, constituyendo la vivencia preponderante el temor (47%), el 18% manifiesta sentir ansiedad, un 23% refiere sentir fantasías, al imaginarse a su bebé: "grande", "gordito", "con los ojos del padre"

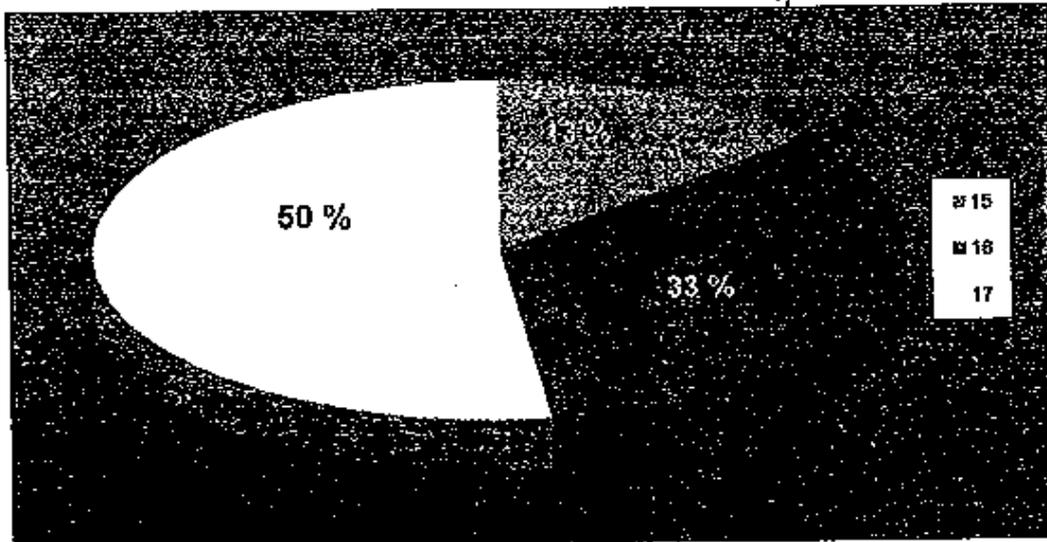
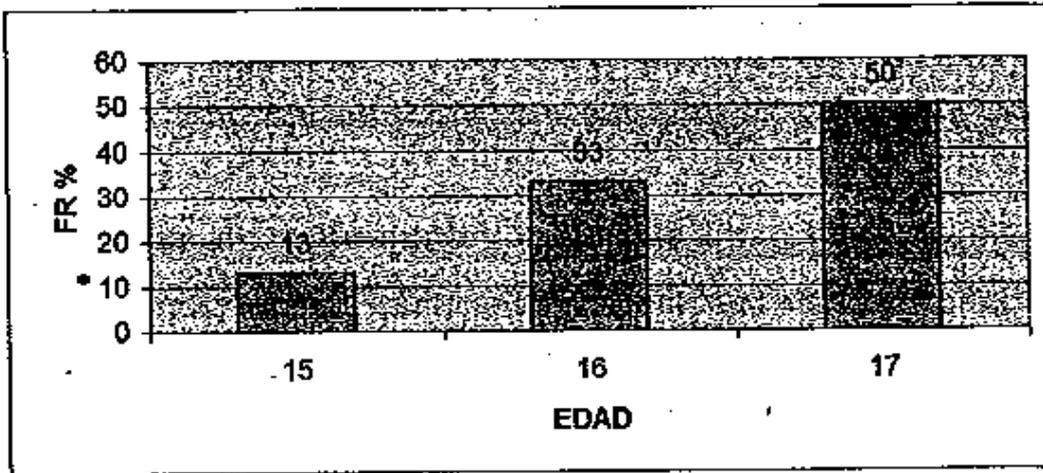
**TABLA N° 16**  
**INFORMACION RECIBIDA SOBRE EL EMBARAZO CON VIVENCIAS**  
 Pol. Gineco-Obst del HC.FF.AA en el período Noviembre-Diciembre de 2002

INFORMACIÓN RECIBIDA		FAMILIA		PARES		PROF.		EQUIPO DE SALUD		PUBLICIDAD		TOTAL	
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
V I V E N C I A S	TEMOR	3	42	4	57	1	33	1	33	2	40	11	46
	ANSIEDAD	1	14	1	14	1	33	0	0	2	40	5	21
	FANTASÍAS	1	14	2	28	0	0	1	33	1	20	5	21
	OTROS*	1	14	0	0	1	33	1	33	0	0	3	13
	TOTAL	6	100	7	100	3	100	3	100	5	100	24	100

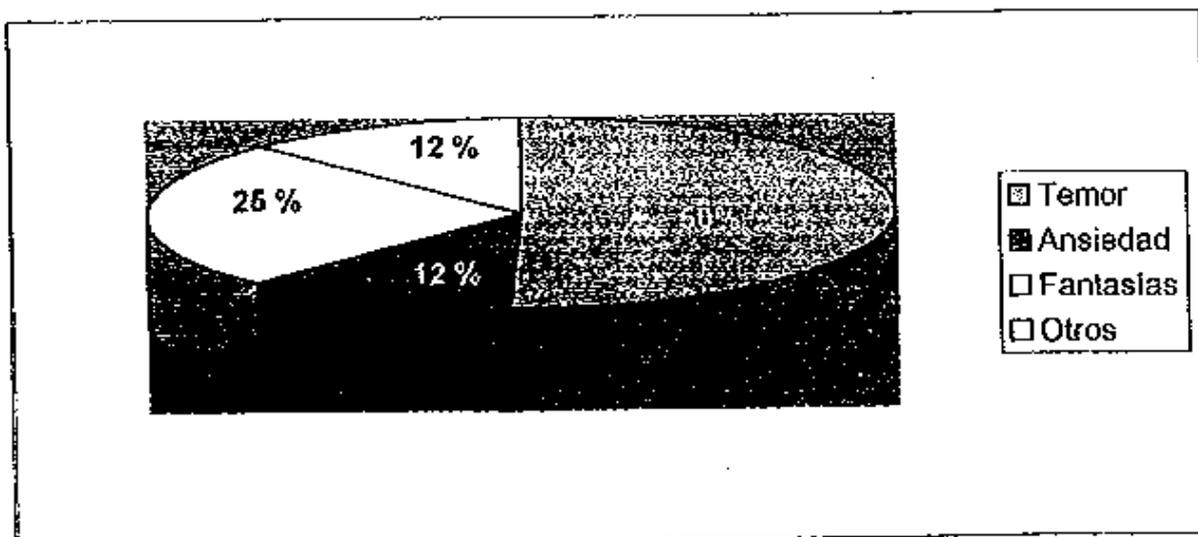
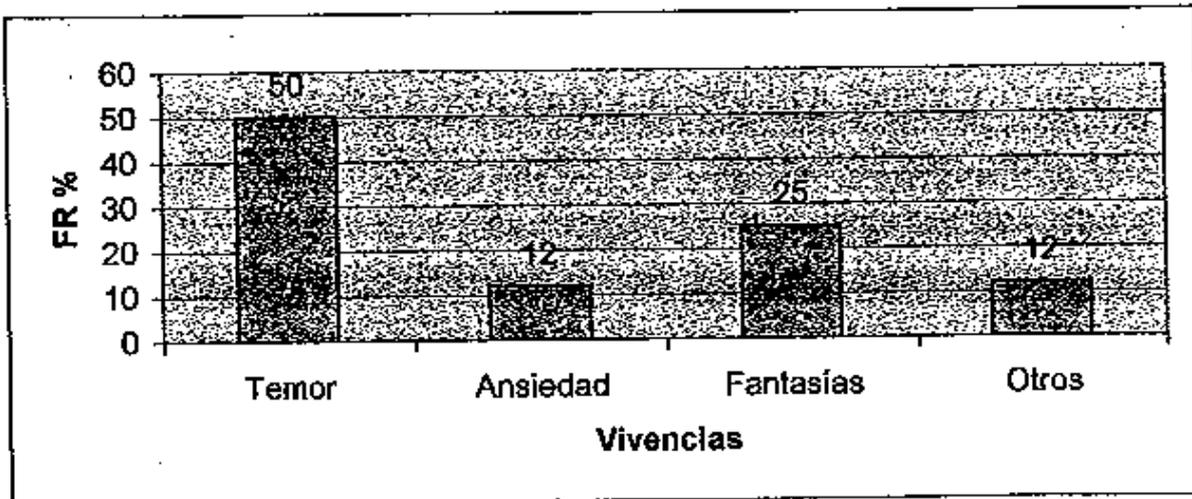
El medio de información más frecuente es el de sus pares (29%), con las carencias y dificultades que esto puede implicar.

Se observa que un 28% de la muestra reciben información a través de la publicidad, seguido por los profesores (21%), la información recibida por parte de su familia se iguala al porcentaje de la recibida por el equipo de salud en un 12%. Estas cifras revelan una dificultad en la comunicación constituyendo un medio deficitario de soportes firmes y estables, sociales, culturales, afectivos y económicos para el recién nacido.

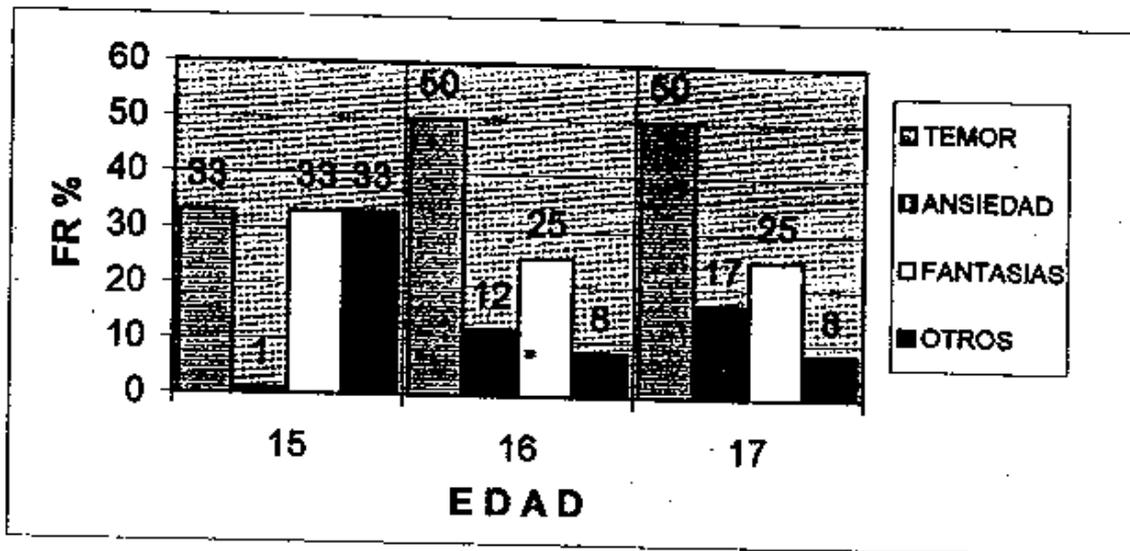
Representación gráfica de la EDAD de las adolescentes embarazadas de la policlínica Gineco-Obstétrica del H.C.F.F.AA. de Nov.Dic 2002



