



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

CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON EL PRIMER CONTROL DE SU EMBARAZO EN LA POLICLÍNICA DE ADOLESCENCIA DE HOSPITAL PEREIRA ROSSELL

AUTORES:

Br. Dutra, Rosana
Br. López, Adriana
Br. Molina, Silvia
Br. Odriozola, Nadia
Br. Zanellato, Paola

TUTORES:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes
Lic. Enf. Bou, Nora

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

Montevideo, 1999

INDICE	PÁG
INTRODUCCION.....	1
FUNDAMENTACION.....	3
MARCO CONCEPTUAL.....	8
OBJETIVOS.....	12
VARIABLES.....	14
DISEÑO METODOLOGICO	15
DATOS OBTENIDOS	17
CONCLUSIONES	31
SUGERENCIAS.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXO N° 1	38

INTRODUCCION

Este trabajo fue realizado por seis estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la generación 93 habiendo cumplido con los requisitos teórico-prácticos necesarios para culminar la misma.

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar y comparar a las adolescentes embarazadas según la fecha del primer control de su embarazo ya sea que lo realicen en forma precoz, normal o tardía y la etapa de la adolescencia (inicial, intermedia y final) a la que pertenecen, que consultan en la Policlínica de Adolescencia del Hospital Pereira Rossell (H.P.R.)

El tipo de estudio es descriptivo, y los instrumentos utilizados fueron: una entrevista semiabierta cuyo contenido permite caracterizar a las adolescentes embarazadas, el carné perinatal donde se recogen datos relacionados con la fecha del 1er control y los antecedentes obstétricos.

Debido al incremento de los embarazos que ocurren durante la adolescencia en el Uruguay, especialmente en los últimos años y fundamentalmente en las clases sociales más bajas de la población (según Garroscia y cols. Dpto. de Neonatología de la Fac. de Medicina 1989), consideramos importante conocer las características de las adolescentes que realizan el primer control de su embarazo en la Policlínica de Adolescencia del H.P.R. (debido a que esta es de referencia nacional), para lograr el abordaje de las mismas mediante la planificación de programas tendientes a lograr un embarazo bien controlado y disminuir así las complicaciones durante el mismo y en el momento del parto.

La limitación que presenta esta investigación radica en que las conclusiones a las que se llegaron no permiten generalizar en cuanto a las características de todas las adolescentes, pues estas comprenden a un 5% de la población de adolescentes embarazadas del país, de acuerdo al Sistema Informático Perinatal 1997 (5).

El tiempo que insumió la investigación comprendió el período Octubre 1998 a Octubre de 1999. El mes en el que se recogieron los datos fue Mayo de 1999.

FUNDAMENTACION

"La adolescencia, período crítico por excelencia en la vida del ser humano, puede volverse aún más compleja para la mujer, por el advenimiento de una gestación". Esta situación puede traer aparejados potenciales riesgos biológicos, psicológicos y sociales para el binomio madre-hijo.

"Se ha determinado en múltiples estudios que la edad puede constituir una condición de riesgo para el éxito o fracaso del embarazo, reconociéndose también que hay una etapa en la vida de la mujer que pareciera ser la mejor para cumplir con su función reproductora. La edad temprana se ha relacionado con tasas más altas de morbi-mortalidad materna y perinatal". (según Garroscia y cols. Dpto. de Neonatología, Facultad de Medicina 1989).

Según Jarabo Crespo y Vaz Leal la adolescencia puede ser definida desde una perspectiva cronológica. "Se considera entonces adolescente todo individuo sin distinción de sexo cuya edad está comprendida entre 10 y 19 años". Dentro de este período se pueden distinguir tres etapas: una etapa inicial (10-12 años), una etapa intermedia(13-15 años) y una etapa final (16-19 años). Cabe destacar que el criterio cronológico es poco preciso ya que ignora las variaciones individuales que pueden existir y la influencia de los factores sico-sociales en el período de la vida del que hablamos.

La *etapa inicial* de la adolescencia (10-12 años) se caracteriza por el comienzo de los cambios puberales, apareciendo nuevas vías de expresión, nuevas habilidades e intereses que se centran sobre todo en el ámbito extra familiar. A diferencia del niño, el adolescente necesita un espacio personal amplio a la vez que necesita y depende de su familia, generándose en ocasiones conflictos.

Los cambios que ocurren en la esfera biológica durante la pubertad son el aumento de la estatura, modificaciones en la distribución de la grasa corporal y la musculatura, aparición del vello púbico y axilar, el aumento de mamas y genitales. No es infrecuente que exista una discordancia entre la madurez física y sicosocial lo que puede determinar que el adolescente viva momentos de adaptación difíciles.

Durante la *etapa intermedia* (13-15 años) el adolescente a logrado un nivel básico de identificación e identidad personal, comienza a dirigir el interés sexual hacia otras personas.

En la mujer el eje hipotálamo hipofisario es inmaduro en los tres primeros años siguientes a la menarca, el útero es de dimensiones menores a las que adquiere en la adultez, el esqueleto no terminó de adquirir su tamaño definitivo; la pelvis no tiene adecuada inclinación y sus diámetros están en los límites de la normalidad. Si ocurre un embarazo en esta etapa estos elementos pueden causar inadecuación feto-materna (Santi. Conselo.y otros 1990).

Según Jarabo Crespo y Vaz Lea! la adolescente empieza a identificarse con un grupo mas que con personas aisladas, las relaciones con amigos y la posibilidad de compartir con ellos sentimientos y confidencias siguen siendo fundamentales para su desarrollo.

Se puede comprobar que aquellos adolescentes que mantienen buenas relaciones con sus compañeros, pudiendo verbalizar sus impulsos, fantasías y temores respecto a la sexualidad, presentan menor riesgo de transitar por experiencias sexuales precoces con la siguiente disminución del riesgo que estas conllevan (embarazo no deseado, contagio de enfermedades de transmisión sexual).

En la *etapa final* de la adolescencia(16-19 años) se logra la consolidación de la personalidad, capaz de conducir a una adecuada consonancia entre los sentimientos y la conducta. La adolescente también debe formar definitivamente

una imagen corporal satisfactoria. Los riesgos de conductas psicopatológicas en el área corporal aparecen como anorexia, bulimia y somatizaciones.

