



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**



**ADICCIONES DE DROGAS PSICOACTIVAS
(TABACO, ALCOHOL, Y MARIHUANA) EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 14 A 19
AÑOS DE INAME (HOGAR: JUANA DE
IBARBOUROU) Y POLICLINICO
COORDINADO DEL CERRO MONTEVIDEO,
MAYO 2001**

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

Autoras:
María Luz Acosta
Mabel Brunetto
Claudia Cavalcante
Daniela Gonzalez
Ma. del Carmen Martinez
Cristina Moreira

Tutoras:
Prof. Adj. Lic. Graciela Curbelo
Prof. Adj. Psic. Rosario Tuzzo

Montevideo, 2001

AGRADECIMIENTOS

Creemos importante hacer mención la colaboración recibida por numerosas personas profesionales y no profesionales que colaboraron con la tarea de forma incondicional aportando sus conocimientos y/o vivencias en la materia para de esta forma poder conocer más de cerca la realidad de dicha problemática en nuestra sociedad.

Comenzamos agradeciendo a nuestras tutoras:

- ❖ Prof. Adj. Lic. en Enf. Graciela Curbelo.
- ❖ Prof. Adj. Psic. Rosario Tusso.
- ❖ Prof. Dra. Rosa Espina.
- ❖ Psic. Sergio Estanisich.
- ❖ Psic. Danilo Medici.
- ❖ Aux. en Enf. Susana Coitiño. del C.H.P.R.
- ❖ Dr. Soullier.

INDICE

Agradecimientos.....	PAG: 2
Índice.....	PAG: 3
Introducción.....	PAG: 4
Fundamentación del problema.....	PAG: 5
Antecedentes del problema.....	PAG: 7
Definición del problema.....	PAG: 10
Objetivo general y específicos.....	PAG: 10
Marco teórico.....	PAG: 11
Variables.....	PAG: 25
Diseño metodológico.....	PAG: 27
Plan de procesamiento y tabulación de datos.....	PAG: 29
Análisis de datos.....	PAG: 40
Conclusiones.....	PAG: 45
Sugrencias.....	PAG: 47
Bibliografía.....	PAG: 48
Anexos.....	PAG: 49
Anexo N° 1: Protocolo.....	PAG: 50

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por seis estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, generación 94 – 95; como parte curricular a la culminación de la misma.

Se realizó una investigación de tipo descriptivo para conocer cuales son las sustancias de efecto psicoactivo que consumen las adolescentes embarazadas entre las edades de 14 a 19 años.

Se seleccionaron tres sustancias (tabaco, alcohol y marihuana) de la variada gama de consumo, bajo el supuesto que estas sean las de mayor elección, la primer sustancia de inicio y de más fácil acceso en el mercado.

Basamos nuestro estudio en lo vulnerable que es el adolescente y los múltiples factores de riesgo que rodean a la embarazada en esta etapa de desarrollo y sumado a ello el consumo de sustancias psicoactivas que conducen a efectos adversos a la salud, tanto a la madre como al hijo.

En Uruguay de 8107 partos en el Centro hospitalario Pereira Rosell en el año 1999, se asistieron 54 (0,75%) entre 10 y 14 años y 2032 (25,1%) correspondieron a edades maternas entre 15 y 19 años respectivamente.

La forma de enfrentar esta problemática actual, es realizando prevención a través de la educación tanto a los adolescentes como a sus padres. La educación sexual y la información sobre el consumo de drogas y sus consecuencias, son pilares fundamentales en los que el adolescente deberían apoyarse para guiar su conducta.

No solo importa la madre en el embarazo, sino que sucederá después del parto, si no se realiza una asistencia especial a este problema, no solo se tendrá un efecto profundo en el parto y neonato, sino además en el desarrollo del niño, con los riesgos que esto implica en la crianza de un hijo por parte de una madre alcohólica o adicta a otras sustancias de efecto psicoactivo.

La muestra seleccionada a estudio correspondió a dos sectores que existen adolescentes embarazadas, cuyos partos se realizarán en el Centro Hospitalario Pereira Rosell, (Centro de referencia pública en nuestro país en maternidad y pediatría).

Los resultados obtenidos, reflejan una realidad sospechada por el grupo de estudiantes que realizaron la investigación. Existe un porcentaje alto de adolescentes embarazadas que consumen alguna de las sustancias planteadas en el estudio, dato de importancia para el equipo de salud y Licenciadas en Enfermería, quienes tienen como cometido en su rol brindar promoción, prevención y protección de la salud.

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Hablar de adolescencia, implica hablar de crecer, cambiar, sufrimientos conflictivos.

En esta etapa se "nace de nuevo", lo que se va a abandonar, no es el vientre materno, sino el núcleo familiar. Lo que ahora es vivido como hostil en ese mundo adulto que está aguardando los cambios de esta etapa van alterando la imagen y la configuración que se ha ido alcanzando durante la infancia.

Ya no es tan claro saber, quién se es. La búsqueda de la respuesta a esta interrogante es la búsqueda de la identidad, de esa propia unidad que se ve amenazada. Esta búsqueda no es sencilla, los modelos de identificación con los que el joven cuenta, suelen presentarse poco atractivos. El mundo adulto se le presenta imprevisible oscilante y contradictorio. Debe convivir con mensajes opuestos, donde el éxito y la movilidad social son posibles mientras la realidad se le muestran escasas posibilidades de lograrlo.

Esto agudiza su desconfianza y escepticismo frente a ese mundo, sus ideales y sus representantes.

Las drogas van a aparecer entonces, muchas veces, como un objeto de escape a problemas en la búsqueda de modelos y vínculos firmes en la sociedad. La adolescente, se ve enfrentada no solo a una etapa conflictiva sino además en una situación en la cual muchas veces creen que su embarazo idealizado por sus fantasías será una solución a su estado emocional.

El embarazo adolescente es de alto riesgo por muchos factores ya que el embarazo es más complicado cuanto más cerca sea de la menarquía.

Los embarazos que se inician en los 3 años postmenarquía requieren un control más estricto debido a los mayores riesgos maternos y perinatales.

A continuación se mencionará algunos de los elementos que hacen referencia del porque el embarazo adolescente es de alto riesgo.

Desde el punto de vista endocrinológico, el eje hipotálamo-hipófiso-ovárico es inmaduro durante los 3 años postmenarquía (por esto las menstruaciones pueden ser irregulares).

El útero es de dimensiones menores a la que adquiere en la adultez.

El esqueleto no terminó de adquirir su tamaño definitivo- La pelvis no tiene la inclinación adecuada, y sus diámetros están en el límite de la normalidad.

Estos elementos causan dificultades e inadecuación feto-maternas, que justifican la denominación del embarazo alto riesgo.

Las patologías maternas durante el Embarazo, en la primera mitad del embarazo:

- Amenaza de aborto, o aborto en curso, (puede ocurrir la práctica de un aborto provocado).

En la segunda mitad del Embarazo:

- Enfermedad hipertensiva.
- Bacteriurias asintomáticas.
- Infección urinaria (alta frecuencia).
- Parto prematuro.
- Rotura prematura de membranas.

Durante el trabajo de parto y parto, se pueden poner de manifiesto las distocias de presentación y de posición (debido a la inadurez pelviana).

Estrechez del canal de parto, (complicaciones traumáticas, lo que implica, mayor riesgo de lesiones- desgarros, hemorragias e infecciones.

Ante el consumo de drogas (tabaco, marihuana) el trabajo de parto puede precipitarse, puede aparecer complicaciones como hemorragias transvaginal, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematuras de membranas etc.

El tabaquismo afecta el crecimiento del feto y puede presentar signos neurológicos durante el periodo de recién nacidos entre otras complicaciones.