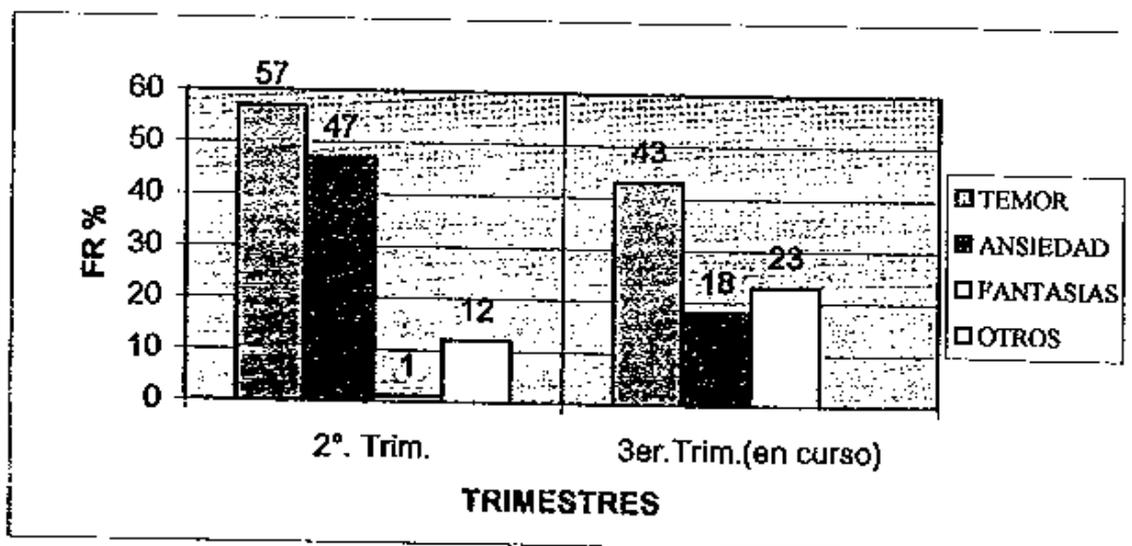
Vivencias expresadas por las adolescentes embarazadas de la Policlínica Obstétrica del H.C.F.F.AA. (Nov-Dic de 2002)



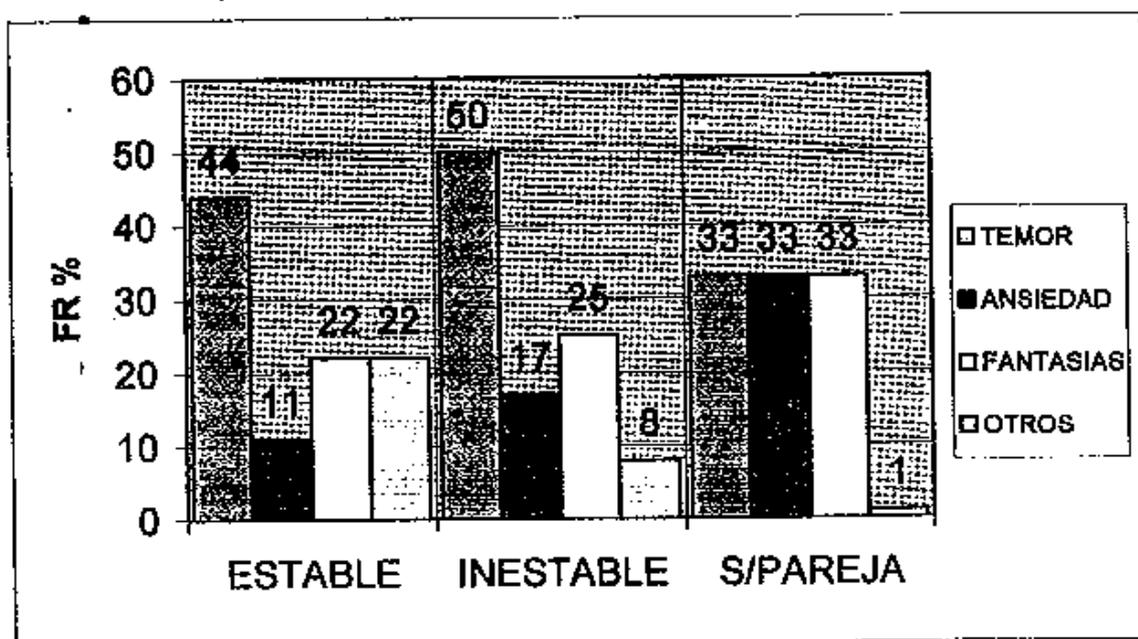
Vivencias expresadas por las adolescentes embarazadas relacionadas con la edad en la Policlínica Gineco-Obstétrica del H.C.F.F.AA ( Nov- Dic. 2002)



Vivencias relacionadas con el trimestre en Curso, Policlínica Obstétrica Adolescente embarazada del H.C.F.F.AA. ( Nov-Dic. 2002)



Situación de pareja relacionado con las vivencias expresadas por las adolescentes embarazadas Policlínica Obstétrica del H.C.FF.AA. (Nov- Dic. 2002)



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los datos recabados en una muestra de 24 adolescentes nos encontramos con una media de edad de 16 años, en la cual observamos que si bien las adolescentes son sexualmente activas a edades más tempranas, en el rango escogido en nuestra población, el mayor porcentaje (83 %) no fueron las de 14 a 15 años sino las de 16 a 17 años.

En su totalidad las entrevistadas presentaron cierto nivel de instrucción como mínimo primaria completa (tabla N° 2), facilitando la información brindada por el equipo de salud.

El 100 % de las entrevistadas son solteras, manifestaron no legalizar su estado civil para mantener el derecho a la asistencia médica en dicha institución, dado que los mismos son generados por sus padres.

El 54% convive con su familia primaria y el 38% mantiene una relación de pareja estable.

La mitad de esta población mantiene unión inestable con el padre de su hijo, (tabla N° 3) lo cual puede generar en la adolescente falta de un apoyo continuo que le brinde contención y seguridad para ella y su futuro hijo.

- Un alto índice de las entrevistadas manifestaron no haber deseado el embarazo probablemente producto de un déficit de educación sexual, otras buscaron este embarazo como forma de confirmar su identidad sexual ("mujer-madre") correspondiendo al lugar de la mujer asignado históricamente o como forma de mantener algo propio (ver tablas N° 3 y N° 5).

Cabe mencionar que el 57 % recibieron información sobre su embarazo de sus pares en los cuales buscaron refugio y con los cuales se sienten diferentes ya que debido a su estado muchas veces no participaron de las actividades propias de su edad sintiéndose forzados a adoptar un papel social adulto. Según los datos obtenidos (ver tabla N° 16) se observa una dificultad en la comunicación con los adultos constituyendo un medio deficitario de soportes firmes y estables, sociales, afectivos, culturales y económicos.

La combinación de los conflictos entre sus propios deseos y las exigencias de la maternidad así como la baja tolerancia a la frustración propia de su edad intensificaron las diferentes vivencias que las adolescentes nos fueron manifestando.

Un 50 % refirió temor a enfrentar la situación familiar, a la actitud de la pareja, a los cambios corporales (verse feas), aumentando dicho temor al acercarse el momento del parto durante el último trimestre a medida que aumenta el peso y el tamaño del vientre.

El 25 % refirió tener fantasías sobre su bebé (representación mental), imaginando a sus hijos, "grande", "gordito", "con los ojos del padre" y a ellas mismas como madres, constituyendo un aspecto positivo de la aceptación del mismo.

La aceptación del embarazo se refleja en la alta concurrencia precoz a los controles prenatales y clases de parto contando la mayoría de las jóvenes con una buena red de apoyo familiar, donde el bebé es aceptado y esperado.

El 12 % refirió ansiedad aumentando a medida que perciben el incremento de los movimientos fetales acentuándose la retracción narcisista; refiriendo el 12 % restante otras vivencias como angustia, alegría y resignación.

Alegría al sentir los primeros movimientos del bebé en su vientre lo cual hasta el momento no percibía, lo que la trae a la realidad de la situación que esta viviendo, otras adolescentes en cambio estas sensaciones les producen angustia por no saber como afrontarlas y en otros casos es la resignación lo que se apodera de las adolescentes.

Seguido del temor encontramos que las fantasías es la vivencia que más se repite entre las adolescentes embarazadas.

Referido al nivel de instrucción observamos que cuanto mayor es este, mayor número de adolescentes manifestó sentir temor lo cual nos lleva a suponer que el hecho de tener mayor conocimiento genera en las adolescentes miedo a los cambios que presenta y a los que deberá enfrentar en un futuro próximo.

Cuando fueron consultadas acerca de sus planes de futuro la gran mayoría manifestó tenerlo refiriendo los mismos a poder lograr una familia bien constituida con el padre del hijo, terminando los estudios en algunos casos y en otros conseguir un empleo para mantener a su hijo brindarle un futuro mejor.

## CONCLUSIONES

Los resultados que obtuvimos en nuestro estudio coinciden con los datos estadísticos del Hospital Pereira Rossell del año 1999, (Anexo 2) y con los datos estadísticos del Programa Integral de Infancia, Adolescencia y Familia en riesgo, pertenecientes a la Secretaría de la Presidencia de la República, (Anexo 3) donde el mayor porcentaje corresponde a las adolescentes de 15 a 19 años.

Otro resultado que obtuvimos es que si bien muchas de las jóvenes se encontraban estudiando, abandonaron sus estudios al momento de enterarse de su embarazo, lo que también coincide con la bibliografía consultada en la cual se observa un alto índice de deserción.

Las vivencias registradas en nuestro estudio fueron variadas y observamos que a medida que aumenta la edad, el nivel académico y el apoyo familiar, se acrecienta el temor, la ansiedad y las fantasías, lo que nos lleva a pensar que el sentir esta relacionado no solo con el embarazo, sino también con los diversos factores psicosociales que encierra la problemática adolescente.

Por tal motivo consideramos importante que los profesionales de Enfermería que se encuentran atendiendo a esta población de adolescentes conozcan bien los aspectos no solo físicos sino también psicológicos de esta etapa dado que son muchos los efectos negativos tanto en lo personal como en lo social que el embarazo adolescente tiene sobre estas jóvenes.

Enfermería junto con el equipo multidisciplinario se sitúa en un lugar ideal para ofrecer planes de cuidados de la salud de la adolescente embarazada tanto en consultas de Enfermería como en la comunidad.

Además nuestra formación nos capacita para captar e investigar factores y conductas de riesgo y para colaborar en el diseño de programas y estrategias de atención junto con otros profesionales de la salud y en la prevención de nuevos embarazos a través de la educación logrando también que los embarazos sean más espaciados (cabe aclarar que existen planes de planificación familiar del MSP, como el proyecto Setiembre)

Para enfermería esta investigación es de utilidad ya que conocer las características y vivencias de las adolescentes embarazadas de la Policlínica de Adolescencia del IIC.FF.AA. permitirá un mejor abordaje en la atención de las mismas.

Por tal motivo, es fundamental conocer el sentir de estas jóvenes para abordar en forma integral esta población tan compleja, no sólo por sus características especiales, sino por lo que allí esta en juego: una joven sorprendida por la maternidad, donde debe fortalecerse el vínculo con su hijo, sin dejar de lado el desarrollo integral de esa joven mamá, ya que estamos trabajando con parte del futuro de nuestra sociedad.