El adolescente debe dirigir el erotismo hacia el otro sexo, este movimiento finalizará con la capacidad de desarrollar una relación estrecha con alguien del otro género.

Por otra parte el egocentrismo y la visión restrictiva propia del niño irán dando paso a un interés acrecentado por los valores culturales y las ideologías (religión, filosofía, ética o política).

Para culminar la etapa evolutiva, el adolescente deberá alcanzar la independencia económica y social y deberá configurar en forma definitiva su propio sistema de valores a partir de los que le han sido filtrados de su familia de origen y de los obtenidos a través de otras relaciones significativas.

Durante el embarazo en la adolescencia aparecen como rasgos psicológicos los sentimientos y pensamientos ambivalentes en todas las etapas de la misma. El estar embarazada es muchas veces un conflicto entre querer y no querer(Thonet 1983, ref.9).

La necesidad de prevenir el embarazo con gran frecuencia no se percibe como una prioridad entre las adolescentes, inclusive es producto del desconocimiento de la posibilidad de que esto ocurra. En algunas ocasiones es una manifestación de protesta o rebeldía ante una excesiva estrictez e incomprensión de los padres(Silber 1985, ref. 9).

El hijo inconscientemente puede ser visto por la adolescente como alguien a quien querer, que dependerá de ella y será una fuente de amor(Thonet 1983 ref. 9).

Según Álvarez, en Burrows y Muzzo, 1987 ref. 9, a nivel social si bien es posible deducir que la adolescente abandona sus estudios debido al embarazo esto no siempre es así.

En general se observa una ausencia de proyecciones de ascenso social. Al mismo tiempo parece que existe una fuerte presión para cumplir el rol femenino tradicional.

Se observa una ausencia de estímulos y motivaciones para continuar estudiando, este elemento sociocultural que se perfila en la falta de valoración de la escolaridad, aparece condicionando el inicio precoz de las relaciones sexuales y el embarazo.

La adolescente embarazada con baja escolaridad tiene dificultad para encontrar un trabajo, las oportunidades son muy limitadas, la remuneración es baja y no logra satisfacción en el mismo.

Se podría pensar así que el embarazo es una forma de escapismo del mundo del trabajo y del estudio.

La maternidad le daría un status que la distingue de las demás adolescentes y no se le puede exigir como al resto, porque ella a adquirido responsabilidades que pertenecen al mundo de los adultos, dando un sentido a su vida aunque desconozca la responsabilidad que esta trae aparejada.

Por último la separación en la pareja es común, por varios motivos, entre ellos presión social y familiar, situación económica precaria y la dependencia económica con los padres de alguno de ellos.

El comienzo del control del embarazo puede verse afectado por estos u otros factores, lo que lleva a pensar que es necesario conocer las características de las adolescentes que determinan el comienzo del control y en consecuencia el adecuado seguimiento del mismo en beneficio de la futura madre y el niño.

Esta investigación es de utilidad para enfermería, puesto que conocer las características de las adolescentes embarazadas de acuerdo a las diferentes etapas a las que pertenecen, de la Policlínica Adolescencia del Hospital Pereira Rossell (H.P.R) permite la elaboración de planes y programas de educación para el abordaje en la atención de las mismas.

Es importante la captación precoz de la adolescente embarazada, debido a que contribuye a un adecuado seguimiento del embarazo en beneficio de la futura madre y el niño, la derivación precoz a un nivel más complejo y la utilización

de los recursos disponibles en un sentido racional si se está frente a un embarazo de alto riesgo.

Para lograr estas acciones es necesario tener en cuenta los recursos humanos fundamentales y su capacitación (Ginecólogo, Lic. en Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Psicólogo, Asistente Social, Nutricionista y Sexólogo) así como los recursos humanos comunitarios (líderes comunitarios, docentes de centros educativos formales y no formales, integrantes de organizaciones juveniles, centros deportivos, organizaciones religiosas) que coparticipan en forma activa con las acciones que desarrolla el equipo de salud

Los objetivos estarán destinados a:

- Educación sexual (anatomía y fisiología del aparato genital masculino y femenino, comportamiento sexual en la adolescencia)
- Anticoncepción para planificar su futuro obstétrico y prevenir un nuevo embarazo
- Conductas a seguir durante su gestación (importancia del control precoz, modificaciones corporales en los tres trimestres del embarazo, jerarquizando síntomas y signos de alarma frente a las patologías mas frecuentes)
- Enfermedades de transmisión sexual.

MARCO CONCEPTUAL

Definición de **adolescencia**: En términos generales se define como la segunda década de la vida, período de transición de lo infantil a lo adulto, donde se completa la maduración sexual, la independencia psicológica y se transita desde una dependencia a una independencia económica. Según la Organización Mundial de la Salud(O.M.S.) abarca el período comprendido entre los 10 y 19 años.

Definición de **embarazo**: Es la condición de tener un embrión o un feto en desarrollo en el cuerpo después de la unión de un ovocito y un espermatozoide (Diccionario Enciclopédico de Enfermería).

Definición de **embarazo en la adolescencia**: Se entiende por tal la gravidez comprendida entre los 10 y los 19 años cumplidos (Normas de Atención Integral de la embarazada adolescente, Documento preliminar)

Definición de **control prenatal**: Es la serie de contactos, entrevistas y visitas programadas que la embarazada realiza con los integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza de su hijo.

Debe cumplir con 4 requisitos básicos:

1. **Precoz**: Se recomienda precocidad en la primera consulta para confirmar diagnóstico de embarazo, evaluar el estado general de la gestante, descartar patologías del sistema reproductivo y establecer en función de los antecedentes, de los hallazgos clínicos y de laboratorio una calificación primaria de riesgo.
2. **Periódico**: La frecuencia de los controles prenatales, varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo (16-19 años, casada o unión estable, escolaridad acorde a la edad y ninguna patología)requieren un número menor de controles que las de alto riesgo (menor de 15 años, inestabilidad de

pareja o madre soltera, embarazo producto de abuso sexual, muy bajo nivel socioeconómico-cultural, consumo de sustancias ilícitas, tabaquismo y/o alcoholismo y alguna patología)

3. Completo: Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
4. Amplia cobertura: Solo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbimortalidad materna y perinatal (El Control perinatal, Clap. 1990).