Las manifestaciones maternas en cuanto al alcoholismo incluyen cirrosis, delirios, temblores, y efectos en el desarrollo del sistema nervioso central del feto, retraso del crecimiento pre y posnatal, etc.

Podemos concluir diciendo que debido a múltiples factores expuestos tanto orgánicos, psicológicos, del entorno social y del núcleo familiar (si cuenta con él), necesitan un Abordaje Integral donde se deben tener muy presentes cada uno de ellos, para así lograr que la futura mamá pueda cursar un embarazo sin ningún tipo de alteración tanto materna como fetal, brindándole además un ambiente favorable para que la embarazada también evacue sus miedos, ansiedades, angustia, dudas con el personal del equipo, para así contribuir a que la mamá se sienta capaz de afrontar las distintas situaciones que se le pueda presentar postparto sabiendo que es capaz de tomar decisiones siendo ciertas que contribuirán al bienestar de su hijo, pero también la capacidad de saber cuando debiera recurrir al equipo asistencial.

Por lo antedicho decimos que si bien embarazo adolescente es un problema por los riesgos que implican, a todo esto se suma el consumo de sustancias psicoactivas y a las posibles consecuencias en la madre y el bebé

Es un problema aún mayor en el cual enfermería debe actuar, para minimizar los factores de riesgos y trabajar con el equipo interdisciplinario para el tratamiento.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia constituye un riesgo conocido para el binomio madre-hijo.

En América Latina ésta situación se ha visto incrementada en los últimos años, especialmente en los sectores económicamente más carenciados.

Si observamos 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.

Se sabe que el embarazo adolescente, está asociado a múltiples riesgos, cuyo estudio ha abierto innumerables líneas de investigación.

Entre las complicaciones asociadas a la primiparidad precoz, se mencionan las infecciones urinarias, parto prematuro, pre-eclampsia, ruptura precoz de membranas, retardo en el crecimiento intrauterino, asociado a desnutrición materna y partos distócicos.

Al mismo tiempo, los fenómenos psicosociales relacionados con el embarazo, se agudizan en la adolescencia. En condiciones normales el embarazo implica una situación de crisis, que se asocia, a cambios emocionales y corporales, miedos, dudas, que repercuten en la interacción familiar.

El consumo de sustancias durante el embarazo, en particular de drogas ilícitas, típicamente se rechaza en casi todas las sociedades, y no se aprecia como un problema de salud mental.

En primer lugar tiene importancia abordar muchos factores en ésta investigación, como pobreza, composición familiar exposición a sustancias y condiciones de vida inestable.

En segundo lugar es que los efectos específicos de un factor único(como la exposición a sustancias in útero), pueden ser menos sobresalientes que los efectos conjuntos de la exposición en el contexto de otros riesgos múltiples.

El estudio que se propone intenta conocer cuáles son las adicciones de sustancias de efecto psicoactivo en embarazadas adolescentes, conociendo la realidad de este grupo etario y la información que reciben por parte de la Lic. en Enfermería.

Entendemos que la magnitud del mismo, amerita la atención y el esfuerzo del equipo de salud, porque no es sólo un problema del adolescente sino de la sociedad en su conjunto.

Los niños y jóvenes de hoy serán los hombres de nuestra sociedad del mañana

Por otro lado no se conocen estudios realizados en nuestro país que abarquen toda la problemática, la bibliografía encontrada sólo se refiere a la embarazada adolescente o al adolescente adicto; si existen estudios en otros países como EE UU (Dr. James Scott, toxicología en embarazadas adolescentes) pero con otra realidad social diferente a la nuestra.

Creemos que es el momento de plantearnos el problema y dejar abierto un camino para profundizar en las múltiples facetas del mismo y hacer un llamado a la reflexión, brindar información y educación a la población sujeta a estudio.

ESTUDIOS REALIZADOS EN EE.UU.

En 1988, en un estudio realizado en 36 hospitales de EE.UU., se encontró que 11% de las embarazadas que parían en esos hospitales habían usado algún fármaco ilegal durante el embarazo. Este dato fue apoyado por la NIDA Household Survey, más reciente en la cual cerca del 9% de las mujeres en edad fértil admitieron haber usado un fármaco ilegal durante el mes anterior al cuestionario.

Los problemas del uso del alcohol y otros fármacos durante el embarazo cruzan todas las líneas raciales y socioeconómicas. En un estudio poblacional, basado en 715 mujeres que iniciaron el cuidado prenatal durante un periodo de seis meses en el condado de Pinellas, Florida, 14.8% de las mujeres tuvieron toxicología urinaria positiva para cocaína, marihuana, alcohol o heroína. Las que ingresaron al sistema de salud pública tuvieron una frecuencia general de 16%, mientras que 13% de las atendidas en servicios privados presentaron una toxicología urinaria positiva. No hubo diferencias en los índices de toxicología positiva cuando se analizaron a través de líneas raciales: 14.1% en las mujeres de raza negra y 15.4% en las de raza blanca fueron positivas. Los fármacos más comunes detectados en la orina de todas las mujeres fueron marihuana y cocaína.

Frecuencias tan elevadas del uso de fármacos por mujeres embarazadas han tenido un efecto profundo en el pronóstico fetal y neonatal. Las unidades de cuidados intensivos neonatales están ampliando sus capacidades para atender neonatos afectados por el uso materno de cocaína. Los sistemas de atención de niños para adopción están sobrecargados con lactantes abandonados y en alto riesgo médico.

La acción farmacológica de una sustancia particular predice el efecto que tendrá en la salud materna y el resultado del embarazo además, contra la creencia común de que la placenta como una barrera protectora del feto ante varias sustancias tóxicas, múltiples repasos sobre el uso de fármacos durante el embarazo han mostrado que la mayor parte de los que consume la madre

durante el embarazo atraviesan libremente la placenta. Los fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central suelen ser lipófilos y de peso molecular relativamente bajo, características que facilitan el cruce de la sustancia, de la circulación materna a la fetal. En el caso de muchas sustancias licitas e ilícitas, hay un equilibrio rápido del fármaco libre entre la circulación materna y fetal. Aunque es difícil conocer su distribución exacta entre la circulación materna y fetal, es razonable suponer que los fármacos con un potencial elevado de abuso (cocaína, alcohol, estimulantes etc.) se encuentran en concentraciones importantes cuando la madre usa y abusa de ellos. El hecho de que los fármacos crucen la placenta y alcancen el feto crea problemas potenciales para el desarrollo. Esos problemas pueden manifestarse como anomalías congénitas, retardo del crecimiento fetal y neonatal, y problemas neuroconductuales. Además, el empleo de fármacos con un potencial elevado de abuso puede producir farmacodependencia, lo mismo en el feto que en la madre. En ésta forma, el feto experimentará síntomas de supresión cuando la madre suprime el fármaco, o al término, cuando la embarazada ya no lo proporciona al recién nacido. Por tanto, por la formación actual es claro que el uso y abuso de sustancias tóxicas por la embarazada tiene un impacto importante en su propia salud y en la del feto.

CLINICAS DE PERINATOLOGIA -Dependencia química y embarazo.

Dr. Ira J. Chasnoff, (Associate Professor of Pediatrics and Psychiatry, Northwestern University Medical School, and President, National

Association for Perinatal Addiction Research and Education,
Chicago, Illinois).

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

“¿ Cuales son las sustancias de efecto psicoactivo (tabaco, alcohol y marihuana) de consumo de las adolescentes embarazadas en INAME (Hogar Juana de Ibarbourou) y Policlínica Coordinada del Cerro en Montevideo Mayo de 2001?”