La magnitud de lo planteado amerita la atención y esfuerzo de un equipo multidisciplinario, en donde enfermería puede generar a través de su accionar un dispositivo que oriente a la adolescente al reconocimiento, percepción y valoración de su propia salud.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En la presente investigación se obtuvieron datos sobre las vivencias de las embarazadas adolescentes, a través de la entrevista. Dicho método de obtención de datos, como única fuente proporciona una información inferior a la situación real, ya sea porque el entrevistado no se atreve a contar lo que siente o porque solo se realiza un encuentro con la adolescente; con la cual muchas veces se logra que se sinceren recién en el tercer o cuarto encuentro.

Con respecto a la planta física no contamos con un ambiente apropiado para realizar la entrevista; considerando que fueron realizadas en los pasillos de la policlínica o en consultorios médicos que debían desalojarse ni bien vinieran los mismos.

El tiempo que insumió la recolección de información fue escaso por lo que nuestra muestra fue pequeña, limitando el campo de estudio.

## SUGERENCIAS

Sería positivo que se sumara al equipo multidisciplinario que atiende en dicha policlínica un Licenciado de Enfermería que genere a través de su accionar un dispositivo que oriente a la adolescente al reconocimiento, percepción y valoración de su propia salud, incorporando el autocuidado como estilo de vida.

Cabe aclarar que la Licenciada que se encuentra en la Policlínica no integra el equipo que trabaja con las adolescentes.

Consideramos importante que los profesionales de enfermería que se relacionen con las adolescentes embarazadas deben tener en cuenta que la educación sexual no se puede desvincular de la relación sentimental dado que para las jóvenes ambas cosas están íntimamente ligadas además de tener siempre presente la fragilidad y vulnerabilidad que presentan.

Se debe mantener la discreción, la capacidad para escuchar y estar en condiciones de evacuar sus dudas manteniendo la profesionalidad en todo momento.

Incluir en los planes de salud materno infantil la percepción con la cual la adolescente está viviendo su embarazo con la finalidad de realizar un seguimiento.

Ante esto planteamos el problema, dejando un camino abierto a la reflexión.

## GLOSARIO

**Adolescencia:** hay un concepto de adolescente basado en la pubertad: biológico; en la edad (12 a 19 años): cronológico; en la definición de roles: sociológico; en la definición de la identidad: psicológico; en el pasaje de un estadio infantil a un adulto: antropológico.

**Azar:** implica que la cantidad de variantes es tanta que la predecibilidad se vuelve imposible.

**Diacrónico:** desarrollo o sucesión de los hechos a través del tiempo.

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

**Genealogía:** atender a la modalidad genealógica es atender a estas discontinuidades que aparentemente no vienen de ningún lado y que por alguna cuestión de azar de la historia se articulan entre sí y producen esos efectos en lo que llamamos presente. No hay origen sino procedencia. Implica atender a una policausalidad tan poli que se hace imposible la predecibilidad. No es que no haya causalidad, sino que hay azar.

**Identidad:** sensación de continuidad y mismidad; de ser uno mismo y lo que le permite al individuo diferenciarse de los demás.

**Procedencia:** implica una multiplicidad de elementos en juego que solo cobran sentido en el momento que se articulan entre sí.

**Sincrónico:** de las cosas que ocurren, suceden o se verifican al mismo tiempo.

**Solidaridad:** adhesión circunstancial a la causa con un fin común a todos.

**Subjetividad:** es el mundo simbólico de representaciones, de formas de pensar y de existir. La subjetividad son los procedimientos por los cuales construimos al mundo y nos construimos a nosotros mismos. Atender la subjetividad implica hacer una genealogía.

**Verdad en ciencias:** es la versión científica de Dios.

## BIBLIOGRAFÍA

Abelastury, A.; Knobel, M. "El Síndrome de la adolescencia normal".

Ander-Egg, E. "Técnicas de investigación social". 21 edición. Ed. Humanitas. Buenos Aires 1987.

Barran, J. P. "La invención del cuerpo" Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo- Uruguay 1995.

Canales, F. H.; Alvarado, E. L.; Pineda, E. B.; "Metodología de la Investigación", OPS / OMS, 1989.

Canetti, A., Rudolf, S., Garay, M., González, P., Rovira, C., Maltegni, R., Miraballes, M., (compiladores). "SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Evaluación de los impactos de una praxis interdisciplinaria a nivel poblacional". Oficina del Libro AEM. Montevideo, 1996.

Contreras, J., Hernández, M., Lara, M., Santibáñez, P. "Adolescencias y Maternidades". Asociación Latinoamericana para los Derechos Humanos ALDHU Área Derechos de la Mujer. ED: AMÉRICA, Santiago, Chile, 1992.

Defcy, D. (compiladora), producción colectiva. "Mujer y maternidad" Tomo 1 Ed: Roca Viva.

De la Cuesta, B.; "Contexto del embarazo en la adolescencia. En: Revista de Enfermería ROL, 2001; 24 (9): 584 – 590.

Devereux, G. "De la ansiedad al método de las ciencias del comportamiento. Ed: Siglo XXI.

Enciclopedia Microsoft Encarta 2001.

Gandolfi, A. (Compiladora). "PSICOLOGÍA DE LA SALUD: escenarios y prácticas", Ed: Psicolibros. Abril del 2002.

Garvarino, H. "El adolescente y su familia, repercusiones de la crisis de la adolescencia en la familia. En: Revista Relaciones N° 1, Año 1984.

Gumberena, L. y Otros, "La gestación en la adolescencia. Hipótesis y conclusiones preliminares". Programa de entrevistas a adolescentes puérperas. CLAP/OPS/MSP. Montevideo, 1989.

Habermas, J. "Conocimiento e interés". ED: Taurus, Buenos Aires, 1990.

Instituto Nacional de la Familia y de la MUJER. Ministerio de Educación y Cultura. "Uruguay Adolescente" ediciones Trilce- 1995

Instituto Nacional del Menor. Centro de Formación y Estudios. "Ser Mujer Adolescente de cara al siglo XXI". Montevideo, Marzo 1997.

Instituto Nacional del Menor. Centro de Formación y Estudios del INAME. "Ser Mujer Adolescente de cara al siglo XXI". Montevideo, Año 2, N° 2 - Mayo 1998.

<mailto:rciuranam@papps.org> "PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA". Jorge Luis Tizón García, Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Atención Primaria del PAPPS-semFYC

Marx, k. – Engels, F. "Infraestructura y Superestructura". Fundación de Cultura Universitaria, ficha 105.

Luisi, P. "Plan y métodos de educación sexual"; Montevideo, el Siglo Ilustrado, 1920.

Portillo, J.; Martínez, J.; Banfi, M. L. "La adolescencia". Facultad de Medicina / FENVAP / OPS – OMS.

Publicación Científica N° 552 "La salud del adolescente y el joven" OPS – OMS Washington D.C. EUA 1995.

Publicación Científica "Sistema Informático Perinatal en el Uruguay – 2001"; CLAP - OPS / OMS, N° 1395, Nov. 1999.

Publicación periódica "Embarazo Adolescente". Vol. VIII. Abril – Mayo – Junio, 1996. En: Rev. Católicas por el derecho a decidir.

Revista "Educación"; Montevideo, ED: Sarmiento, Febrero 1925. Artículo de Nicolás Leone Bloise: "Sobre instrucción y educación sexual".

Revista "NOSOTROS". Publicación técnica del Instituto Nacional del Menor. N° 1 – Época I – Marzo 1993 – Montevideo – Uruguay.

Revista de Posgrado de la Cátedra VIA Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23

"EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA" Prof. Dr. Juan R. Issler

Soifer, R. "Embarazo, parto y puerperio". ED: Kargieman, Buenos Aires, 1987.

Unicef – Octubre 1994 – Documento Especial N° 3 MSP. "Adolescencia Salud Integral y Embarazo Precoz".

WWW.MED.UNNE.EDU.AR

# **ANEXO 1**

## MARCO TEORICO

### ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia viene del verbo latino *adolescere*, que significa "crecer" o "llegar a la madurez". La adolescencia es un período de crecimiento que comienza en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta. Es una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta por la cual deben pasar los individuos antes de que puedan tomar su lugar como mayores.

El concepto biológico de adolescencia, como crecimiento, desarrollo morfológico y maduración sexual, surge de la suma de ambas definiciones; pero no basta, la transformación del niño en adulto, desde la aparición de los primeros caracteres sexuales secundarios hasta el cierre de los cartílagos de crecimiento, se acompaña de importantes cambios emocionales, intelectuales, espirituales y sociales.

Es difícil definir cronológicamente la adolescencia, sobre todo si se tienen en cuenta las diferencias socioculturales, entre diferentes sociedades, modos de producción y edades históricas: la consideración social, psicológica o incluso biológica de qué es la adolescencia, varía de forma importante entre unas y otras culturas.

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo, adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Según otros autores, "la adolescencia es la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objétales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en el plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil."<sup>4</sup>

En general, la duración de la adolescencia se ha prolongado en la medida que en las sociedades industriales se ha incrementado el período de dependencia.

El problema de la adolescencia debe ser tomado como un proceso universal de cambio, de desprendimiento, pero que se teñirá con connotaciones externas peculiares de cada cultura que lo favorecerán o dificultarán, según las circunstancias.

La normalidad se establece sobre las pautas de adaptación al medio y que no significa sometimiento al mismo, sino más bien la capacidad de utilizar los dispositivos existentes para el logro de las satisfacciones básicas del individuo en una interacción permanente que busca modificar lo displacentero o lo inútil a través del logro de sustituciones para el individuo y la comunidad.

Aunque la madurez física y el ajuste a la sexualidad son pasos importantes que tienen lugar durante la adolescencia, en ésta época ocurren cambios cognoscitivos trascendentes. Un aumento de la capacidad y estilo del pensamiento enriquecen la conciencia del adolescente, su imaginación, su juicio y penetración. Este perfeccionamiento de las capacidades también produce una rápida acumulación de conocimientos que abre una gama de cuestiones y problemas capaces de complicar y enriquecer su vida.

Auna Freud dice: "es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia y considera que en realidad, toda la connotación de este período de la vida debe ser estimada como

---

<sup>4</sup> ABELASTURY, A. KNOBEL, M. "EL SÍNDROME DE LA ADOLESCENCIA NORMAL"

<sup>5</sup> SERUTI, S. "SEXUALIDAD HUMANA: ASPECTOS PARA DESARROLLAR DOCENCIA EN EDUCACION SEXUAL". URUGUAY: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1990.

normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente.”<sup>5</sup>

La adolescencia más que una etapa estabilizadora, es proceso, desarrollo y que por lo tanto su aparente patología debe admitirse y comprenderse para ubicar sus desviaciones en el contexto de la realidad humana que nos rodea.

#### **Sintomatología que integra el síndrome de la adolescencia normal:**

- ❖ Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- ❖ Tendencia grupal.
- ❖ Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- ❖ Crisis religiosas.
- ❖ Desubicación temporal en donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario.
- ❖ Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
- ❖ Actitud social reivindicatoria con tendencias anti ó asociales de diversa intensidad.
- ❖ Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de la vida.
- ❖ Una separación progresiva de los padres.
- ❖ Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

## **SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA**

Para hablar de la sexualidad adolescente es necesario hacer referencia a lo que se entiende por sexualidad humana: “Una forma de expresión integral de los seres humanos vinculada a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del sexo”<sup>6</sup>

La sexualidad en los seres humanos constituye un todo con la vida misma y en particular en la etapa de la adolescencia cobra gran significación. En consecuencia, se vincula muy estrechamente con la forma de vida de las adolescentes y los posibles trastornos de salud que puedan aparecer en este momento o en otras instancias del ciclo vital.