Los términos de primer control precoz, normal y tardío fueron predeterminados por los investigadores, basándose en material bibliográfico(2), (4), (6).

Definición de primer *control precoz*: Es aquel control que se produce entre la 2ª y 8ª semana de embarazo. Se toma desde la 2ª semana ya que en la semana 0 y 1 de gestación es prácticamente imposible que la embarazada lo haya confirmado.

Este control está destinado a:

- la confirmación y la implantación adecuada del embarazo.
- identificar factores de riesgo para la madre y el futuro hijo, ya que entre la 4ª y 8ª semana se produce la organogénesis y en esta etapa el embrión es más susceptible a factores que dificultan su desarrollo debido a que la mayor parte de las malformaciones congénitas que se observan en el parto tienen origen en este período.
- Se debe buscar la armonía y adecuación en el número y calidad profesional del equipo actuante, a fin de facilitar la aproximación y el diálogo para que la adolescente pueda expresar sus inquietudes genuinas y ser orientada con atención y deferencia, ya que este es el primer y/o único contacto que la adolescente embarazada tiene con el equipo de salud.

El rol de la enfermera profesional en el control precoz está destinado a:

- realizar la consulta de enfermería mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería a la adolescente embarazada (valoración del estado de salud de la futura madre e hijo, detección de necesidades, intereses y problemas, plan de acción tratando de definir cuales son los cuidados necesarios en relación a los problemas planteados y por último la evaluación y planificación de futuras actividades)
- explicación de los estudios diagnósticos indicados por el médico tratante.
- trabajar sobre los sentimientos frente al embarazo, así como todas las preguntas que la adolescente tenga respecto al mismo.
- resaltar la importancia del adecuado control de su embarazo. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Definición de primer *control normal*: Es aquel que ocurre entre la 9ª y 16ª semana. El embrión pasa a denominarse feto ya que adquiere la médula espinal. Este período se caracteriza por una maduración de los tejidos y órganos y el rápido crecimiento del cuerpo, por lo que una detección oportuna en este período permitirá identificar, corregir y prevenir complicaciones.

Definición de *control tardío*: Es el control que comienza desde la semana 17ª en adelante. Decimos que es tardío ya que detectados factores de riesgo o

alteraciones en el embarazo es más difícil su abordaje. El control que se inicia en esta etapa limita el seguimiento de la evolución del embarazo.

Concepto de **salud reproductiva**: "No representa únicamente la ausencia de enfermedad durante el proceso reproductivo, sino que es una condición en la cual esta ocurre dentro de un estado total de bienestar físico, mental y social. Esto implica que las personas que tienen la capacidad de reproducirse, pasar por el embarazo y el parto con el menor riesgo y terminar el mismo con éxito, determinarán que los recién nacidos crezcan en salud. Esto permite que las personas puedan regular su fertilidad y mantener relaciones sexuales sin riesgo para su salud". Curso de Enfermería Materno-Infantil 1997.

Definición de **ansiedad**: Es la manifestación de un fenómeno somático, experimental e interpersonal, sentimiento de inquietud, aprensión o pavor (Diccionario Enciclopédico de Enfermería).

Definición de **depresión**: Es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza mórbida, postración o melancolía. Se encuentra íntimamente asociada a la falta de confianza y autoestima y con la incapacidad para expresar sentimientos intensos (Diccionario Enciclopédico de Enfermería).

Definición de **desocupación**: Este término está referido a aquella persona en este caso adolescente que habiendo trabajado en el pasado, en el momento en que se realiza la entrevista no lo posee pero está en busca de uno nuevo (definición determinada por los investigadores).

Definición de **dependiente**: Este término tiene relación con aquella adolescente que no trabaja, que vive con sus padres y/o pareja (definición determinada por los investigadores).

OBJETIVOS

▪ GENERAL

- *CARACTERIZAR Y COMPARAR A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN LA FECHA DEL PRIMER CONTROL Y LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA A LA QUE PERTENECEN, QUE CONSULTAN EN LA POLICLÍNICA DE ADOLESCENCIA DEL H.P.ROSSELL.*

▪ ESPECIFICOS

- 1. Determinar la fecha del primer control del embarazo de acuerdo a la etapa inicial de la adolescencia (10-12 años).*
- 2. Determinar la fecha del primer control del embarazo de acuerdo a la etapa intermedia de la adolescencia (13-15 años).*
- 3. Determinar la fecha del primer control del embarazo de acuerdo a la etapa final de la adolescencia (16-18 años).*
- 4. Identificar las características de las adolescentes embarazadas que realizan el primer control en forma*

precoz, de acuerdo a la etapa de la adolescencia (inicial, intermedia y final)

- 5. Identificar las características de las adolescentes embarazadas que realizan el primer control en forma normal, de acuerdo a la etapa de la adolescencia (inicial, intermedia y final)*
- 6. Identificar las características de las adolescentes embarazadas que realizan el primer control en forma tardía, de acuerdo a la etapa de la adolescencia (inicial, intermedia y final)*
- 7. Comparar las características de la adolescente embarazada según la forma en que realiza el control del embarazo (precoz, normal y tardío) y la etapa de la adolescencia a la que pertenece.*

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA SEGÚN LAS ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

VARIABLE DEPENDIENTE: PRIMER CONTROL DEL EMBARAZO.

OPERATIVIZACION DE LAS VARIABLES

La variable *características de la adolescente embarazada*: es cualitativa, para poder trabajar con ella se debe pasar a cuantitativa, para lo cual se divide la edad en 3 rangos que van de 10-12, 13-15 y 16-18 años (se toma como límite de la adolescencia los 18 años, debido a que la Policlínica atiende adolescentes hasta esta edad) las otras características que se miden son: procedencia (Montevideo, Interior), estado civil, nivel de instrucción, ocupación, con quien vive, antecedentes personales, antecedentes obstétricos y sentimientos frente al embarazo.

El *primer control del embarazo* debe ser pasada a variable cuantitativa. La forma de medición es a través del nº de semanas en el que ocurre el mismo, además se clasifica en control precoz si ocurre entre la 2ª y 8ª semana, control normal entre la 9ª y 16ª semana y control tardío si comienza después de la 17ª semana de embarazo.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Descriptivo. Es descriptivo pues está dirigido a identificar y establecer comparativamente las características de la población definida.