OBJETIVO GENERAL

Conocer cuales son las adicciones de sustancias psicoactivas (Tabaco, alcohol y marihuana) en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años y quién les brinda información.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer el perfil de las adolescentes embarazadas que consumen sustancias de efecto psicoactivo.
2. Identificar la cantidad y frecuencia de las sustancias que consume.
3. Identificar si conoce los efectos en el embarazo de las sustancias que consume.
4. Conocer quién le brinda información respecto a los factores de riesgo de las sustancias que consume durante el embarazo.

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. 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. La transición de la niñez a la vida adulta es complicada, y el tiempo que toma pasar por ésta etapa es variable, pero al final la mayoría de los adolescentes completa la travesía.

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.

El pensamiento de las operaciones formales puede caracterizarse como un proceso de segundo orden. (El primer orden del pensamiento es descubrir y organizar las relaciones existentes entre objetos).

El segundo orden consiste en reflexionar sobre los propios pensamientos, buscar relaciones entre relaciones y maniobrar con fluidez entre la realidad y la posibilidad. He aquí tres características del pensamiento del adolescente:

- 1- La capacidad de combinar todas las variables

2- Encontrar una solución al problema.

3- La capacidad de hacer conjeturas sobre el efecto que una variable tiene en otra.

La facilidad de combinar y distinguir las variables de modo hipotético-deductivo ("Si X está presente, Y ocurrirá")

ADOLESCENTE:

Adolescencia (adolescencia y éste de adolescentes igual joven), es la edad comprendida entre el final de la niñez y el comienzo de la pubertad hasta el completo desarrollo del cuerpo.

Adolescere significa crecer.

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

La duración, el contenido y la forma de la adolescencia difieren según los individuos, la raza, el clima y diversos factores educativos y sociales inherentes a cada cultura.

Enfermería Pediátrica Whaley & Wong

Adolescencia temprana (11-14 años)	Adolescencia media (14-17 años)	Adolescencia tardía (17-20 años)
<p>CRECIMIENTO Crecimiento rápido acelerado. Alcanza el máximo de velocidad. Aparecen las características sexuales secundarias</p>	<p>Deceleración del crecimiento en las niñas. La estatura alcanza el 95% de la adulta. Las características sexuales secundarias están bastante avanzadas.</p>	<p>Físicamente maduros. Crecimiento estructural y reproductor casi completo.</p>
<p>DESARROLLO COGNITIVO Explora su capacidad recién adquirida de pensamiento abstracto limitado. Juega con torpeza en busca de nuevos valores y energías. Compara lo "normal" con los compañeros. Conformidad con las normas del grupo.</p>	<p>Desarrollo de la capacidad de pensamiento abstracto. Disfruta de las capacidades intelectuales, a menudo en términos idealistas. Se preocupa por problemas filosóficos, políticos y sociales.</p>	<p>Establecimiento del pensamiento abstracto. Puede percibir y actuar en un amplio margen de opciones. Capaz de enfocar los problemas de forma comprensiva. Se establece la identidad intelectual y funcional.</p>
<p>IDENTIDAD Preocupado por los rápidos cambios corporales. Ensayo diversos roles. Mide su atracción en función de la aceptación o rechazo de sus compañeros. Conformidad con las normas del grupo.</p>	<p>Modifica su imagen corporal. Muy autocéntrico; aumento del narcisismo. Tendencia a la introspección y al descubrimiento de sí mismo. Tiene una rica vida de fantasías, idealista. Capaz de percibir las implicaciones futuras de su conducta y decisiones actuales; aplicación variable.</p>	<p>Definición firme de la imagen corporal y del rol sexual. Identidad sexual madura. Fase de consolidación de la identidad. Estabilidad de la autoestima. Cómodo con el crecimiento físico. Roles sexuales definidos y articulados.</p>
<p>RELACIONES CON LOS PADRES Definición de los límites de independencia - dependencia. Fuerte conflicto entre el deseo de permanecer dependiente de los padres y de separarse. Ausencia de conflictos importantes en relación al control paterno.</p>	<p>Conflictos importantes entre el deseo de independencia y el control. Punto bajo en la relación paterno - filial. Impulso grande hacia la emancipación; ausencia de compromiso. Separación emocional final e irreversible de los padres, duelo.</p>	<p>Fin de la separación emocional y física de los padres. Independencia de la familia menos conflictiva. Emancipación casi conseguida.</p>
<p>RELACIONES CON LOS COMPAÑEROS Buscan afiliaciones con amigos para hacer frente a la inestabilidad generada por los rápidos cambios. Punto alto de las amistades íntimas idealizadas con compañeros del mismo sexo. Lucha por el poder en el grupo de amigos.</p>	<p>Fuerte necesidad de identidad para afirmar la propia imagen. Modelos de conducta establecidos por el grupo de amigos. Importancia de ser aceptado por los amigos; miedo al rechazo. Exploración de la capacidad de atraer al sexo opuesto.</p>	<p>El grupo de amigos disminuye en importancia a favor de la amistad individual. Ensayo de las relaciones varón - mujer, con miedo a una alianza permanente. Relaciones caracterizadas por dar y compartir.</p>
<p>SEXUALIDAD Autoexploración y evaluación. Saberes limitados, normalmente en grupo. Intimidad limitada.</p>	<p>Relaciones múltiples plurales. Giro decisivo hacia la heterosexualidad (si es homosexual, lo sabe en este momento). Exploración del "atractivo sexual". Sentimiento de "estar enamorado". Tentativa de establecimiento de relaciones.</p>	<p>Establece relaciones estables y vínculos afectivos con otro. Capacidad creciente para la relación mutua y la reciprocidad. Salidas en pareja varón - mujer. La intimidad implica entrega, más que exploración y curiosidad.</p>
<p>SALUD PSICOLÓGICA Cambios de humor amplios. Irritabilidad frecuente. Furia expresada entonadamente e insultos verbales y gritos.</p>	<p>Tendencia a la introspección. Tendencia al enajenamiento cuando está enfadado o han herido sus sentimientos. Duración y tipo de emociones variables y oscilantes. Sentimientos de incapacidad; dificultad para pedir ayuda.</p>	<p>Mayor estabilidad emocional. Mayor capacidad de controlar la furia.</p>

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 (19 años o menos) 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.)

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. 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.

Actualmente hay una mayor permisividad frente a las costumbres sexuales de esos adolescentes que no siempre van acompañada de una información correcta sobre sexualidad y anticoncepción. La responsabilidad de proporcionar esa información se diluye en padres, profesores, profesionales sanitarios etc., y los jóvenes recurren a sus amigos, libros, revistas y programas de TV, o radio que tienen distintos grados de exactitud y fiabilidad. Ha aumentado su actividad sexual sin prevenir las consecuencias de la misma.

La anticipación de la edad de la menarquía y el descenso de la edad de inicio de las relaciones sexuales, asociado a tabúes, información inadecuada, ideas erróneas, y una baja percepción de cual son las conductas de riesgo sobre todo entre los más jóvenes, se convierten en los principales de esta situación.

El inicio precoz de las relaciones sexuales, viene marcado por factores sociales y familiares, además de por los mencionados factores biológicos.

Los adolescentes con problemas familiares y/o de integración social, tienen relaciones sexuales precozmente.

Muchas veces se busca el embarazo como salida a situaciones personales negativas, ven en su hijo la posibilidad de crear una nueva familia, a la que entregar y de la que recibir afecto.

También influyen los factores socioculturales:

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 destacados factores causales que favorecen el inicio precoz de relaciones sexuales y el embarazo adolescente.

Los encuentros sexuales a esta edad no suelen ser premeditados, ni programados con antelación y muchas veces tienen lugar bajo los efectos del alcohol y/o otras sustancias tóxicas, lo que favorece conductas de riesgo para un embarazo no deseado. Como consecuencia a este problema el embarazo implica un elevado costo social, económico y gran cantidad de problemas emocionales (depresiones e incluso suicidios), para estos 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.