El logro de la identidad total del individuo constituye el objetivo primordial de la adolescencia, que le permite integrarse como un todo único y diferente a la vez. La identidad sexual es uno de los elementos fundamentales de esta identidad total; según Bleger la sexualidad surge en el adolescente como elemento organizador de la misma. Esta identidad sexual posibilita a cada persona reconocerse y actuar como un ser sexual y sexuado. Si bien esta comienza a formarse muy tempranamente en cada ser humano mediante el proceso de sexuación, la identidad sexual adquiere en la adolescencia su forma definitiva.

## **DESARROLLO PSICO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA**

El desarrollo psicosexual comienza a distintas edades; se realiza como un proceso armónico y si bien para su estudio se plantean diferentes etapas, estas no tienen duración precisa ni cronología determinada.

Farina de Luna elaboro partiendo de aspectos característicos del desarrollo psicosexual cuatro etapas las cuales no pretenden ser un modelo rígido, ya que se parte de la riqueza y variabilidad de las personas, como la influencia de los aspectos socio cultural y del momento histórico en el desarrollo de la sexualidad.

---

### **Primera etapa: Aislamiento.**

Los cambios físicos se producen en forma rápida y profunda en el adolescente, hacen que este se sienta como un desconocido y se vuelque hacia su interior. Los intereses sexuales se manifiestan por una movilidad intensa de su cuerpo y el empleo del vocabulario vulgar en que las referencias a lo sexual equivalen a lo excretorio.

El impulso sexual presenta distinta forma en ambos sexos. En las adolescentes el impulso sexual esta en vías de organización y se presenta una lucha franca para no caer en la dependencia materna. La masturbación y las fantasías en torno a la búsqueda de la pareja sirven como forma de descarga de la tensión sexual.

### **Segunda etapa: Orientación incierta hacia la sexualidad**

A medida que se va adaptando a los cambios corporales, el adolescente trata de romper la dependencia familiar identificándose con otras personas.

Canaliza los sentimientos eróticos a través de cuentos, chistes y largas conversaciones.

Puede haber conductas homosexuales como parte del proceso de elaboración de la identidad sexual.

### **Tercera etapa: Apertura a la heterosexualidad**

En esta etapa hay mayor paralelismo entre la evolución de los adolescentes de ambos sexos.

El enamoramiento tiene un fuerte componente romántico. \*

La sexualidad esta presente a través de conversaciones, consideraciones filosóficas y fantasías eróticas.

### **Cuarta etapa: Consolidación**

Es aquí cuando el adolescente ha logrado una mayor estabilidad afectiva que posibilita la inserción en el mundo adulto.

Se ha alcanzado una maduración a nivel biopsicosocial que permite a estos jóvenes ejercer su sexualidad en forma plena, libre y responsable.

## **EMBARAZO**

Estado de la mujer que alberga en su cuerpo un embrión o feto vivo. Se caracteriza por la suspensión de la menstruación (amenorrea), el aumento del volumen de las mamas, pigmentación de las areolas y de los pezones, aparición de los tubérculos de Morgagni y de Montgomery, secreción de calostro, reblandecimiento y aumento del volumen de la matriz y agrandamiento del abdomen.

## **EMBARAZO ADOLESCENTE**

El embarazo en la adolescencia, (de 10 a 19 años) ha sido reconocido en los últimos años como un problema de salud pública.

Actualmente se observa que la madurez biológica (edad de la menarquía), se logra mucho antes que la madurez psicosocial, lo que permite que una adolescente puede ser madre a los 11 ó 12 años, sin embargo, los problemas más difíciles de resolver son los de origen psicológico y social (Molina y cols.)

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia.

Comprende profundos cambios somáticos y psico-sociales, con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos.

Existe una disociación entre la maduración biológica cada vez más temprana y la maduración social, cada vez más tardía. Al joven se le exige cada vez más en educación y posición económica para incorporarse al mundo adulto y formar una familia.

Generalmente el embarazo no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar, social y de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

La joven se ve enfrentada a una doble carga emocional, debido a que debe conciliar dos etapas de vida: su propia adolescencia y la demanda que le exige la maternidad, en una edad en que todavía no está madura psíquica, emocional ni socialmente.

Tener que enfrentar sola la situación de maternidad, la responsabilidad de criar y guiar a un hijo es difícil para la adolescente que aún no ha alcanzado su propia madurez, y que no siempre está en condiciones de satisfacer las necesidades emocionales que demanda su hijo.

El tema de las adolescentes mamás, está sometido al hecho de que la sociedad les reclama que cumplan el rol de madre, hecho que habitualmente genera que abandonen los estudios, lo que acarrea problemas posteriores. Como problemas de inserción, problemas de frustraciones que indefectiblemente se trasladan a ese niño. Indefectiblemente esa joven mamá va a volver a ser mamá en breve tiempo, por el tema de la autoestima.

Queda por superado el tema de que las chicas quedan embarazadas porque no saben como cuidarse, eso no es cierto, hay un porcentaje que sí pero la mayoría reafirman el ser mujer mediante el ser mamá, es lo que les queda, el ser mamá.

La maternidad en las adolescentes no es deseada muchas veces y otras es utilizada para escapar de situaciones que eran vividas por ellas como muy problemáticas.

El fin es lograr algo propio, que nadie pueda arrebatárselas, a quién brindar todo lo que ellas tienen para dar de afecto.

Muy frecuentemente el deseo de realización, de "tener algo propio", de alcanzar la valoración social, es esgrimido por las jóvenes embarazadas o ya madres como justificación de la precoz cancelación de la infancia.

Aunque se producen embarazos no deseados en adolescentes de todo tipo de clase social y nivel cultural, las malas y bajas condiciones socioeconómicas y culturales son destacadas factores causales que favorecen el inicio precoz de relaciones sexuales y el embarazo adolescente.

La ausencia de perspectivas personales y colectivas da razón a estas razones.

Esa es otra forma de enajenación temprana del cuerpo, que las intervenciones preventivas del embarazo adolescente, cuando están centradas sólo en las jóvenes y omiten la consideración de las raíces socioculturales múltiples del problema, terminan por confirmar.

Como consecuencia a este problema el embarazo implica un elevado costo social, económico y gran cantidad de problemas emocionales (depressiones e incluso suicidios), para estas jóvenes y para sus hijos si deciden seguir adelante con él. Sus principales consecuencias son: abortos, matrimonios forzados, maternidad no deseada, adopciones, morbi-mortalidad, etc.

Generalmente la adolescente embarazada abandona sus estudios y rara vez los reanuda con posterioridad, lo que supone una menor instrucción y escasas posibilidades de recibir educación sanitaria, además de dificultar su posterior inserción en el mundo laboral. Mayores tasas de desempleo y una menor autosuficiencia económica con respecto a otros jóvenes de su edad, todo ello ocasiona una mayor dependencia económica con respecto a sus padres y/o sus parejas.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> O.P.S. O.M.S PUBLICACIONES CIENTÍFICAS N° 532 1995 "LA SALUD DEL ADOLESCENTE Y EL JOVEN"

## PSICOLOGÍA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Cada adolescente que enfrenta un embarazo precoz tiene una manera individual de reaccionar ante el impacto psicológico que esto determina, pero existen características conductuales que se repiten con frecuencia y orientan para la evaluación clínica.

Se debe considerar si se trata de una adolescencia temprana, media, ó tardía; dado que las implicaciones psicológicas son diferentes tanto al inicio del embarazo, como en lo que se refiere a la experiencia en sí de ser madre, lo cual se debe analizar, tanto como lo referido al aspecto biológico para brindar una atención acorde a las necesidades que presentan.

Estas etapas de la sexualidad adolescente describen las características más generalizadas:

**Adolescencia temprana (10-13 años):** Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo y pares, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del auto-erotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico no predomina (coquetería, amor platónico, etc..

**Adolescencia media (14-17 años):** Caracterizada por la completa maduración sexual, narcisismo, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria, negación de las consecuencias de la conducta sexual, relaciones intensas y fugaces.

**Adolescencia Tardía (mayores de 18 años):** Caracterizada por la completa maduración física y socio-legal, logros definitivos de la maduración psicológica, conducta sexual más expresiva y puede establecer relaciones íntimas más estables, con definición de su rol sexual.

## ANSIEDADES DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

Es hacia el tercer y cuarto mes de gestación que se comienzan a percibir los movimientos fetales por parte de la madre.

Estos movimientos muchas veces son verbalizados por la sensación "del chico que da patadas", siendo éste un mecanismo inconsciente conocido como proyección en el cual se traslada hacia el niño una imagen terrorífica; cuyas patadas son sentidas como movimientos bruscos y agresivos que amenazan con causar un daño físico a la madre, (fantaseada o real).

Así la percepción de los primeros movimientos determina la emergencia de fuertes ansiedades y dependerá de cada personalidad la mayor o menor capacidad de tolerarlos.

Por eso también resulta frecuente que se niegue esa percepción.

Hacia el quinto mes resulta evidente la gravidez; el vientre ha aumentado, los senos se encuentran hinchados, los cambios corporales resultan evidentes.

Las ansiedades suelen aparecer de varias formas; como temor al hijo deforme, miedo a morir en el parto, angustia de verse deforme y fea en el momento que disminuye la libido sexual dando lugar a fantasías celosas con respecto a su pareja.

La instalación franca de los movimientos fetales se produce hacia el sexto mes los cuales van acompañados de contracciones uterinas fisiológicas del embarazo.

Refieren que el vientre se les pone duro de a ratos y que luego se afloja.

Ambas situaciones generan un nuevo acceso de ansiedad en el que se renuevan las fantasías de la embarazada a la vez que se acentúa la retracción narcisista.

Desde la mitad del séptimo mes en adelante puede producirse la versión interna, que lleva al niño a ubicarse boca abajo en el canal de parto.

La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provoca una intensa crisis de ansiedad, totalmente inconsciente, que se traduce en diversas manifestaciones psíquicas y somáticas.

La emergencia más grave que se produce entre los 6 y 8 meses es el parto prematuro.

Hacia el noveno mes surgen nuevas modificaciones fisiológicas: el feto gana en peso y volumen y las contracciones se acentúan. Estas modificaciones intensifican las ansiedades ante la proximidad del parto.

## **CAMBIO DE ROL**

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes generalmente pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad, superando confusión en que crecieron.

Llegar a asumir el inesperado rol materno significa para las jóvenes interrumpir y saltar la etapa de la adolescencia.

Abandonar las muñecas para jugar con una real y abandonar los sueños de llegar a finalizar los estudios.

Según Castillo y otros autores, las causas de esta situación conflictiva serían varias, correlacionando ciertas variables que caracterizan el hogar como figuras parentales ausentes, familias desligadas afectivamente y anteriores embarazos de figuras femeninas entre otros.

Afrontar el hecho del cambio de rol muchas veces se complica pues las jóvenes aún no han satisfecho las necesidades de desarrollo de su propia edad.

Pueden sentirse diferentes de sus compañeras, sentirse excluidas de las actividades y verse forzadas antes de tiempo a adoptar un papel social adulto.

La combinación de los conflictos entre sus propios deseos y las exigencias del bebé así como la baja tolerancia a la frustración propia de la adolescencia, intensifica aún más el estrés psicosocial normal del parto.

Así las adolescentes con frecuencia esperan demasiado de sus bebés, demasiado pronto.