Población de estudio: Todas las adolescentes embarazadas que concurren a la Policlínica de Adolescencia del H.P.R. en el período que abarca desde el 3 de Mayo al 4 de Junio de 1999, a realizar el primer control de su embarazo.

Ejecución: Se realiza una entrevista a aquellas adolescentes embarazadas que concurren al control de su embarazo en la Policlínica del H.P.R. los días Lunes, Miércoles y Viernes de 8 a 12 horas. Las entrevistas se efectúan en un consultorio destinado para tal fin posteriormente de realizado el control por parte de enfermería y previamente a la consulta ginecológica. En la misma participan 2 investigadores y la adolescente (solicitando que ingrese sola), con una duración de 10-15 minutos. El instrumento que se utiliza es una entrevista semiabierta (siendo completada por un investigador mientras que el otro observa) con el objetivo de recabar datos relacionados con las características de la adolescente, fecha del primer control y los aspectos sicoemocionales de la adolescente frente a este embarazo. (Anexo N° 1).

Otro instrumento que se utiliza es el carné perinatal de donde se recaban datos relacionados a los antecedentes obstétricos, fecha del primer control si este ya ocurrió previo a la entrevista (se identifica con un sticker el carné de la adolescente entrevistada de manera tal de no repetir la misma).

Tiempo: El período en el que se realizan las entrevistas de las adolescentes abarca desde el 3/5/99 al 4/6/99 (Lunes, Miércoles y Viernes) ya que estos son los días en que la Policlínica atiende a las mismas.

El cronograma de actividades es el siguiente:

ACTIVIDAD	1/3/AU/2014/99	3/5/A/4/99	1/6/A/3/7/09	1/8/AU/3/18/99
ELABORACION DEL PROTOCOLO	→			
EJECUCION		→		
PROC. DE DATOS Y ANALISIS			→	
PRESENTACION DEL TRABAJO				→

Recursos humanos: 6 estudiantes de la Licenciatura de Enfermería.

Recursos materiales: Utiles de escritorio, computadora, bibliografía.

Recursos financieros: Son provistos por los propios estudiantes e implican \$U 2500 que se distribuyen en: \$U 800 (fotocopias), \$U 30 (lapiceras), U\$ 30 (goma de borrar), \$U 30 (lápices) y \$U 800 para transporte en ómnibus, \$U 120 (hojas para impresión del trabajo), \$U 300 (cartucho de tinta) y un 5% adicional que representa el colchón de seguridad.

Plan de tabulación y análisis: Se realizaron tablas y gráficas de frecuencia absoluta y frecuencia absoluta acumulada, tablas bivariadas, cálculo de la media de la variable *edad*.

Esto permitió determinar el comportamiento de cada variable para poder analizar en forma descriptiva los datos obtenidos y de esta manera llegar al posterior establecimiento de conclusiones comparando los resultados obtenidos.

Las tablas bivariadas cruzaron las siguientes variables: edad con comienzo del control, edad con estado civil, edad con ocupación, edad con antecedentes personales, edad con antecedentes obstétricos. Las mismas se realizaron para cada categoría de control (precoz, normal y tardío).

DATOS OBTENIDOS

El total de la población que incluyó la investigación fueron 101 adolescentes, que realizaron el control de su embarazo durante el período comprendido entre el 3/5/99 al 4/6/99.

El criterio para la selección de la población en este lapso de tiempo fue por conveniencia de los investigadores, debido a que el objetivo era caracterizar y comparar a las adolescentes embarazadas según la fecha del primer control y la etapa de la adolescencia a la que pertenecen que consultan en la Policlínica de Adolescencia del Hospital Pereira Rossell.

Otro motivo que justificó la realización de esta investigación en un mes fue que de acuerdo al relevamiento realizado en la Policlínica, respecto al número de consultas al año, se conoce que la población que asiste a diario a realizar el control de su embarazo es de 10 adolescentes embarazadas aproximadamente. En el transcurso de 20 días hábiles se alcanzó a un total de 101 adolescentes, número menor del estimado debido a que el personal de la Policlínica concurrió a un Congreso en el exterior del país y por lo tanto se redujo el número de personal y en consecuencia el número de consultas a la mitad.

La *media* de edad de esta población corresponde a 16,3 años.

- Para la visualización de los **objetivos específicos N°1,2 y 3** (ver pág. 12 y 13) se desarrolló el siguiente análisis:

La categorización por edades se dividió en 3 etapas: 10-12 años, 13-15 y 16-18 años. La distribución encontrada fue la siguiente:

Entre 10-12 años no se detectaron adolescentes embarazadas en esta población de estudio.

Entre 13-15 años consultaron 28 adolescentes(27%) de la población.

En la última etapa 16-18 años consultaron 73 adolescentes (72%) de la población. La siguiente tabla muestra los datos mencionados:

TABLA N° 1

**DETERMINACION DE LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA
SEGÚN EL PRIMER CONTROL DEL EMBARAZO (PRECOZ,
NORMAL Y TARDIO)**

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (AÑOS)	CONTROL DEL EMBARAZO (SEMANAS)		
	PRECOZ (2-8)	NORMAL (9-16)	TARDIO (17 EN ADELANTE)
10-12	0	0	0
13-15	4	11	13
16-18	15	33	25

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

De acuerdo a los datos presentados en la tabla N°1 el análisis que se desprende es el siguiente:

1. No existen en el momento de la ejecución de la investigación adolescentes embarazadas entre 10-12 años en esta Policlínica.
2. En la etapa entre 13-15 años solo 4 adolescentes(3%) asistieron al primer control de su embarazo en forma precoz (2-8 semanas). Para el primer control normal (9 a 16 semanas) fueron 11 adolescentes (11%). Mientras que en el control tardío(17 semanas en adelante) correspondió a 13 adolescentes (13% de la población).
3. En la etapa de 16-18 años la distribución fue la siguiente:
Para el control precoz fueron 15 adolescentes (15%), para el control normal 33 adolescentes (33%) y para el tardío 25 adolescentes (25%).