O.P.S. O.M.S Publicaciones científicas N° 552 1995 "La salud del adolescente y el joven"

O.P.S "Plan interagencial" Mayo 1999 Boletín D.S.I T.O.S "Difeminación selectiva de información, Tabaco y salud".

ADICCION: Nombre descriptivo para un tipo de enfermedad psiquiátrica (Trastorno del carácter), caracterizado por dependencia excesiva, psicológica, y fisiológica de una sustancia destinada a penetrar al medio interno del organismo, como por ejemplo alcohol.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por **DROGAS:** toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más funciones de éste.

SEGÚN FREIXE especifica sobre droga: "es toda sustancia que introducida en el cuerpo, tenga utilidad terapéutica o no, que sea capaz de producir una modificación en la conducta del individuo condicionado por efectos inmediatos (psicoactivos) o persistentes, de tal naturaleza que existe una evidente tendencia al uso continuado del producto".

ADICCIÓN A DROGAS:

Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga y que se caracteriza por:

- 1- Necesidad invencible (compulsión) de seguir tomando la droga y obtenerla por todos los medios.
- 2- Tendencia a aumentar la dosis.
- 3- Dependencia psíquica y física a sus efectos.
- 4- Efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

DROGA PSICOACTIVA: toda sustancia que introducida en el organismo vivo actúa sobre el sistema nervioso central.

POLITOXICOMANO: es la persona que consume varias drogas simultáneamente o en distintos momentos.

TOXICOMANIA: sujeción, esclavitud, "adicción", es un estado de intoxicación crónica o período engendrado por el consumo repetido de una droga, natural o sintética.

DEPENDENCIA PSÍQUICA: situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración de la droga, para producir placer o evitar molestias.

DEPENDENCIA FÍSICA: Estado de adaptación que se manifiesta por aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.

SINDROME DE ABSTINENCIA: conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico peculiares de cada tipo de droga, que aparece cuando se suspende o reduce la ingesta tras un consumo previo regular.

ABUSO: el uso excesivo de drogas, bien de modo esporádico o continuo, que no guardan relación con una práctica médica aceptable.

TOLERANCIA: Estado de adaptación caracterizada por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de la droga o por la necesidad de una dosis mayor, para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.

TOLERANCIA CRUZADA: fenómeno por el que la toma de droga origina la aparición de tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo o a veces de otro grupo farmacológico.

FARMACODEPENDENCIA uso abusivo de droga, se caracteriza por dependencia psíquica del agente farmacológico en cuestión, y secundariamente dependencia física.

TERATOGENOS: Se llama teratógeno a cualquier sustancia que cruza la barrera placentaria, daña el embrión o feto y ocasiona defectos congénitos.

El momento en que tiene lugar la exposición a los teratógenos es particularmente importante, porque existe un período crítico en que se desarrollan los órganos y partes del cuerpo y durante el cual resulta más dañina la exposición a los teratógenos.

FACTORES DE RIESGO CONDICIONANTES EN LAS CONDUCTAS DE LOS ADOLESCENTES

Los factores de riesgo desde el punto de vista biológico, psicológico, social, cultural o económico, cuya presencia o ausencia incide en la probabilidad que se presenta un problema.

Se destacan:

- Aislamiento.
- Marginación.
- Hacinamiento.
- Violencia doméstica.
- Maltrato.
- Falta de trabajo.
- Hogares con necesidades básicas insatisfechas.
- Condición laboral.
- Carencias y desactualización del sistema educativo.

Estos inciden directamente en la aparición de comportamientos como:

- Delincuencia.
- Prostitución.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Intento de suicidio.
- Suicidio.

En el análisis del uso indebido de sustancias psicoactivas observamos la multicausalidad de su condicionamiento.

Características de éstas condicionantes que inciden:

a) **Ambito familiar:** se observa un deterioro en la calidad de convivencia. Una dilución de los roles paternos que inciden en la ausencia de límites y criterios disciplinarios

El consumo indiscriminado de medicamentos y otras drogas legales (alcohol y tabaco), en el hogar ofrecen modelos identificatorios que estimulan el consumo del joven.

La familia va perdiendo su influencia formativa.

Todas éstas dificultades familiares se hallan vinculadas a otras variables, como por ejemplo las económicas. En lo que hace a niveles de ingreso, empleo, desempleo.

b) **Medios de comunicación.**

Estos juegan un papel importante en tanto difunden y estimulan pautas de consumo.

Generalmente se asocia el consumo de drogas legales, como alcohol y tabaco a estilos de vida deseados por el joven. El arte deporte la belleza física, y el buen vivir suelen ser presentado como el co-relato del consumo.

No solo se vende un producto, sino que se difunden las pautas para la "construcción" de un hombre que se adecue al mismo.

Generalmente esas pautas no se corresponden con la realidad de la mayoría a quienes se dirige el mensaje.

La ausencia de legislaciones al respecto, en nuestro medio, es un obstáculo importante, que debiera considerarse a las tareas preventivas, sobre todo teniendo en cuenta que los mayores consumos se corresponden al de drogas legales, que son precisamente, las que éstos medios promocionan.

DECISIONES ACERCA DEL USO DE DROGAS.

En el período transicional de la adolescencia, las personas tienen contacto con diversos comportamientos y estilos de vida. Adoptan ciertas conductas y evitan otras. Una decisión fundamental que hacen se refiere a la participación en los patrones de uso y abuso de drogas.

En realidad, el uso crónico del alcohol y el tabaco es, lamentablemente, un indicio de que ya se es adulto para muchos adolescentes.

Aunque se reconocen como sustancias de abuso que son permitidas por la sociedad, cualquiera de éstas puede producir de leves a moderados efectos

euforizantes, estimulantes o ambos y puede llevar a dependencia física y psíquica.

MOTIVACION: Hay diversas motivaciones habituales para el consumo de sustancias de abuso. Los niños y adolescentes las prueban por curiosidad, por "pura diversión". Estas sustancias producen en algunas personas somnolencia, alteración de la conciencia y un sentimiento de poder, de excitación, de aumento de actividad o de confianza. Otros buscan experiencias alucinatorias visuales y sensaciones sexuales. Muchos adolescentes las consumen, además, por influencia de tipo social: porque otros las consumen y porque quieren pertenecer al grupo. Los adolescentes están muy influenciados por las modas de su sociedad y corren grandes riesgos. Además, van en busca de algún medio que les ayude a enfrentarse con el desencanto que les provoca el mundo adulto, con sus preocupaciones sociales y tecnológicas, pero se sienten incapaces de cambiarlo. Buscan escapar de la realidad y alcanzar un sentimiento de cercanía e intimidad con otras personas para eludir el estrés o la toma de decisiones y para formarse una idea de los misterios de Dios, la muerte y la reencarnación.

PROBLEMAS PERINATALES Y NEONATALES POR ABUSO DE SUSTANCIAS

MARIHUANA:

La marihuana es la sustancia ilícita de mayor uso y después del alcohol y el tabaco, la droga de empleo más frecuente durante el embarazo. (Informe realizado por Junta Nacional de Drogas Mayo de 2001).

El constituyente activo de la marihuana cruza la placenta y se acumula en el feto.

Datos provenientes de estudios referentes al consumo de marihuana en el transcurso de la gestación, indican que el uso prenatal no incrementa la incidencia de complicaciones obstétricas.

La exposición prenatal a la marihuana también ha mostrado asociación con puntuaciones más bajas para el desarrollo cognoscitivo y del lenguaje, se detecta en la edad escolar.

NICOTINA:

Fumar puede ser el riesgo más importante conocido para el feto.