## RESEÑA HISTORICA SOBRE ADOLESCENCIA Y GENERO MUJER

Desde la historia, la literatura, la sociología, etc., se nos muestra a lo largo de los años que las mujeres han tenido un rol diferencial del de los hombres, para algunos no pocos, un rol discriminatorio.

En el Uruguay del novecientos, se definía a la pubertad como la edad del crecimiento y el gasto desusado de energía, era necesario controlar la nueva demanda que amenaza la "economía" corporal, la sexual.

Había que "esperar a su completo desarrollo" y no practicar "la entrega precoz y ciega a los placeres comprados y embrutecidos, que traen consigo enfermedades y lacras".

El adolescente era considerado por el saber médico como "un ser enfermo", al que había que cuidar y vigilar.

En 1920 y 1924, se planteo la necesidad de modificar el Código Civil de 1868 a fin de elevar la edad legal del acceso al matrimonio y terminar con esa "irreflexiva entrega del cuerpo y el alma (del adolescente), a los placeres sexuales que llega a conocer antes de ser apto a las nobles funciones".<sup>8</sup>

En 1934 se modifico el código penal, elevando la edad del "consentimiento" probable a los 15 años; "toda conjunción carnal con persona del mismo o distinto sexo menor de 15 años", se presuponía violación".

El saber médico del 900 consideraba a la mujer como la gran paridora, siendo la maternidad, el papel de la mujer en la sociedad.

La mujer ha tenido que ir ganando espacios y modificando los conceptos, valores, y formas de comportamiento que las diferentes sociedades le fueron asignando, mayoritariamente ligadas a la procreación, cuidado de los hijos y ama de casa.

Al hombre se le reservan los roles vinculados a las tareas intelectuales, el poder, el gobierno, etc. Si bien biológicamente ambos sexos son diferentes y si bien esa distinción biológica conlleva diferencias psicológicas, ontológicas y psicogenéticamente, esas diferencias se fueron dibujando más allá de lo esperado en perjuicio de las capacidades y potencialidades de la mujer.

De la postura patriarcal y de sumisión de la mujer, descrita por algunos autores como falocéntrica, se fue pasando a formas más integradoras y participativas entre ambos sexos y la legislación fue "acomodándose" a una concepción de mayor equidad para ellas.

Fue la Revolución Francesa, con su lema de igualdad, que puso por primera vez en duda que esa supeditación fuese natural e inalterable.

Los lemas de la Revolución Francesa, luego impuestos por Napoleón a toda Europa, sólo llegaron a volverse instrumentales a través de la Revolución Industrial.

Con los descubrimientos técnicos y la transformación del trabajo, el hombre abandonó la industria casera y la mujer le siguió pronto, no impulsada por la rivalidad con él, sino por mera necesidad. Esto le significó una doble tarea, el trabajo afuera y mantener sus funciones de procreadora, atender sus hijos y su casa. En principio esto fue mayoritariamente en la clase obrera. En el campo en general, fue un proceso más tardío pero también se dio. La migración a los grandes centros urbanos, que existe aún hoy, trajo para el grupo familiar, el desarraigo, el despego, la formación de cantegriles y todo lo que conlleva para la mujer y los niños.

La mujer de la clase media y alta no fue tan afectada sino hasta la primera guerra mundial. En ese momento, las mujeres de altas clases que vivían para tener y educar a sus hijos y en dependencia

<sup>8</sup> REVISTA "EDUCACIÓN", MONTEVIDEO, ED. SARMIENTO, FEBRERO 1925. ARTICULO DE NICOLÁS LEONE BLOISE: SOBRE INSTRUCCIÓN Y EDUCACIÓN SEXUAL.

<sup>9</sup> PAULINA LUISI: "PLAN Y METODOS DE EDUCACIÓN SEXUAL", MONTEVIDEO, EL SIGLO ILUSTRADO, 1920.

socio-económica de sus padres y luego de sus maridos, se vieron obligadas a ocupar en todos los terrenos el lugar del hombre.

Empezaron a realizar exitosamente tareas que hasta entonces se consideraban irrealizables para ellas. Una vez terminada la guerra muchos cambios en este sentido eran irreversibles.

En terreno de la libertad social y sexual la autoestima, el potencial para desarrollar capacidades y una mayor igualdad, la mujer había ganado terreno. Pero también había duplicado sus tareas: ahora sí esposa, madre, ama de casa y trabajadora, profesional, artista, política, etc.

Por otra parte los cambios en los conceptos culturales y sociales no acompañan con la misma rapidez los cambios que se procesan en la legislatura y aún hoy en términos generales y ahora sí, conceptualizando nuestra sociedad, la familia, las instituciones educativas, la sociedad en general participa en mayor o menor grado en la concepción de mujer ama de casa u objeto sexual.

Bastaría para visualizar lo antedicho con repasar en la memoria el rol que se le asigna en los medios masivos de comunicación: propaganda de electrodomésticos para la casa, productos alimenticios para la familia, etc., o propaganda provocativa y sensual junto con certámenes de belleza, etc., que van formando estereotipos de roles difíciles de revertir más allá de las buenas intenciones.

El modelo hegemónico que hoy se propone a las adolescentes, se destaca la mirada del otro como elemento condicionante de la exigencia. Y entre las posibles miradas del otro, la masculina ocupa un lugar de privilegio.

Las niñas y adolescentes no sólo aspiran a parecerse a los modelos para acceder a la pasarela (o a la televisión), acaparar la atención pública y ganar buen dinero, también para captar el interés de los varones, tributarios como ellas del patrón de belleza dominante.

Cuando el embarazo se presenta a temprana edad, también es en última instancia una respuesta al código patriarcal legitimador de la identidad femenina. Cuerpo para el disfrute de otro o para la maternidad, dos de los destinos tradicionalmente atribuidos a la mujer, que en los tiempos que corren sólo trastocan los tiempos vitales.

En nuestra sociedad el estereotipo del rol femenino considera como conductas positivas la dependencia, la afectividad, la pasividad, el cuidado del hogar las labores "domesticas", estos estereotipos de género están tan arraigados en nuestra subjetividad y en la vida cotidiana que no somos realmente críticos al respecto y por lo tanto no se incorpora a los planes de trabajo una nueva visión de la mujer en roles sociales más flexibles y les permite otras oportunidades de participación y crecimiento.

## LUGAR Y PAPEL DE LA CIENCIA

Nietzsche habla de caos, la realidad de hoy es compleja, desordenada, la ordenamos nosotros.

Habermas retoma el pensamiento de Nietzsche, que no es posible alcanzar la verdad, todos los conocimientos son relativos a nuestra perspectiva desde nuestro punto de vista.

El mito de los orígenes en su forma de manifestarse en la práctica científica plantea la realidad como un continuo, como algo ordenado, donde todo tiene su explicación y donde todo es razonable y explicable. Este mito parte del huevo dorado de las teogonías donde los dioses crearon todo lo que existe y le dieron al ser humano su realidad de origen. Entonces el investigador puede en forma ingenua pensar que al ser las cosas creadas tienen un orden natural que hablan de una inteligencia superior. Se plantea aquí el lugar de la ciencia, porque de una sociedad tradicional que encontraba su legitimidad en la religión se pasa a una sociedad moderna donde el mito de los orígenes representa a los templos laicos de Comte, es decir a una religiosidad atea. La actitud religiosa se expresa en pensar que las cosas están ordenadas, que la realidad evoluciona de manera continua, cuando las investigaciones han demostrado que se producen saltos, rupturas, discontinuidades.

El azar así entendido interviene en la situación no para indicar la causalidad, sino como una noción que plantea que dicha causalidad es multidimensional y que son tantos factores que operan en la complejidad de lo real que son imposibles de sostener por el investigador crítico.

Más que de orígenes entonces se trata de comienzos históricos y de condiciones de posibilidad. Cada persona es protagonista de su destino, es actor social y es agente de la causalidad que dará sentido a un accionar.

Los aportes de las ciencias empíricas naturales, son pues herramientas que apuntan a este diálogo con el otro de la intervención y es en dicho diálogo y desde su historia singular que se construyen las estrategias y los saberes del investigador.

## ¿CÓMO OPERAR EN EL MOMENTO ACTUAL A PARTIR DE ESTA IMPOSIBILIDAD DE ALCANZAR LA VERDAD?

Según Ander-Hegg (1990), "el nivel es descriptivo, como aproximación a la realidad, "consiste fundamentalmente en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciados".

Se considera en un sentido amplio a la investigación cualitativa como aquella que produce datos "descriptivos", las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable.

Se trabaja desde un modelo conceptual donde el investigador produce el saber en forma dialógica en el encuentro con el otro de la intervención.

Las variables que intervienen son siempre referidas a las situaciones singulares donde lo diacrónico se cruza con lo sincrónico y la historia personal con el aquí y ahora.

Los datos que hacen a la formación trascendente del investigador, el caudal teórico de la formación recibida en la historia personal son tenidos en cuenta en su implicación pero siempre referidos a las significaciones de los sujetos de acción profesional, o sea que el investigador mancha su saber solo en tanto operativo y no como una verdad inmutable. Esto supone que la estrategia surge del encuentro entre las herramientas teóricas utilizadas como instrumentos y el diálogo donde se despliega cada realidad personal, cada situación singular.

La estrategia entonces partiendo del registro de los datos y de las conductas observables va a recortar en cada caso aquellos puntos nucleares o de urgencia que jerarquizarán una intervención dada.

Cada nueva consulta supone poner en práctica esta capacidad del operador de construir con el otro la resolución de la consulta y las estrategias a seguir.

De acuerdo a lo que plantea K. Marx - F. Engels, "los hombres hacen su propia historia, pero no la hacen a su libre arbitrio bajo circunstancias elegidas por ellos mismos, sino bajo aquellas circunstancias con que se encuentran directamente que existen y transmite el pasado".<sup>9</sup>

Según Devereux, "La ciencia del comportamiento auténtica nacerá cuando quienes la practiquen comprendan que una ciencia realista del género humano sólo pueden crearla los hombres perfectamente conscientes de su propia humanidad precisamente cuando más plenamente la pongan por obra en su labor científica".<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> MARX, K. - ENGELS, F. "INFRA-ESTRUCTURA Y SUPERESTRUCTURA" FUNDAC. DE CULTURA UNIVERSITARIA, FICHA 105.

<sup>10</sup> DEVEREUX, G. "DE LA ANSIEDAD AL MÉTODO EN LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO. ED. SIGLO XXI.

## **ANEXO 2**

## 2. EL SIP EN LAS INSTITUCIONES PERINATALES DEL URUGUAY

### 2.1 Generalidades

Se analizan aquí los datos recibidos en el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública correspondientes a nacimientos de los años 1996, 1997 y 1998. Se evalúa la continuidad de la documentación perinatal en cada departamento y en cada institución de Montevideo. La figura 1 muestra la tendencia de la cantidad de nacimientos registrados con el SIP desde 1985 hasta 1998.

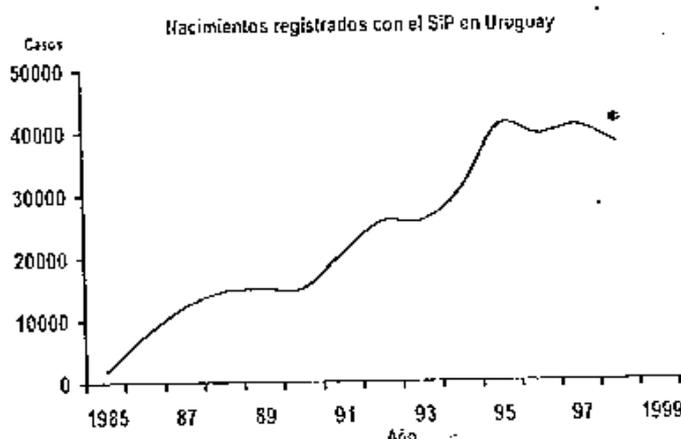


Figura 1 Nacimientos registrados mediante el SIP en Uruguay desde 1985. A partir de 1995 se estabiliza la obtención de datos clínicos en medio magnético en un 70% de los nacimientos.