De acuerdo a estos datos se puede establecer que:

- Entre las semanas 9-16 del primer control normal, es donde se concentró el mayor porcentaje de población en la Policlínica (44%) lo que equivale a 44 adolescentes.
- En la etapa comprendida entre 10-12 años no hubo ocurrencia de embarazos en la población estudiada.
- En la etapa que corresponde de 13-15 años se observó que el 46%(13) de la población realizó el primer control de su embarazo tardíamente(17 semanas en adelante), le siguió en un 39% (11) las que realizaron el primer control normal y por último un 15% (4) correspondiente al primer control precoz. Estos porcentajes se calcularon tomando como 100% la etapa que abarca 13-15 años con un total de 28 adolescentes.
- Para la etapa de 16-18 años un 45%(33) de la población realizó el primer control normal de su embarazo, mientras que un 34% (25) lo hizo en forma tardía y un 21%(11) lo realizó en forma precoz. Estos porcentajes se calcularon tomando como 100% la etapa que abarca 16-18 años con un total de 73 adolescentes

- Para la visualización de los **objetivos específicos N° 4,5,6** (pág. 12 y 13) se desarrolla el siguiente análisis. Se implementa para ello tablas bivariadas que cruzan las siguientes variables: edad con estado civil, edad con ocupación, edad con antecedentes obstétricos. Las mismas se realizan para cada categoría de primer control (precoz, normal y tardío). Además se realizaron tablas de frecuencia absoluta y frecuencia absoluta acumulada con respecto a: procedencia, nivel de instrucción, con quién vive y sentimientos frente al embarazo de la adolescente embarazada.

La población total fue de 101 adolescentes embarazadas.

TABLA N° 2

DETERMINACION DE LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA
SEGÚN ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES QUE REALIZAN
EL PRIMER CONTROL PRECOZ DEL EMBARAZO(2-8 sem.)

ETAPA Adolescentes (años)	ESTADO CIVIL		
	CASADA	SOLTERA	UNIÓN LIBRE
13-15	1	2	1
16-18	1	8	6

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- En la etapa entre 13-15 años se observó que: 5% (1) casada, 10% (2) solteras y un 5% (1) en unión libre.
- En la etapa entre 16-18 años mostró que: 5% (1) era casada, 42% (8) solteras y un 32% (6) en unión libre.

TABLA Nº 3

DETERMINACION DE LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA
SEGÚN OCUPACION DE ADOLESCENTES QUE REALIZAN EL
PRIMER CONTROL PRECOZ DE SU EMBARAZO(2-8 semanas)

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (Años)	OCUPACION				
	ESTUDIAN	TRABAJAN Y ESTUDIAN	TRABAJAN	DEPENDIENTE	DESOCUPADA
13-15	0	1	1	2	0
16-18	4	0	4	7	1

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- En la etapa correspondiente entre 13-15 años: (1) 5% adolescente trabaja y estudia a la vez.
- Se observaron (2) 10% adolescentes dependientes y no se observó ningún dato, con respecto a la desocupación
- En la etapa entre 16-18 años 37 % (7) eran dependientes y un 21% (4) estudiaban.

TABLA Nº 4

DETERMINACION DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS
ADOLESCENTES SEGÚN EL PRIMER CONTROL PRECOZ DE SU
EMBARAZO (2-8 semanas)

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (Años)	ANTECEDENTES OBSTETRICOS					
	SIEMPRE ANTES	NO OBTENIDAS ANTES	NO ABORTOS	PARTOS SIN CESAREAS VAGINALES	CEASAREAS	PAJOSOS MUERTOS
13-15	4	0	0	0	0	0
16-18	12	4	1	1	1	1

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- El 84% de las adolescentes que realizaron el control precoz no presentó antecedentes obstétricos.
- En la etapa de 13-15 no se presentaron adolescentes con antecedentes obstétricos.
- Referente a la etapa entre 16-18 años, de 4 gestas ocurridas (100%), el 25% culminó en aborto, otro 25% en nacidos muertos y el 50% restante culminó su gestación con hijos nacidos vivos.

TABLA N° 5

**DETERMINACION DE LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA
SEGÚN ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES QUE REALIZAN
EL PRIMER CONTROL NORMAL DEL EMBARAZO(9-16 sem.)**

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (AÑOS)	ESTADO CIVIL		
	CASADA	SOLTERA	UNIÓN LIBRE
13-15	1	5	5
16-18	2	15	16

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

De acuerdo a los datos obtenidos se observa que:

- En la etapa entre 13-15 años se encontró el mismo porcentaje de adolescentes solteras y en unión libre 11% (5) para cada categoría.
- Para la etapa entre 16-18 años se encontró un porcentaje elevado de adolescentes solteras y en unión libre 34% y 36% (15 y 16) respectivamente.

TABLA N° 6

DETERMINACION DE LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA SEGÚN OCUPACION DE ADOLESCENTES QUE REALIZAN EL PRIMER CONTROL NORMAL DE SU EMBARAZO (9-16 semanas)

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (AÑOS)	OCUPACION				
	ESTUDIA	TRABAJA	DEPENDIENTE	DESOCUPADA	AMA DE CASA
13-15	0	0	6	2	3
16-18	3	2	7	10	1

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- En la etapa de 13-15 años el 14% (6) dependientes, el 4% (2) desocupadas y un 7% (3) ama de casa.
- En la etapa de 16-18 años un 23% (10) desocupadas y un 16% (7) dependientes.

TABLA N° 7

DETERMINACION DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN EL PRIMER CONTROL NORMAL DE SU EMBARAZO (9-16 semanas)

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (AÑOS)	ANTECEDENTES OBSTETRICOS			
	UN ANTEC.	MIEMBROS	ABORTOS	PARTOS VAGINALES
13-15	11	0	0	0
16-18	27	6	4	2

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- El 86% de esta población no presentó antecedentes obstétricos.
- Se destaca en la etapa entre 13-15 años adolescentes embarazadas sin antecedentes obstétricos.
- En la etapa entre 16-18 años el 14% (6) presentó gestas de las cuales se observó un número elevado de abortos 66% (4), tomando como 100% el total de gestas ocurridas.

TABLA N° 8

**DETERMINACION DE LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA
SEGÚN ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES QUE REALIZAN
EL PRIMER CONTROL TARDÍO DEL EMBARAZO (17 < sem.)**

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (años)	ESTADO CIVIL		
	CASADA	SOLTERA	UNIÓN LIBRE
13-15	0	5	7
16-18	8	9	9

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- En la etapa entre 13-15 años no se observaron adolescentes casadas, 13%(5) eran solteras y 18% (7) en unión libre.
- Para la etapa que abarca 16-18 años se destaca una distribución similar de los porcentajes para las 3 categorías: 21% (8), 24% (9) y 24% (9) respectivamente.