La exposición activa o pasiva, es casi universal; más del 88% de las personas no fumadoras tienen concentraciones de cotinina susceptibles de medición en la saliva se conocen bien los efectos de la nicotina que restringen el crecimiento del feto, y se han observado de manera, constante la inhibición del crecimiento es en particular pronunciada en el momento del nacimiento y afecta el peso, la talla y la circunferencia cefálica. Los lactantes nacen simétricamente pequeños. La incidencia de tamaño pequeño para la edad gestacional se duplica en lactantes cuyas madres fumaron durante el embarazo.

Casi todos los estudios longitudinales han mostrado que las restricciones de crecimiento observadas en el momento del nacimiento se resolverán hacia los 18 meses y 24 meses de edad. El crecimiento por lo general se pone al día en el transcurso del primer año en lo que refiere tanto al peso como al crecimiento de la cabeza. La talla a menudo se rezaga, y alcanza percentiles normales durante el segundo año.

Los lactantes expuestos a nicotina in útero a menudo muestran signos neurológicos durante el período del recién nacido.

Se han observado variaciones de tono, entre ellos hipotonía como hipertonia. Se observan con cierta frecuencia temblores finos y pueden persistir en el primer mes de vida. Se ha descrito disfunción conductual temprana, lo que incluye hiperactividad, orientación inadecuada y alteraciones de la atención, pero esas por lo general son transitorias y rara vez persisten.

Se han informado que los efectos cognoscitivos persisten hasta la edad escolar, como consumo de alcohol y marihuana.

Esta relación se ha informado para otras sustancias de abuso. Se han emitido informes aislados de observaciones como exposición persistente, hemorragia intracraneal aumentada, y cambios estructurales en el cerebro.

El tabaco es adictivo, la Organización Mundial de la Salud a clasificado el fumar como una adicción. "Los cigarrillos y otras formas de uso de tabaco son adictivas. Los patrones de uso de tabaco son reguladas y compulsivas por un síndrome de retiro que acompaña normalmente a la abstinencia de tabaco. El proceso farmacológico y de actitud que determina la adicción de tabaco es similar a aquellos que determinan la adicción a las drogas como la heroína y la cocaína". (Reporte del Cirujano General de EE.UU. 1988).

La nicotina tiene efectos en las recompensas de dopamina al cerebro, sistemas similares a aquellos de drogas como la heroína, anfetamina y cocaína. En una

escala de la adictividad de las drogas psicoactivas, se determinó que la nicotina es más adictiva que la heroína, cocaína, alcohol, cafeína y marihuana.

La acción farmacológica de la nicotina es predominantemente estimulante, con efectos en la activación electrocortical, el corazón y los sistemas endocrinos.

La nicotina que recibe el organismo a través del fumado de cigarrillos afecta a casi todos los neurotransmisores del cerebro y los sistemas neuroendocrinos.

La exposición crónica a la nicotina a través del cigarrillo causa cambios estructurales en el cerebro mediante el aumento del número de receptores nicotínicos.

ALCOHOL:

El alcoholismo es definido como "la ingestión excesiva de alcohol en forma crónica o la intoxicación alcohólica crónica que trae como consecuencia un deterioro de la salud, dependencia y adaptación progresiva a los efectos del alcohol que requiere dosis crecientes del tóxico para poder lograr y mantener el efecto deseado".

Las mujeres abstemias y aquellas que nunca beben más de cinco tragos en cualquier ocasión y beben alcohol menos de una vez por mes frecuentemente son agrupadas conjuntamente, lo que implica que éste nivel de ingestión de alcohol está exento de todo riesgo. Un trago definido como 360 ml de cerveza al 4%, 120 ml de vino al 12% o 45 ml de licor al 80%, el cual contiene 5 ml de alcohol puro.

El criterio para definir el número de tragos capaz de provocar daño fetal no ha sido establecido, pero una ingesta de 30 a 60 ml de alcohol es el margen que parece marcar la transición desde una seguridad relativa a niveles que claramente podrían resultar en un compromiso fetal.

Una definición posible de consumo alcohólico excesivo es la ingesta de más de 45 tragos por mes o episodios en los cuales se beben 5 o más tragos en una sola ocasión.

Las manifestaciones maternas del alcoholismo incluyen: delirios, temblores, cirrosis, y diferentes patrones de posiciones sociales que varían entre una pobreza extrema y el mantenimiento a un elevado status social y entre la ausencia aparente de medios de vida y ocupaciones aparentemente muy productivas.

El sentimiento de culpa y la ansiedad relacionados con los posibles efectos del alcohol sobre el feto puede generar miedos y dudas serias en la embarazada, quien puede abrumar al médico con preguntas y con la exigencia de pruebas que confirmen el estado saludable de su niño.

El diagnóstico de consumo excesivo de alcohol depende casi exclusivamente de la respuesta de la paciente al interrogatorio, a menos que existan signos evidentes de alcoholismo y de intoxicación aguda.

Por lo tanto si el interrogatorio destinado a pesquisar la ingesta alcohólica no ha sido preparado inteligentemente, la paciente puede ocultar el verdadero grado de su ingesta alcohólica.

***Escala de ingestión de alcohol.**

Abstemia/ bebedora infrecuente: las que no beben o las que ingieren menos de 30 ml por mes, y nunca beben más de 3 copas en una ocasión.

Bebedora/ intermedia: incluyen las que beben cuando menos una vez al mes, pero menos de una vez por semana, y nunca más de 5 copas en una ocasión.

Bebedora moderada: incluye un promedio de entre 3 copas por semana y 1 por día, y pocas veces más de 3 o 4 en una ocasión.

Bebedora intensa: las que ingieren un promedio de cuando menos 2 copas al día o a las que toman un promedio de 1 copa diaria y a veces toman 6 en una ocasión o 45 copas o más por mes.

HJO DE MADRE ADICTA

DEFINICION: El hijo de una madre adicta es un niño cuya madre ha ingerido sustancias que pueden causar síntomas de abstinencia neonatal la constelación de signos y síntomas asociados con la abstinencia se denomina síndrome de abstinencia neonatal.

Las drogas de adicción tienen un bajo peso molecular y en general son hidrosolubles y lipofílicas. Estas características facilitan su pasaje a través de la placenta y la acumulación en el feto y el líquido amniótico. La vida media de las drogas suele ser más prolongada en el feto que en el adulto.

La mayor parte de las drogas de adicción se fijan a diversos receptores o provocan la liberación y la recaptación de distintos neurotransmisores. Esto puede tener un efecto prolongado sobre las estructuras dendríticas en desarrollo. Además, algunas drogas son directamente tóxicas para las células fetales. El feto en desarrollo también puede ser afectado por los efectos fisiológicos de una droga.

Los efectos directos e indirectos de las drogas sobre el sistema nervioso central en desarrollo tienen una importancia predominante.

PRINCIPIOS DEL DESARROLLO DEL CEREBRO FETAL.

El desarrollo del sistema nervioso central se fundamenta en una compleja organización de interacciones entre genes y ambiente, expresada en una serie de programas de desarrollo específicos. La prolongada maduración del sistema nervioso central confiere un continuo de vulnerabilidad biológica al cerebro en desarrollo, que empieza hacia los veintiocho días después de la concepción con la formación del tubo neural, y continúa durante toda la gestación, lactancia y niñez. Por ende, las consecuencias de un fenómeno adverso para el sistema nervioso central por exposición a tóxicos sobre el desarrollo tienen relación directa con el momento en que ocurre dicha exposición durante la gestación.