### 2.2 Cobertura del SIP

La validez epidemiológica de los datos perinatales es tanto mayor cuanto mayor es la proporción de los eventos efectivamente registrados en una determinada área geográfica en un período dado, acercándose a una situación de censo. La proporción de eventos registrados sobre el total de eventos perinatales ocurridos se denomina la Cobertura del SIP.

Las estadísticas vitales llevadas por el Ministerio de Salud Pública en el Departamento de Estadísticas son muy confiables en cuanto a la veracidad de las declaraciones de nacimiento y de muerte en cualquier edad y en particular en el período perinatal. Los documentos que se utilizan para estas notificaciones son el Certificado de Nacido Vivo y el Certificado de Defunción Perinatal. Debido a la calidad de esta información se usa como patrón de referencia para evaluar la cobertura del SIP. La situación ideal sería que todos los nacimientos declarados a la autoridad civil tuvieran su correspondiente registro clínico en el SIP y viceversa que toda Historia Clínica Perinatal de un embarazo de 500 gramos o más tuviera su registro civil.

La tabla 1 presenta la cantidad de eventos obstétricos registrados mediante el Certificado de Nacido Vivo y de Defunción Fetal según el Departamento de ocurrencia. En la misma tabla se indican los nacidos vivos y muertes fatales según el SIP en cada Departamento. La relación entre ambas cantidades es expresada como porcentaje de cobertura en cada Departamento.

#### 4.12 Hospital Italiano

Se analiza un total de 291 casos correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 1997 asistidos en el Hospital Italiano con un subregistro total del resto del año. No se dispone de datos de 1998 que permitan evaluar su evolución. Se recibieron datos de los primeros meses de 1999 que se analizarán en próximas publicaciones.

El control de llenado muestra una falta de datos global del 7% destacándose una falta de datos superior (12%) en variables importantes para el cálculo de mortalidad perinatal como es el egreso del neonato. Esto hace que la tasa de mortalidad perinatal II calculada no sea un fiel reflejo de la realidad.

La cantidad de inconsistencias por historia fue del 1.19 de una muestra de 16 registros. De la ESTADÍSTICA BÁSICA se destaca: control prenatal 97%, mortalidad perinatal 14 por mil, cesáreas 33% y deprimidos graves 11 por mil.

#### 4.13 Hospital Militar

Se recibieron 2408 registros de terminación de embarazo (1998 y 1999) de los cuales se procesaron 1239 correspondientes al año 1998. Como consecuencia del ingreso de datos por separado de obstetricia y neonatología, en 870 casos no figura la fecha del parto ni ninguna información obstétrica. Se constataron 18 registros duplicados de 1998, situación que se reitera como en el año anterior y 12 códigos diferentes de establecimiento (en lugar de 10007). La cantidad mensual fue de alrededor de 70 registros. Se presume una cobertura parcial de eventos obstétricos ya que hubo más de 1500 partos en años anteriores. Hay 388 casos del año analizado que no tienen datos del mes del parto, esta situación debe ser corregida localmente al ingresar las historias, dado que no es posible corregirlo en el procesamiento de datos.

El CONTROL DE LLENADO indica una falta de información global del 30.6%, elevado respecto a años previos siendo lo esperado menor de 5%. Las variables MUERTE INTRAUTERINA y EGRESO DEL NEONATO, básicas para cálculos de tasas, están incompletas en 317/mil y 119/mil de los casos respectivamente, y el EGRESO MATERNO en 182/mil. Antecedentes obstétricos faltan en 38%, hora de ruptura de membranas en 33% e INDICACION DE PARTO OPERATORIO en 36%. Se destacan 24 eventos obstétricos sin dato de PESO RN, que debe ser estimado o determinado en todos los casos y notoriamente en aquellos casos de edad gestacional mayor de 18 semanas. En ORDEN NAC. MULTIPLE se debe especificar cero si el embarazo es único. En 28 historias seleccionadas al azar encontramos 22 inconsistencias o advertencias (0.79 por historia). Es de destacar que no aparece como falta de llenado la ausencia de datos en la fecha de parto por tener valor cero, lo que se evidenció por la descripción de variables (MES y AÑO DEL PARTO).

La ESTADÍSTICA BÁSICA muestra que el CONTROL PRENATAL abarca al 65% de las embarazadas, con captación antes de las 20 semanas en el 65% de los casos controlados lo que muestra un descenso respecto a los años previos. El 35% de las embarazadas no estaba al día con la VACUNA ANTITETÁNICA, (7% año 1997). La MORTALIDAD PERINATAL II es 8 por mil aunque potencial de hasta 128 por mil. El porcentaje de cesáreas se mantiene en 25%. Los recién nacidos Deprimidos Graves fueron 31/mil de los nacidos vivos, y 16/mil presentó infección neonatal.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Número de casos	2011	1568	1563	1528	1261	1526	1239
Falta de datos %	5.7	3.9	3.9	4.8	9.3	22.1	30.6
Control prenatal %	93	91	91	93	93	92	65
Cesáreas %	20	21	19	22	20	26.7	24.9
Mort perinatal p.mil	18	13	23	17	17	10	8
Depresión grave p.mil	19	21	20	17	17	17	31

#### 4.14 Centro Hospitalario Pereira Rossell (Clínicas Ginecotológicas «A» y «C»)

Se recibieron 8233 registros correspondientes a 1998, con una oscilación mensual entre 640 y 742 registros. Existe una cobertura constante y mantenida a lo largo de todos los meses del año.

En cuanto al control de llenado se determinó una falta de datos global del 7.7%, siendo superior en casos de nacimientos en otros establecimientos (N= 496, 15%) y posteriormente trasladados al C.H.P.R. y menor en los ocurridos en el propio hospital (N= 7737, 7.5%). Se destaca la falta de llenado en PATOLOGÍA MATERNA de 10.6% y en PATOLOGÍA NEONATAL de 27.6%.

La tasa de MORTALIDAD PERINATAL, fue estimada en 1998 en 28 por mil según datos registrados. Al tomar en cuenta la falta de datos pudiera existir una subestimación de la realidad, dado que en 649 casos (79 por mil) se desconoce el estado de vida o de muerte al alta, pudiendo estar la tasa real comprendida entre 28 y 107 por mil. El aparente aumento de la tasa de mortalidad perinatal corresponde a un mejor registro de la misma realidad.

Una muestra al azar de 37 registros presentó 27 advertencias e inconsistencias, algunas de las cuales deben ser corregidas diariamente consultando la opción DETECCIÓN DE INCOHERENCIAS: por ejemplo Antecedente de CESAREAS mayor que la suma de NACIDOS VIVOS + NACIDOS MUERTOS o bien PRIMIGESTA con antecedentes de CESAREAS.

El control prenatal está presente en el 82.6% de los casos, siendo la captación antes de las 20 semanas en un 47.4%. Las pacientes que presentaron patología a nivel materno fueron 29.6%, existiendo un 25% de la población que no tiene vacuna anti-tetánica. El índice de cesárea fue de 15.2%.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Casos SIP	6551	7108	9022	9015	8479	8233
Falta de datos %	20.3	21.7	22.4	19.5	11.1	7.7
Control prenatal %	67	73	74	75	77	83
Cesáreas %	17.3	16.9	15.8	14.9	14.1	15.2
Mortalidad perinatal p.mil	14	17	19	18	21	28
Depresión grave p.mil	16	25	18	16	23	20

#### 4.15 Hospital Policial

Se recibieron 1255 registros de terminación de embarazo de enero de 1997 a diciembre de 1998, correspondiendo 688 casos a 1997 y 567 a 1998. La cantidad mensual oscila entre 40 y 65 registros. Se presume una cobertura total de eventos obstétricos.

El CONTROL de LLENADO indica una falta de información global para el año 1997 del 2.4% manteniendo una muy buena calidad de registro. Las variables MUERTE INTRAUTERINA, EGRESO DEL NEONATO EGRESO MATERNO básicas para cálculo de tasas están bien llenadas. Falta alguna información en datos antropométricos maternos y del RN. Se destacan 46 (67/mil) eventos obstétricos sin dato de PESO RN en 1997 y 13 (23/mil) en 1998, que debe ser estimado o determinado en todos los casos. En 52 historias seleccionadas al azar encontramos 19 advertencias o inconsistencias (0.37 por historia), lo que demuestra también una buena calidad de los registros. Para el año 1998 se evidencia un leve ascenso en la falta de datos totales (2.8%) mantiene en 100% completa la variable muerte intrauterina.

La ESTADÍSTICA BÁSICA muestra que el CONTROL PRENATAL en 1997 abarca al 91.6% de las embarazadas, con captación antes de las 20 semanas en el 57% de los casos, y 93.6% (con captación antes de las semanas de 58.7%) en 1998. El 1.9% y 3.2% (1997 y 1998 respectivamente) de las embarazadas no estaba al día con la VACUNA ANTITETÁNICA situación que ha mejorado sensiblemente respecto al año 1996 (9.3%). La MORTALIDAD PERINATAL II es 26 y 16 por mil. El porcentaje de cesáreas muestra un descenso (21.5% 23.4%) comparando con años previos (27% a 29%). Los recién nacidos Dependientes Graves mejoran el 17/mil 41/mil y la infección neonatal se registró en 11/mil y 27/mil de los nacidos vivos.

1997 asistidos en e permitan evaluar iones.

os superior (12%) . Esto hace que la

ta ESTADÍSTICA rimidos graves II

procesaron 1239 ia y neonatología, gistros duplicados uento (en lugar de arcial de eventos ado que no tienen is, dado que no es

o respecto a años y EGRESO DEL, s respectivamente, de membranas en sin dato de PESO e edad gestaciona al o es único. En 28 ia). Es de destacar or cero, lo que se

embarzadas, con nso respecto a los 7% año 1997). La ntaje de cesáreas y 16/mil presentó

7	1998
6	1239
5	30.6
4	65
3	24.9
2	8
1	31

La evaluación del CONTROL PRENATAL indica que el diagnóstico clínico del RCIU, ha tenido una sensibilidad de 20,7% y 21,4% en los últimos 2 años (mínima aceptable 65%), a pesar que ya se había logrado 29% en 1996.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Casos SIP	536	613	607	619	688	567
Falta de datos %	5,8	3,1	3,2	4,4	2,4	2,8
Control prenatal %	92	90	95	95	92	90
Cesáreas %	29,3	28,7	27	27,8	21,5	23,4
Mort. Perinatal p.mil	19	21	22	8	26	161
Depresión grave p.mil	27	25	25	15	17	41

#### 4.16 IMPASA

Se recibieron 324 registros correspondientes a 1997 y 215 del año 1998. En el caso de este último año (1998) los datos registrados corresponden al primer semestre del año.

En el CONTROL DE LLENADO se determinó para los datos parciales de 1998 una falta de llenado global del 7,5%, aumentando con respecto a 1997 (5,5%). Se destaca la falta en ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS de 20,8%, PATOLOGÍA MATERNA de 2,1% y PATOLOGÍA NEONATAL de 19,4%.