TABLA N° 9

DETERMINACION DE LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA SEGÚN OCUPACION DE ADOLESCENTES QUE REALIZAN EL PRIMER CONTROL TARDÍO DE SU EMBARAZO (17 < semanas)

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (AÑOS)	OCUPACION				
	ESTUDIA	TRABAJA	DEPENDIENTE	DESOCUPADA	AMA DE CASA
13-15	1	0	6	0	6
16-18	2	0	14	1	8

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- En la etapa entre 13-15 años 3% (1) estudia, 16% (6) dependientes, al igual que el porcentaje de ama de casa. No se encontró porcentajes de adolescentes que trabajan ni desocupadas.
- Para la etapa de 16-18 años la distribución es la siguiente: 5% (2) estudia, 37% (14) dependiente, 3% (1) desocupada y un 21% (8) ama de casa.

TABLA N° 10

DETERMINACION DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS ADOLESCENTES QUE REALIZAN EL PRIMER CONTROL TARDÍO DE SU EMBARAZO (17 < semanas)

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (AÑOS)	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS				
	SIN. ANTEC.	N° GESTAS	N° ABORTOS	PARTOS VAGINALES	CESÁREAS
13-15	13	0	0	0	0
16-18	14	11	4	5	2

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- El 71% (25) de las adolescentes no presenta antecedentes obstétricos.
 - En la etapa de 16-18 años, el 29% (11) presentó antecedentes
 - En la etapa correspondiente a 13-15 años no hay ocurrencia de antecedentes.
- Para el **objetivo específico N°7** se implementaron las siguientes tablas.

Para comparar el estado civil de las adolescentes de acuerdo a la etapa de la adolescencia y según la forma en que realizan el control de su embarazo tomamos como referencia las tablas N° 2, 5 y 8. De las mismas se desprende que:

- Tanto para la etapa de 13-15 años como para la de 16-18 años y en las tres categorías de control el estado civil que predomina es el de soltera y unión libre; excepto para aquellas de 16-18 años que realizan el control tardío donde se igualan los porcentajes de casadas, solteras y unión libre.

Con respecto a la ocupación (tablas N° 3, 6 y 9) se puede observar que:

- En las dos etapas de la adolescencia y para los controles precoz y tardío aparece una distribución homogénea respecto a la ocupación de las adolescentes, excepto en el control normal donde se observa un porcentaje bajo (16%) de adolescentes dependientes en la etapa de 16-18 años.

El resto de las variables planteadas se analiza a través de las siguientes tablas.

TABLA N° 11

CLASIFICACION DE LA PROCEDENCIA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA SEGÚN EL PRIMER CONTROL PRECOZ, NORMAL Y TARDIO DE SU EMBARAZO

PROCEDENCIA	CONTROL EMBARAZO (SEMANAS)		
	PRECOZ	NORMAL	TARDIO (7 EN ADELANTE)
MONTEVIDEO	15	33	26
INTERIOR	4	11	12

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- Con respecto al nivel de procedencia se observa que: el 73%(74) corresponde a adolescentes que viven en Montevideo y el 27%(27) al Interior, porcentaje en su mayoría correspondiente al Dpto. de Canelones. Estos valores se presentan similares para las tres categorías de control.

TABLA N° 12

DETERMINACION DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN EL PRIMER CONTROL PRECOZ, NORMAL Y TARDIO DE SU EMBARAZO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	CONTROL EMBARAZO (SEMANAS)			TOTAL
	PRECOZ	NORMAL	TARDIO (7 EN ADELANTE)	
P. INCOMPLETA	1	8	4	13
P. COMPLETA	11	23	17	64
SECUNDARIA INCOMPLETA	7	13	17	101

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- El 86 % (87) de la población alcanzó a concluir la primaria, destacándose un 13% (13) de adolescentes con primaria incompleta.
- Un 37% de adolescentes se encuentra cursando secundaria y no se observa ninguna adolescente con secundaria completa
- En el control tardío se observa un porcentaje similar de adolescentes que tienen primaria completa y secundaria incompleta, dato que no se visualiza en los otras categorías de control.

TABLA Nº 13

DETERMINACION DE ANTECEDENTES PERSONALES DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (MEDIA Y FINAL) QUE REALIZAN EL CONTROL PRECOZ, NORMAL Y TARDÍO DE SU EMBARAZO.

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (AÑOS)	ANTECEDENTES PERSONALES							
	DIABETES	ASMA	ALERGIA	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	DRUGAS	TARDÍO	OTROS	
13-15	9	0	3	3	0	1	9	5
16-18	33	4	12	9	3	3	24	3

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- El 42 % (42) de la población no presenta antecedentes personales.
- Del 100% de las adolescentes con antecedentes personales (58% restante) se destaca un porcentaje elevado de tabaquismo 57%(33), 26% (15) asmáticas, 21%(12) alérgicas, 7%(4) diabéticas, 7%(4) consumieron drogas, 5%(3) tuvieron intervenciones quirúrgicas y un 14%(8) identificados como otros(enfermedades mentales y cardiovasculares).
- Comparativamente se observa una distribución homogénea con respecto a la presencia de antecedentes personales para las dos etapas de la adolescencia.

TABLA N° 14**DETERMINACION DE CON QUIEN VIVE LA ADOLESCENTE SEGÚN LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA, QUE REALIZA EL CONTROL PRECOZ, NORMAL Y TARDIO DE SU EMBARAZO**

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA (AÑOS)	CON QUIEN VIVE				
	PADRES	PAREJA	PADRES Y PAREJA	SOLA	OTROS
13-15	13	7	7	0	0
16-18	26	29	12	2	5

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

De acuerdo a los datos presentados en esta tabla se puede observar que:

- En la etapa entre 13-15 años un 7% (7) vive con su pareja, mientras que en la de 16-18 años el porcentaje se cuatricula (29%).
- Se puede observar que en la etapa de 13-15 años el 50% de las adolescentes(13) vive con sus padres, mientras que en la de 16-18 años corresponde a un 35%(26).