En el aspecto neuropatológico hay dos clases amplias de trastornos del desarrollo en el sistema nervioso central distinguibles: 1) los que sobrevienen durante la primera mitad de la gestación, que afectan la citogénesis y la migración de células, 2) los que sobrevienen durante la segunda mitad de la gestación, que afectan el crecimiento del cerebro y la diferenciación del mismo. Durante la fase organizacional de la segunda mitad de la gestación, los fenómenos progresivos (por ejemplo maduración neuronal, crecimiento axónico y extensión de procesos)

Y los regresivos (por ejemplo muerte celular programada, poda de dendritas y axones conforman de manera crítica la maduración del sistema de circuitos cerebrales. Conforme se entienden más los fenómenos celulares y moleculares que fundamentan el desarrollo del cerebro fetal, también aumentará la comprensión de la manera en que la exposición a drogas in útero puede alterar los programas para el desarrollo del cerebro, con consecuencias tanto temporales como duraderas sobre la estructura del sistema nervioso central y la función del mismo.

La embarazada drogadicta, puede perturbar el establecimiento del sistema de circuitos, y la comunicación neuronal, del cerebro fetal durante periodos críticos del desarrollo, lo que da pie a malformación molecular. En esos lactantes, se evita que la estructura y la función del cerebro sigan sus programas de desarrollo normal.

Esta distinción que el cerebro del lactante expuesto a sustancias de abuso in útero puede estar malformado, no deformado, es una importante extensión de los principios de la teratogénesis, que puede dirigir el pensamiento en el área clínica respecto a prevención terapéutica de minusvalidéz gestacional inducida por drogas e intervención para la misma apropiadas.

ROL DE ENFERMERIA CON ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADICTAS

El embarazo en adolescentes puede prevenirse y la profesión de enfermería está situada en un lugar ideal para asumir el liderazgo en este sentido dentro de la comunidad, tanto en consultas de enfermería como en planes de educación de los centros de estudio. Nuestra posición en la comunidad facilita conocer sus necesidades y sus características sicosociales y económicas. Debemos investigar los factores y conductas de riesgo como: delincuencia, vagancia, deserción escolar, drogadicción, alcoholismo, promiscuidad sexual, embarazo temprano etc.; y después diseñar programas y estrategias de prevención conjuntamente con el resto del personal sanitario.

El rol de enfermería en las actividades de prevención del embarazo adolescente comienza con prevención primaria, proporcionando información sobre sexualidad y anticoncepción lo más completa y adecuada posible, como así también detectar y educar en los casos de adicciones en embarazadas adolescentes, dando a conocer los múltiples riesgos a los que se enfrenta el binomio madre-hijo, teniendo en cuenta el abordaje sutil de la misma para poder detectar las necesidades, intereses y problemas siendo el nexo neutral al que pueden acudir en busca de conocimientos y de atención sanitaria. Se deberá tener presente que todo adolescente debe contar con redes de apoyo que los protejan (familia, colegio, grupo de pares) le entreguen afecto, un espacio donde se sienta querido, valorado, escuchado, comprendido, donde se fomente el autoconocimiento y se de información acerca de los cambios que está experimentando, esto dará la seguridad y tranquilidad de no ser diferente a los demás. Además esas redes deben ayudarlo a desarrollar su potencial mediante la enseñanza de destrezas que eleven su autoestima y fomente la confianza en sí mismo y un comportamiento y manera de comunicarse más asertiva. El adolescente requiere que se le guíe para aprovechar su tiempo libre y se le oriente para tomar decisiones (a veces fundamentales para su futuro), se le enseña a reflexionar acerca de los desvalores que la sociedad y medios de comunicación promueven y hacen aparecer tan atractivos. También que se le permita aclarar sus propios valores ya que éstos guiarán su conducta. Todas las destrezas que el adolescente adquiera lo ayudarán hoy y en el futuro.

**TABLAS DE CLASIFICACIÓN Y ESCALA DE MEDICIÓN
DE VARIABLES.**

VARIABLES	CLASIFICACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa	Continua
Droga de elección	Cualitativa	Nominal
Edad de inicio	Cuantitativa	Continua
Actividad que realiza	Cualitativa	Nominal
Nivel de instrucción	Cualitativa	Ordinal
Con quién vive	Cualitativa	Nominal
Conoce los efectos del consumo en ella y en el bebe.	Cualitativa	Nominal
Información brindada por el Licenciado en Enfermería.	Cualitativa	Nominal

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACION:

El tipo de investigación es **DESCRIPTIVA**, porque nos basamos en el comportamiento de la variable adicción en adolescentes embarazadas. **TRANSVERSAL**, porque hacemos un corte en el tiempo, comprendido en el periodo de mayo de 2001.

AREA DE ESTUDIO

El área comprendida para el estudio será en el departamento de Montevideo, en zona urbana.

Tomando como referencia, Instituciones Públicas: Policlínica Coordinado del Cerro y Hogar Juana de Ibarbourou (INAME).

UNIVERSO

29 Adolescentes embarazadas de 14 a 19 años, del área de Montevideo, Policlínica Coordinado del Cerro y Hogar Juana de Ibarbourou (INAME).

En el período de mayo de 2001.

MUESTRA

18 Adolescentes embarazadas adictas a drogas psicoactivas (Tabaco, Alcohol y marihuana) de dichas instituciones, durante el embarazo.

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico por conveniencia, donde la muestra corresponde a una población de nivel socioeconómico bajo que se atienden en los centros de referencia. Excluyendo previamente con la entrevista a las embarazadas que no consumieron durante el embarazo. Se seleccionaron adolescentes embarazadas adictas, para conocer su entorno, conocimiento de las consecuencias del uso de las mismas en ella y en el bebé, y el apoyo que reciben del entorno.

PROCEDIMIENTOS:

1. ENTREVISTA: Instrumento seleccionado para la recolección de datos que fundamentan los objetivos de la investigación. Semiestructurada destinada a

adolescentes embarazadas adictas a drogas psicoactivas (Tabaco, alcohol y marihuana).

2. PLAN DE PROCESAMIENTO Y TABULACIONES DE DATOS

Se realizan tablas uni y bivariadas con variables cualitativas nominales, ordinales y cuantitativas continuas. En las tablas bivariadas se cruzaran las variables edad, nivel de instrucción, estado civil y con quién vive; con la variable droga de elección. Datos que nos indicaran dentro de que edades se consumen los distintos tipos de sustancias, como influye el nivel de instrucción, el tener pareja y familia que la rodee. Para la expresión gráfica de las mismas se utilizaron tablas de frecuencia absoluta y relativa porcentual, representándose en diagrama sectorial y barras.

RECURSOS NECESARIOS

RECURSOS HUMANOS: Los recursos humanos para llevar a cabo la investigación estarán constituidos por seis estudiantes de la carrera Licenciado en Enfermería, quienes distribuirán el trabajo para llevar a cabo la recolección de datos, entrevistas y se realizará el análisis, informe final y presentación del mismo en forma conjunta.

RECURSOS MATERIALES: Los recursos materiales necesarios serán aportados por los distintos integrantes del grupo de trabajo, serán necesarios los siguientes recursos: papelería, computadora, fotocopidora, transparencias y retroproyector.

RECURSOS FINANCIEROS: Financiado por las seis integrantes del grupo.

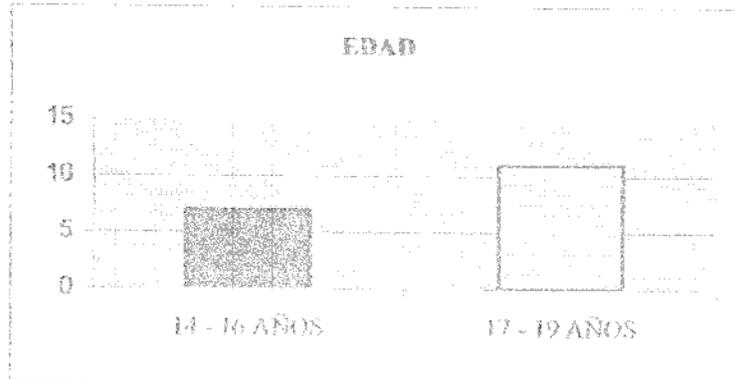
PLAN DE PROCESAMIENTO Y TABULACIÓN DE DATOS

TABLA N° 1: Distribución según edad.