La importancia de la falta de llenado en algunos datos se pone en evidencia cuando analizamos una tasa muy importante, como es MORTALIDAD PERINATAL, en el caso de 1997 fue estimada en 3 por mil según datos registrados. Al tomar en cuenta la falta de datos se ve que esta tasa es probablemente una subestimación de la realidad, en 2 casos (6 por mil) se desconoce el estado de vida o de muerte al nacer o al alta. La tasa real está entonces comprendida entre 3 y 9 por mil para 1997.

Una muestra al azar de 30 registros presentó 20 inadvertencias e inconsistencias, algunas de las cuales deben ser corregidas debidamente consultando la opción Detección de Incoherencias: por ejemplo «EDAD GESTACIONAL, en última consulta no concuerda con E.U.M. que es SEGUERA», «PRIMIGESTA con antecedentes de ABORTOS», o «fecha del parto es anterior a la fecha de ingreso».

En ESTADÍSTICA BÁSICA se constata que el control prenatal está presente en el 99,1% de los casos para 1997, siendo la captación antes de las 20 semanas en 86,9%. Las pacientes que presentaban patología a nivel materno fueron 16,7%. Se destaca este ítem, en el caso de «Rotura prematura de membranas» para ese año, la prevalencia fue del 1,9%, la que se encuentra por debajo de la informada laboralmente, lo cual sugiere un subregistro en las historias clínicas. El índice de cesárea para 1997 fue de 13,8% y para el primer semestre de 1998, 30,1%.

#### 4.17 Médica Uruguaya

Se recibieron 831 registros correspondientes a 1998, con un oscilación mensual entre 76 y 80 registros. Los datos registrados corresponden a todos los meses del año. Existe un incremento notorio de nacimiento, con respecto a los años anteriores (21% más que en 1997).

En CONTROL DE LLENADO se determinó una falta de datos global del 4,2%, manteniéndose esta cifra desde 1997. Esto denota que continúa el esfuerzo por un buen llenado de las historias clínicas. Se destaca como variable alta en la falta de llenado PATOLOGÍA NEONATAL, que es de un 18,7%. En el caso de TALLA MATERNA, es de 21,8%.

La importancia de la falta de llenado en algunos datos se pone en evidencia aún con la excelente cifra que presentan en estos años cuando analizamos una tasa muy importante, como es MORTALIDAD PERINATAL, fue estimada en 1998 en 13 por mil según datos registrados. Al tomar en cuenta la falta de datos, se ve que esta tasa es probablemente una subestimación de la realidad, en 11 casos (13 por mil) se desconoce el estado de vida o de muerte al nacer o al alta. La tasa real está entonces comprendida entre 13 y 26 por mil.

SIS I

3  
corre  
No :3  
1998  
fuer  
del :C  
E  
C  
C  
M  
U

P3

de  
De  
PA  
las  
15  
cose  
V  
Sp  
co  
13  
10

## 6. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION ASISTIDA

### 6.1 Introducción

En este capítulo se presentan indicadores que describen la población asistida, resaltando las diferencias entre los sectores perinatales del país. Los años de escolaridad de las embarazadas son un indicador del esfuerzo en educación; el hábito de fumar es reflejo de políticas tendientes al cuidado de la propia salud y el parto de madres adolescentes es motivo de preocupación de los planificadores de servicios de educación y de salud.

Todas las cifras presentadas en este capítulo fueron obtenidas de las salidas standard de los programas de computación del SIP: ESTADISTICA BASICA, DESCRIPCION DE UNA VARIABLE, ESTIMACION DE RIESGO Y ESTIMACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL REMOTA.

### 6.2 Escolaridad de las embarazadas

Mediante el programa de DESCRIPCION DE UNA VARIABLE del SIP se analizó la variable ESTUDIOS de las embarazadas por sector de instituciones a las que acuden para recibir atención perinatal (Tabla 7).

TABLA 7 - ESCOLARIDAD DE LAS EMBARAZADAS

	s/d	sin estudios	Primaria	Secundaria	Univ/Terc.	Total
BPS	1.2%	0.2%	38.3%	59.5%	1.0%	100%
MIL-POI	21.7%	0.3%	29.1%	44.7%	4.2%	100%
ABC	0.9%	1.5%	54.2%	42.6%	0.8%	100%
MUT-MVD	27.1%	0.6%	8.1%	41.7%	22.6%	100%
INT-MUT	6.3%	0.5%	34.7%	52.2%	6.7%	100%
INT-MSP	3.0%	0.7%	52.2%	41.8%	2.3%	100%
Uruguay	9.8%	0.8%	36.3%	45.6%	7.6%	100%

datos de partos ocurridos en 1998

BPS	Area de la Salud del Banco de Previsión Social
MIL-POI	Hospitales Militar y Policial
ABC	Clinicas A, B y C Fac de Medicina (Hospital PRossell y Hospital de Clínicas)
MUT-MVD	Mutualistas de Montevideo
MSP-INT	Instituciones estatales del Interior
MUT-INT	Instituciones mutuales del Interior

Se desconoce el nivel educativo del 9.8% de las embarazadas (13.9% en 1995), porcentaje que alcanza el 27.1% entre las pacientes de las mutualistas de Montevideo (37.6% en 1995). El 0.8% de las embarazadas de 1998 no ha accedido ni siquiera a los primeros años de educación primaria; en efecto la variable ESTUDIOS indica el nivel máximo en el que se desempeñó la paciente.

Excluyendo los casos sin información, el 40.2% de las embarazadas tiene nivel primario, el 50.5% nivel secundario y el 8.4% tiene estudios de nivel terciario. Con respecto a 1995 se observa una mayor proporción en los grupos secundario (de 48.0% a 50.5%) y universitario (de 7.8% a 8.4%); esta mayor proporción de embarazadas con estudios puede responder al hecho de que las mutualistas de Montevideo registran mejor esta variable que tres años antes (de 37.6% de falta de datos pasan a 27.1% en 1998).

6.3 Hábito de fumar

El porcentaje de embarazadas fumadoras (Tabla 8) ha aumentado en todos los sectores de Montevideo y muestra un leve descenso en las instituciones públicas y privadas del Interior.

El porcentaje de embarazadas fumadoras es del 11% a 12% (era 9% a 10% en 1995) en las mutualistas de Montevideo y del Interior. En los servicios universitarios del Hospital Pereira Russel y del Hospital de Clínicas se registra 35% de tabaquismo y 26% en el BPS. Los establecimientos del MSP del Interior y los Hospitales Militar y Policial se ubican en un nivel intermedio con porcentajes de fumadoras entre 17% y 20%.

TABLA 8 - HABITO DE FUMAR DE LAS EMBARAZADAS

	1994	1995	1996	1997	1998
BPS	18%	18%	26%	26%	26%
MIL-POI	19%	17%	20%	16%	20%
ABC	32%	31%	35%	35%	35%
MUT-MVD	9%	9%	13%	12%	12%
INT-MUT	12%	10%	11%	10%	11%
INT-MSP	19%	16%	17%	17%	17%
Uruguay	18%	17%	21%	21%	21%

La aplicación del programa de ESTIMACION DE RIESGO del SIP a los datos recogidos en 1995 al hábito de fumar como factor de riesgo de bajo peso al nacer y de prematuridad se traduce en la tabla 9

TABLA 9 - TABAQUISMO Y BAJO PESO AL NACER

	1996	1997	1998
BPS	1.27	1.27	1.32
MIL-POI	1.59	1.17	1.14
ABC	1.26	1.37	1.30
MUT-MVD	1.27	1.14	1.44
INT-MUT	1.29	1.30	1.35
INT-MSP	1.91	1.37	1.41
Uruguay	1.55 (1.44-1.67)	1.57 (1.46-1.69)	1.56 (1.45-1.68)

Riesgo relativo de bajo peso al nacer por el factor de riesgo -hábito de fumar-. Entre paréntesis los límites de confianza al 95% del riesgo relativo

- BPS Área de la Salud del Banco de Previsión Social
- MIL-POI Hospitales Militar y Policial
- ABC Clínicas A, B y C Fac.de Medicina (Hospital P.Russel y Hospital de Clínicas)
- MUT-MVD Mutualistas de Montevideo
- MSP-INT Instituciones estatales del Interior
- MUT-INT Instituciones estatales del Interior

De esta cifras se deduce que el hábito de fumar incrementa en un 56% la predisposición al bajo peso al nacer

IA

creencias entre el esfuerzo en parto de madres

programas de MACION DE

ESTUDIOS de (7).

Total
00%
00%
00%
00%
00%
00%
00%

canza el 27.1% de 1998 no ha indica el nivel

el 50.5% nivel proporción en de embarazada variable que

### 6.4 Madres adolescentes

Se ha estudiado la incidencia de partos de adolescentes en la población registrada mediante el SIP. En la Tabla 10 se indica la proporción de partos en dos franjas de edad: de 10 a 14 años y de 15 a 19 años para los casos registrados con el SIP en todo el Uruguay desde 1991 hasta 1998.

**TABLA 10 - EMBARAZOS EN PRIMER Y SEGUNDA ADOLESCENCIA**

edad	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
10-14	0.6%	0.5%	0.5%	0.6%	0.5%	0.5%	0.6%	0.5%
15-19	18.5%	15.4%	16.9%	17.3%	17.1%	16.8%	16.7%	16.8%
10-19	19.0%	15.9%	17.4%	17.8%	17.6%	17.3%	17.3%	17.3%
Total	20849	27252	27242	30908	39226	39309	40702	37419

El porcentaje de partos de madres adolescentes se mantiene alrededor del 18% con una cierta disminución en 1992, cuyas causas no son claras. En el total de embarazos el 17,3% es un embarazo de madre cuya edad está comprendida entre 10 y 19 años. El grupo de madres de hasta 14 años se mantiene constante en el 5 por mil embarazos, o sea unos 200 embarazos de la base recogida o bien unos 300 casos sobre el total de 34000 nacimientos del Uruguay. La estratificación del fenómeno del parto de madres adolescentes por sectores de instituciones indica grandes diferencias, como se muestra en la Tabla 11.

**TABLA 11 - EMBARAZOS DE MADRES ADOLESCENTES**

	1994	1995	1996	1997	1998
BPS	21.2%	21.9%	19.7%	22.0%	23.4%
MIL-POL	27.3%	22.2%	22.7%	19.9%	19.4%
ABC	20.9%	26.6%	26.1%	25.1%	25.8%
MUT-MVD	5.1%	5.1%	4.5%	4.3%	4.5%
INT-MUT	12.7%	13.2%	12.8%	13.8%	13.7%
INT-MSP	22.7%	23.5%	23.4%	23.5%	22.7%
Uruguay	17.8%	17.6%	17.3%	17.3%	17.3%

embarazos de madres de 10 a 19 años de edad

BPS	Área de la Salud del Banco de Previsión Social
MIL-POL	Hospitales Militar y Policial
ABC	Clinicas A, B y C Fac de Medicina (Hospital Prussell y Hospital de Clínicas)
MUT-MVD	Mutualistas de Montevideo
MSP-INT	Instituciones estatales del Interior
MUT-INT	Instituciones mutuales del Interior

El porcentaje de madres adolescentes es del orden del 25% en las clínicas universitarias, con valores similares pero algo inferiores en el BPS y en los hospitales del interior. Los hospitales Militar y Policial han reducido su proporción de embarazo adolescente en los últimos 15 años del 27% a menos del 20% actual. Las mutualistas de Montevideo tienen menos del 5% de embarazo adolescente y sus pares del interior tienen 13.7% de embarazos adolescentes.