TABLA N° 15**DETERMINACION DE LOS SENTIMIENTOS FRENTE AL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA QUE REALIZAN EL CONTROL PRECOZ, NORMAL Y TARDÍO DEL MISMO.**

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA	SENTIMIENTOS FRENTE AL EMBARAZO								
	ESPERA	PLANIFICA	ANSIOSA	TRANQUILA	CONTENTA	DEPRIMIDA	APOYO FAMILIAR	APOYO PAREJA	SIN APOYO
13-15	5	5	6	21	19	7	22	22	1
16-18	16	14	16	53	54	9	58	59	2

FUENTE: POL. DE ADOLESCENCIA H.P.ROSSELL MAYO-JUNIO 1999

- En la etapa entre 13-15 años un 18% (5) espera y planifica su embarazo de un total de 28 adolescentes.
Con respecto al sentimiento tranquila y contenta los porcentajes son 75% (21) y 68% (19) respectivamente.

- Para la etapa de 16-18 años el porcentaje que esperan y planifican su embarazo es de 22% (16) para las dos categorías de en un total de 73 adolescentes.

Se observa la misma tendencia para el sentimiento de ansiedad en las dos etapas de la adolescencia.

En relación a los sentimientos tranquila y contenta, se observa 72% (53) y 74% (54) respectivamente.

En cuanto a la depresión se aprecia un porcentaje de 25%(7) y 12%(9) para dos etapas respectivamente.

Con respecto al apoyo recibido por la adolescente por parte de su pareja y/o padres se mantiene un porcentaje similar, 78% (22) y 79% (58) para las dos etapas.

Estos porcentajes fueron calculados tomando como 100% de la población cada etapa de la adolescencia.

CONCLUSIONES

El establecimiento de las conclusiones se realiza a partir del análisis de los datos obtenidos. Con respecto al *primer, segundo y tercer objetivo* planteado son las siguientes:

1. En esta población de estudio, no se presentaron adolescentes embarazadas en la etapa comprendida entre 10-12 años, hecho que tiene relación con el marco conceptual respecto a la ocurrencia de embarazos en la etapa inicial de la adolescencia (0,9% en 1997 según Sistema Informático Perinatal).
2. La población objeto de estudio presentó una media de edad de 16,3 años, coincidiendo con la etapa final de la adolescencia donde se encontró el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas.
3. La mayor ocurrencia de primeros controles se presentó durante el control normal (9-16 semanas), le siguió el control tardío (17 semanas en adelante) y por último lugar el control precoz (2-8 semanas).
Por lo que se puede *concluir* que más de la mitad de la población de estudio realizó el primer control de su embarazo en forma adecuada. Esta conclusión no concuerda con Ros y Palau respecto al comienzo del control del embarazo en la adolescencia, debido a las dificultades de afrontar su nueva realidad, ello explica el retraso en acudir a la primer consulta.
4. En cuanto a la etapa de la adolescencia se puede concluir que a menor edad (13-15 años etapa intermedia) la adolescente realiza el control de su embarazo mas tardíamente (17 semanas en adelante) mientras que en la etapa final (16-18 años) lo realizan en el control normal (9-16 semanas).

En relación al **cuarto, quinto, sexto y séptimo objetivo** las conclusiones que se establecen son las siguientes:

5. Con respecto al nivel de **procedencia** la mayoría (73%) de las adolescentes que concurren a esta Policlínica residen en Montevideo, mientras que el porcentaje restante corresponde al Dpto. de Canelones. Destacamos este aspecto, ya que el H.P.R es de concentración y referencia nacional. Esta distribución se observa para las dos etapas de la adolescencia.

6. Con respecto al **estado civil** existe un predominio de adolescentes solteras y en unión libre, excepto para aquellas que realizan el control tardío (16-18 años) donde se equiparan los porcentajes de adolescentes casadas, solteras y en unión libre.

Se destaca que más de la mitad de la población mantiene pareja estable en las dos etapas de la adolescencia.

Estos datos se corresponden con las características de las adolescentes respecto al estado civil que adoptan, ya que la adolescente "busca" en el embarazo una forma de posicionamiento distinto frente a la sociedad sin tener en cuenta la responsabilidad parental que esto implica, según Embarazo en la adolescencia Aspectos sicosociales y familiares, Cepal 1992. (9)

7. En relación a la **ocupación** se puede concluir que existe un bajo porcentaje de adolescentes que estudian y/o trabajan en las dos etapas de la adolescencia (intermedia y final) y en las tres categorías de control. Se presenta un alto porcentaje que es dependiente de su pareja y/o padres. Estos datos coinciden con lo expuesto por varios autores en relación a la dependencia económica que es esperable en esta etapa. "El embarazo le daría un status que la distingue de las demás adolescentes y no se le puede exigir como al resto, por que ella ha adquirido otras responsabilidades que pertenecen al mundo de los adultos". Alvarez, en Burrows y Muzzo 1987(9)

En aquellas que realizan el control normal se observa un porcentaje menor de adolescentes dependientes respecto a las demás categorías de control.

8. Con respecto al nivel de instrucción existe un alto porcentaje de adolescentes con primaria incompleta y un bajo porcentaje que se encuentra cursando secundaria, en las tres categorías de control. Estos datos coinciden con el marco conceptual respecto a que la mayoría de la población ha abandonado sus estudios⁽⁴⁾⁽⁹⁾
9. Referente a los antecedentes personales se observó que menos de la mitad de la población no presentó antecedentes personales de riesgo. Esta distribución aparece en las tres categorías de control.
Aparece como factor de riesgo el tabaquismo ocupando un porcentaje significativo en las dos etapas (13-15 y 16-18 años) y en las tres categorías de control.
10. En relación a los antecedentes obstétricos se observó que el total de las adolescentes comprendidas en la etapa de 13-15 años no presentó antecedentes, dato que tiene relación con esta etapa de la vida. Referente a las de 16-18 años, tres cuartas partes presenta antecedentes obstétricos, destacándose un porcentaje elevado de abortos en relación al número de gestas. Este aspecto determina un factor de riesgo para su embarazo actual y confirma entonces que el embarazo en la adolescencia es de alto riesgo. Esta prevalencia de antecedentes se observa en las tres categorías de control.
11. Con respecto a con quien vive la adolescente, se concluye que a mayor edad (16-18 años) la adolescente tiende a independizarse económicamente de sus padres, pasando a depender de su pareja, dato que se visualiza en las tres categorías de control. Estas características coinciden con el marco conceptual

planteado, debido a que el apoyo familiar que la pareja suele recibir para vivir juntos entraña un aumento en el número de individuos en viviendas estrechas, en que ya viven numerosas personas. Es así como la adolescente y su pareja no gozan de independencia sociofamiliar con respecto a su familia de origen. Peña y Quiróz, 1986. (4)(7)(9).