Edad	FA	FR%
14 - 16 AÑOS	7	38%
17 - 19 AÑOS	11	62%
Total	18	100%

FA: Frecuencia absoluta.
FR%: Frecuencia relativa porcentual

GRAFICO N° 1:

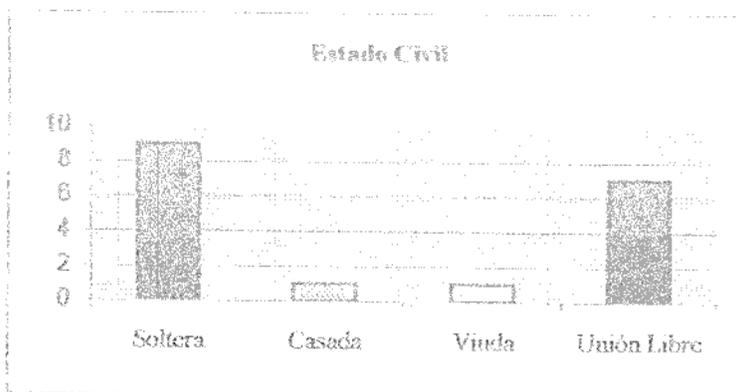


Identificamos aquí en que etapa de la adolescencia se encuentra. Corresponde a las adolescentes embarazadas adictas en las edades de 14 a 16 años un 38% y entre 17 y 19 años un 62%.

TABLA N° 2: Distribución según estado civil.

Estado Civil	FA	FR%
Soltera	9	50%
Casada	1	5%
Viuda	1	5%
Unión Libre	7	40%
Total	18	100

GRÁFICO N° 2:

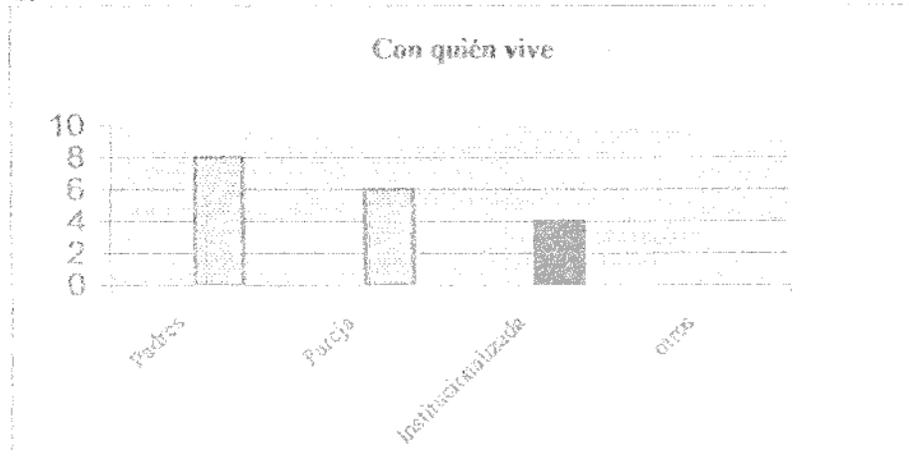


Información que refleja la situación de pareja en la adolescente embarazada como apoyo de su estado. Se pudo apreciar que el mayor porcentaje de esta población son solteras.

TABLA N° 3: Distribución según con quién vive.

Con quién vive	FA	FR%
Padres	8	45%
Pareja	6	33%
Institucionalizada	4	22%
otros	0	0%
Total	18	100

GRÁFICO N° 3:

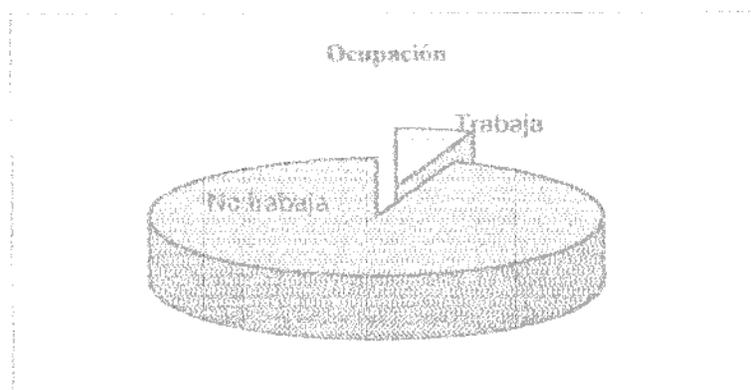


Núcleo familiar que contiene a la adolescente embarazada. La mayor parte de las adolescentes tienen el apoyo de los padres y pareja.

TABLA N° 4: Distribución según ocupación.

Ocupación	FA	FR%
Trabaja	1	6%
No trabaja	17	94%
Total	18	100

GRÁFICO N° 4:



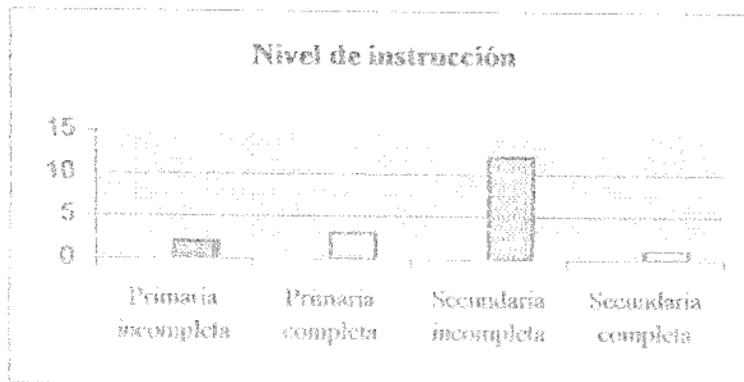
Situación por la cual la adolescente desarrolla una actividad y obtiene un ingreso. La mayor parte de ellas no trabaja, no reciben ingresos.

TABLA N° 5: Distribución según nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	FA	FR%
----------------------	----	-----

Primaria incompleta	2	11%
Primaria completa	3	17%
Secundaria incompleta	12	66%
Secundaria completa	1	6%
Total	18	100%

GRÁFICO Nº 5:

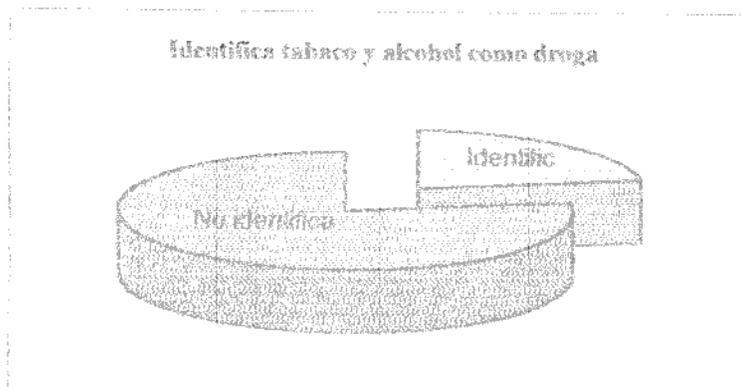


Refleja el grado de educación de esta población. El mayor porcentaje está dado por un nivel de educación media.

TABLA Nº 6: Distribución según identificación de tabaco y alcohol como droga.