SIP. En la Tabla  
para los casos

18

27

8%

3%

119

disminución en  
cuya edad está  
en el 5 por mil  
4000 nacimien-  
de instituciones

101

nes similares pero  
ido su proporción  
Montevideo tienen  
entes.

## 7. INDICADORES DE ATENCION PERINATAL

### 7.1 Introducción

Los datos de las historias clínicas permiten recopilar información sobre la atención perinatal ofrecida en los diferentes sectores perinatales del país. Desde la cantidad de controles prenatales hasta la tasa de cesáreas, existen indicadores que pueden servir para planificar la atención a escala nacional. La auditoría de muertes perinatales y maternas puede ser realizada tomando los documentos del SIP como base.

Todas las cifras presentadas en este capítulo fueron obtenidas de las salidas standard de los programas de computación del SIP: ESTADISTICA BASICA, DESCRIPCION DE UNA VARIABLE y EVALUACION DEL CONTROL PRENATAL.

### 7.2 Control prenatal

La evaluación del control prenatal puede hacerse examinando tres indicadores: el porcentaje de embarazadas que consultan aunque sea una vez antes de presentarse para el parto, la media del número de controles en cada sector y la distribución de la cantidad de controles por embarazada. La Tabla 12 presenta la evolución del porcentaje de embarazadas no controladas, la Tabla 13 indica la media de visitas por embarazada, la Tabla 14 las distribuciones de controles y la Tabla 15 la captación precoz.

TABLA 12 - AUSENCIA DE CONTROL PRENATAL.

	85-89	90-94	1995	1996	1997	1998
BPS	7	8	3	2	2	3
MIL-POL	10	9	7	7	8	26
ABC	49	30	24	23	21	17
MUT-MVD	-	24	20	16	9	10
INT-MUT	-	4	5	6	5	3
INT-MSP	17	12	11	11	10	9
Uruguay	22	20	15	14	11	10

porcentaje de embarazadas que no concurren ni una sola vez a control prenatal.

BPS	Área de la Salud del Banco de Previsión Social
MIL-POL	Hospitales Militar y Policial
ABC	Clínicas A, B y C Fac de Medicina (Hospital Pereira Rossell y Hospital de Clínicas)
MUT-MVD	Mutualistas de Montevideo
MSP-INT	Instituciones estatales del Interior
MUT-INT	Instituciones privadas del Interior

El control del embarazo aumenta su cobertura desde el 80% en el quinquenio 1990-1995 hasta el 90% en 1998 en todo el país. La aparente baja cobertura en el Hospital Militar es debida a los problemas de documentación ya mencionados en el párrafo 5.3. A excepción de este sector, todos los demás han mejorado el control prenatal o lo mantienen como el BPS. El sector mutual del Interior es el que exhibe cifras de universalidad del control prenatal casi total con 3% de las terminaciones de embarazo sin control, cifra similar a la del BPS. En Montevideo las mutualistas controlan al 90% de sus embarazadas. En el Hospital Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas, la exigencia del Carnet Perinatal junto con otras medidas de facilitación del acceso a los servicios está corrigiendo las cifras de bajo control prenatal de años anteriores.

De acuerdo a los datos de la Tabla 13, el número de consultas por embarazada sigue una tendencia creciente en todos los sectores perinatales del país, a excepción de las mutualistas del interior que mantienen su nivel de 7 consultas por embarazada como promedio. Las diferencias entre sectores, muy claras hasta 1995, tienden a esfumarse y convergen hacia 7 consultas por embarazada en todo el país, excepto el Hospital Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas que mantienen 5 consultas por embarazada.

## **ANEXO 3**

# Registran por año 10.000 embarazos adolescentes

► Destinarán U\$S 40 millones del BID a planes en asentamientos, donde el problema es más frecuente

JUAN CARLOS MONTERO

En el Uruguay se registran anualmente cerca de 10 mil embarazos que llegan a su término en adolescentes de menos de 17 años de edad, y un 1 por ciento de los mismos corresponde a niñas de entre 10 y 14 años.

Los datos fueron proporcionados a El País por los responsables del Programa Integral de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo, perteneciente a la Secretaría de la Presidencia de la República.

La cifra recoge el promedio anual de los embarazos de esas características que fueron atendidos en los hospitales Pereira Rossell, Vialcía y Militar, y no en las clínicas y sanatorios privados, según se aclaró.

El 50 por ciento de las madres adolescentes son solteras, y en un ínfimo porcentaje las mismas también fueron engendradas por mujeres menores de edad.

A mediados del próximo mes de febrero, se realizará por primera vez en el país una experiencia piloto de atención y seguimiento de 50 madres adolescentes atendidas en el hospital Pereira Rossell, para establecer el modelo que se aplicará en el programa general que se está instrumentando por parte de la oficina gubernamental.

**EL PROGRAMA.** El Programa Integral de Infancia, Adolescencia y

Familia en Riesgo de la Presidencia de la República, tiene como principales objetivos coordinar las acciones que en la atención de esa amplia problemática llevan adelante distintas instituciones públicas y privadas. El objetivo es optimizar los recursos y obtener rápidos y mejores resultados en las políticas sociales dirigidas a los sectores más vulnerables del país.

La base de este programa va a estar fundamentalmente enfocada a los asentamientos irregulares, donde la descomposición familiar y los problemas de los menores en situación de calle y de embarazadas adolescentes son más frecuentes.

El programa contará para su aplicación, una vez que se cumplan los trámites que generalmente llevan varios meses, con un préstamo que se está instrumentando con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un monto de 40 millones de dólares. De todas formas, su arranque se ve favorecido por una partida de medio millón de dólares, donada por el gobierno de Japón, que permitirá financiar las etapas preparatorias del proyecto.

Una parte de ese préstamo del BID se destinará a mejorar la infraestructura del Instituto Nacional del Menor (Inam) en todo el territorio uruguayo.

Al frente del equipo gubernamental que elabora el programa, y



PERFIL. El 50% de las madres menores es soltera y muchas fueron engendradas por adolescentes

se ha instalado en oficinas montadas en el segundo piso del Edificio Libertad, se encuentran Edison Wilmer Altuna, un asesor del Presidente de la República que cuenta con una vasta experiencia internacional en programas de las Naciones Unidas, y la socióloga Claudia Romano, que lo coordina técnicamente a nivel nacional.

**PRIMERAS EXPERIENCIAS.** Wilmer explicó que recién el pasado

27 de diciembre se concretó el préstamo del gobierno japonés, que le permitirá al equipo poner en marcha a mediados del mes de febrero próximo las primeras tres experiencias piloto que estarán destinadas a la atención de niñas y niños en situación de calle; el mencionado problema de las madres adolescentes, y a delinear estrategias integrales.

"La idea nuestra es lanzar esto inmediatamente después de carnaval", anunció el asesor presidencial.

Como paso previo a la puesta en práctica del proyecto que se financiará con el préstamo del BID, Wilmer informó que se va a hacer un completo relevamiento de todos los asentamientos irregulares del país, a los efectos de tener toda la información posible relacionada con la condición de los hogares, la integración familiar, las relaciones de parentesco, los aspectos tanto educativos como económicos y la procedencia de los habitantes de esas zonas carenciadas.

"Esto nos va a permitir definir a los grupos realmente más vulnerables, a quienes debemos alcanzar en una forma más rápida y efectiva", indicó.

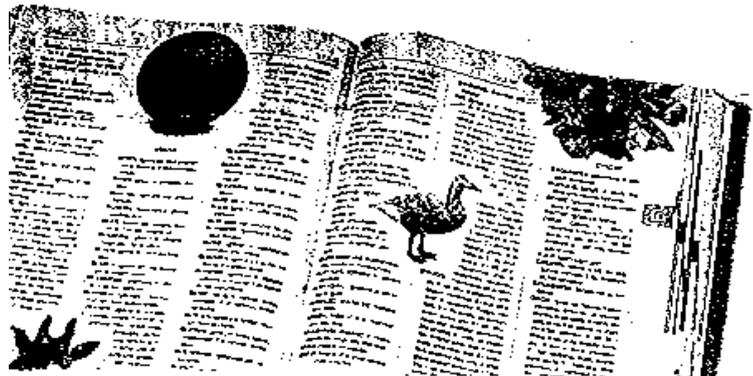
Agregó que este programa tiene como rasgo fundamental su aspiración de trabajar con todos los orga-

nismos locales en el área de políticas sociales. En el caso del Instituto Nacional del Menor (Inam) el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Deporte y Juventud así como con todas las organizaciones civiles y no gubernamentales que se ocupan de estos problemas.

Wilmer dijo que en el corriente pasado y en lo que va de este año se han mantenido reuniones con autoridades y representantes de estos organismos para revisar puntos de vista y conocer recursos materiales y humanos que cuentan. El plan es que esa estrategia cuente con la promesa de darle a este programa "la más amplia participación ciudadana".

**LA FAMILIA.** El director del programa destacó, por otra parte, el mismo estará dirigido principalmente a la atención de las familias de los niños en situación de calle de las madres adolescentes. "En estos casos que es con las familias con las que tenemos que tratar todos estos temas".

Agregó que el núcleo familiar es la responsabilidad de las familias fundamentales para el éxito de este programa, cualquiera sea el proyecto que hagamos", concluyó.



DEPTE

## **ANEXO 4**

## ENTREVISTA

Nº de Historia Clínica:

Edad:

Barrio:

Número de embarazo:

Nº de hijos vivos:

Abortos:

Trimestre que cursa:

Nº de controles prenatales:

Situación de Pareja:

Union estable

Unión inestable

Sin Pareja:

Nivel de instrucción:

Analfabeta:

Primaria completa

- Incompleta -

Año (aprob.)

Ciclo básico completo

- Incompleto -

Año (aprob.)

Bachillerato completo

- Incompleto -

Año (aprob.)

Otros

Ocupación: Trabaja: Sí - No

¿donde?

Nº de horas

Querías quedar embarazada? Sí No

¿Cómo te sentís con respecto de esto?

¿Cómo estás viviendo tu embarazo?

¿Has recibido información acerca del embarazo?

¿Dónde?

¿De quién?

¿Sentís que se produjeron cambios en tu vida a partir del embarazo?

¿Cuales?

¿Cómo consideras tu embarazo: aceptado, deseado, no deseado?

¿Cómo lo vive tu familia?

¿Qué apoyo recibís?

¿Cómo imaginas a tu bebé?

¿Qué planes o proyectos tienes?

## **ANEXO 5**

### DIAGRAMA DE GANTT

Actividades	Dic./01	Ene./02	Feb./02	Mar./02	Abr./02	May./02	Jun./02	Jul./02	Ag./02	Oct./02	Nov./02	Dic./02
Conformación del grupo de trabajo												
Selección del área problema												
Determinación del problema a abordar												
Recolección de información, datos estadísticos												
Primeros cálculos												
Plantamiento de las hipótesis												
Elaboración del Manual Técnico												
Asesoramiento en informática básica												
Elaboración del Dicta Metodológico												
Presentación del Protocolo												
Segundo Tutorío												
Revisión del Protocolo												
Operación del protocolo												
Ejecución del Protocolo												
Análisis												
Finalización												