12. Con relación a los sentimientos frente al embarazo la adolescente minoritariamente lo planificó y esperó, dato que se corresponde con el marco conceptual ya que según Ros y Palau se trata de un embarazo accidental, no deseado, pero en general aparentemente "aceptado". También manifestó en su mayoría que estaba tranquila y contenta con el mismo, lo cual no se corresponde con lo expresado anteriormente. Por lo que se puede inferir que una entrevista no es suficiente para que la adolescente manifieste sinceramente sus sentimientos frente al embarazo, ya sea por falta de confianza o por temor a ser juzgada.

- **CON RESPECTO A LA OCURRENCIA DEL PRIMER CONTROL SE CONCLUYE QUE LA ADOLESCENTE REALIZA EN SU MAYORÍA UN PRIMER CONTROL NORMAL DE SU EMBARAZO.**

- **SE PUEDE CONCLUIR ENTONCES QUE LA ADOLESCENTE QUE CONCURRE A REALIZAR EL PRIMER CONTROL DE SU EMBARAZO A LA POLICLÍNICA DE ADOLESCENCIA DEL H.P.ROSSELL SE ENCUENTRA DENTRO DE LAS CARACTERÍSTICAS MENCIONADAS RESPECTO DE LA ADOLESCENCIA: UNA MEDIA DE EDAD DE 16.3 AÑOS, UN NIVEL DE INSTRUCCIÓN BAJO (PRIMARIA COMPLETA), ESTADO CIVIL SOLTERA Y UNIÓN LIBRE EN SU MAYORÍA, DEPENDENCIA ECONÓMICA YA SEA DE SUS PADRES O PAREJA. A MAYOR EDAD (16-18 AÑOS ETAPA FINAL) SE OBSERVAN ANTECEDENTES PERSONALES DE RIESGO, A DESTACAR EL TABAQUISMO, CON RESPECTO A LOS ANTECEDENTES**

OBSTÉTRICOS APARECE UN NÚMERO ELEVADO DE ABORTOS Y EN RELACIÓN A LOS SENTIMIENTOS FRENTE AL EMBARAZO SE OBSERVA QUE EN SU MAYORÍA RECIBEN APOYO DE SU FAMILIA Y PAREJA.

SUGERENCIAS

- Por tratarse de un estudio descriptivo tendiente a identificar y comparar las características de la adolescente que realiza el primer control de su embarazo en la Policlínica de Adolescencia del H.P.R se sugiere realizar un estudio en tres períodos del año (principio, mediados y fines) para observar si la época del año influye en las características de esta población.
- Ya que la adolescente presenta un primer control normal de su embarazo se sugiere continuar con el programa de atención a la adolescente embarazada para fomentar el control precoz del mismo logrando así un embarazo de bajo riesgo y por tanto actuando en beneficio del binomio madre-hijo.
- Para enfermería este estudio aportó nuevos datos sobre las características de la adolescente embarazada, permitiendo de esta manera realizar programas de atención a la misma tendientes a: la captación precoz de la adolescente para prevenir los embarazos en dicha etapa, enfermedades de transmisión sexual, abortos y ocurrido el embarazo lograr un control adecuado del mismo para el fomento de la salud madre-hijo.

BIBLIOGRAFIA

1. CANALES, Metodología de la investigación, O.P.S 1989.
2. LANGMAN, Embriología médica.5ª edición Editorial Panamericana 1985.
3. MILLER, KEANE. Diccionario enciclopédico de Enfermería.5ª edición. Editorial Panamericana. Argentina, 1996.
4. ROS, R.PALAU, M. Embarazo en la adolescencia. Formación médica continuada. Vol. 2.Nº 5 Madrid, Mayo 1995.
5. SCHWARTZ y cols, Atención prenatal y del parto de bajo riesgo, C.L.A.P 1991.
6. SISTEMA INFORMATICO PERINATAL, H.P.ROSSELL, Clínicas Ginecótologicas " A" y "C" y de Neonatología, Marzo 1998.
7. SANTI L. CONSELO, E. Asistencia integral en salud de la adolescente embarazada. Uruguay. 1990.
8. Normas de atención integral de la embarazada adolescente. M.S.P. 1998.
9. Embarazo en la adolescencia. Aspectos psicosociales y familiares. CEPAL, 1992.
10. VAZ, L. CRESPO, Y. La entrevista clínica con adolescentes. Formación médica continuada en Atención Primaria. Vol. 2, Nº 8, Madrid, Octubre 1995.

ANEXO N°1

ENTREVISTA

FECHA DEL PRIMER CONTROL Nº SEMANAS.....

DATOS PERSONALES

EDAD:

BARRIO:..... PROCEDENCIA: M I ESTADO CIVIL: CASADA SOLTERA DIVORCIADA VIUDA UNION LIBRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA INCOMPLETA PRIMARIA COMPLETA SECUNDARIA INCOMPLETA SECUNDARIA COMPLETA OCUPACION: TRABAJA ESTUDIA DESOCUPADA DEPENDIENTE AMA DE CASA CON QUIEN VIVE: PADRES PAREJA SOLA OTROS **ANTECEDENTES PERSONALES**DIABETES ASMA ALERGIAS HTA INT QUIR DROGAS TABAQUISMO ALCOHOL OTROS **ANTECEDENTES OBSTETRICOS**Nº DE GESTAS Nº ABORTOS Nº PARTOS VAGINALES CESAREAS Nº NACIDOS MUERTOS

FIN DEL EMBARAZO ANTERIOR: FECHA:.....

¿CÓMO SE SIENTE FRENTE A ESTE EMBARAZO?LO ESPERABA LO PLANIFICO ANSIOSA TRANQUILA CONTENTA DEPRIMIDA RECIBE APOYO FAMILIAR RECIBE APOYO DE SU PAREJA