Identifica tabaco y alcohol como droga	FA	FR%
Identifica	4	22%
No identifica	14	78%
Total	18	100%

GRÁFICO Nº 6:

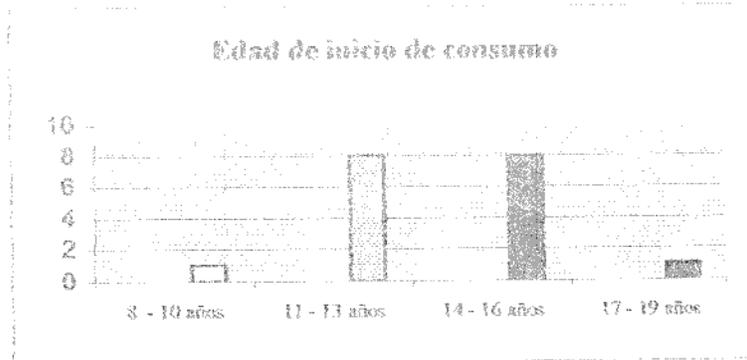


Grado de información que se tiene sobre la misma. El porcentaje mayor de adolescentes desconoce estas sustancias como droga.

TABLA N° 7: Distribución según edad de inicio de consumo.

Edad de inicio de consumo	FA	FR%
8 - 10 años	1	6%
11 - 13 años	8	44%
14 - 16 años	8	44%
17 - 19 años	1	6%
Total	18	100%

GRÁFICO N° 7:

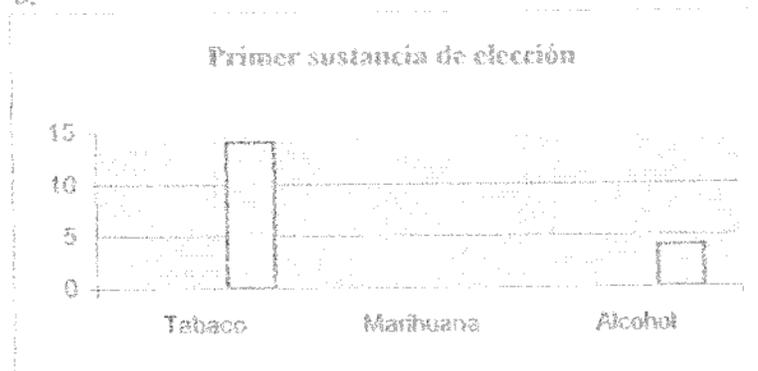


Información que nos indica el rango de edad más vulnerable para el inicio del consumo. Se ha identificado que el mayor consumo comenzó entre los 11 a 16 años.

TABLA N° 8: Distribución según primer sustancia de elección.

Primer sustancia de elección	FA	FR%
Tabaco	14	78%
Mariguana	0	0%
Alcohol	4	22%
Total	18	100%

GRÁFICO N° 8:



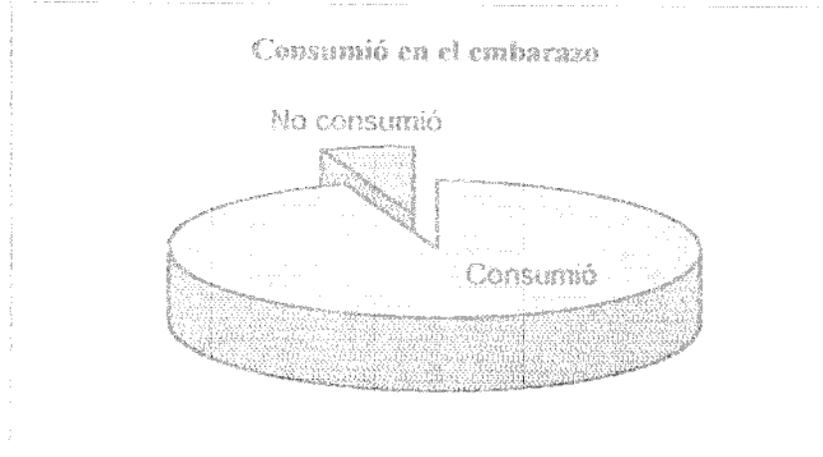
Aquí observamos si se continúa con la primer sustancia de elección, cual es la primer

sustancia de elección y con cuales se combinan posteriormente.
Observamos que se inician con tabaco y alcohol y se combinan posteriormente con marihuana.

TABLA N° 9: Distribución según consumo durante el embarazo.

Consumió en el embarazo	FA	FR%
Consumió	17	94%
No consumió	1	6%
Total	18	100%

GRÁFICO N° 9:

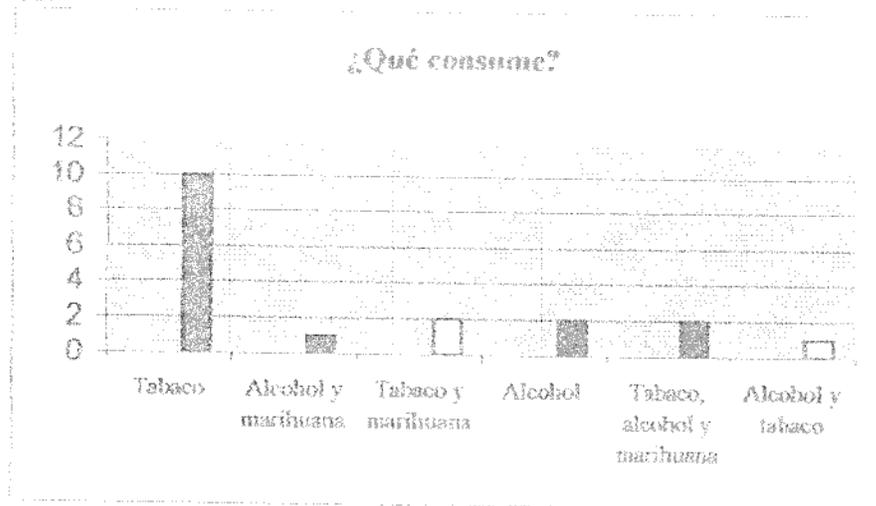


Está relacionado con el grado de información que tienen las adolescentes. Se confirma que el mayor porcentaje de adolescentes al no considerar las sustancias de investigación como droga como consecuencia continúan consumiéndolas en su período de gestación. Cabe destacar que la adolescente que dejó el consumo, lo hizo estando embarazada.

TABLA N° 10: Distribución según ¿ qué consume?.

¿Qué consume?	FA	FR%
Tabaco	10	52%
Alcohol y marihuana	1	6%
Tabaco y marihuana	2	12%
Alcohol	2	12%
Tabaco, alcohol y marihuana	2	12%
Alcohol y tabaco	1	6%
Total	18	100%

GRÁFICO N° 10:

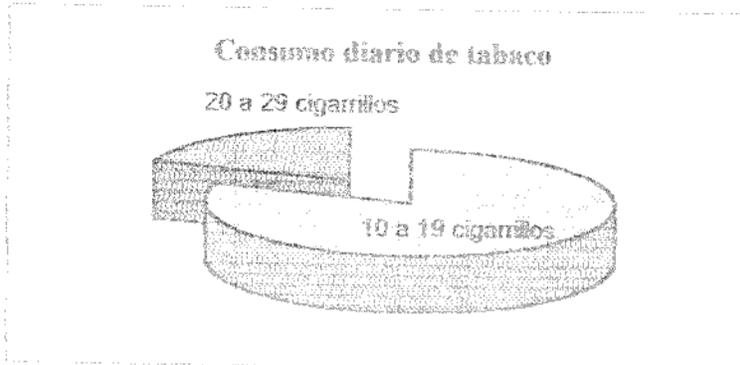


Cuales son las sustancias que más se consumen. El mayor consumo se relaciona con el tabaco le sigue el alcohol y por último la combinación de las tres.

TABLA N° 11: Distribución según consumo diario de tabaco.

Consumo diario de tabaco	FA	FR%
10 - 19	12	80%
20 - 29	3	20%
Total	15	100%

GRÁFICO N° 11:

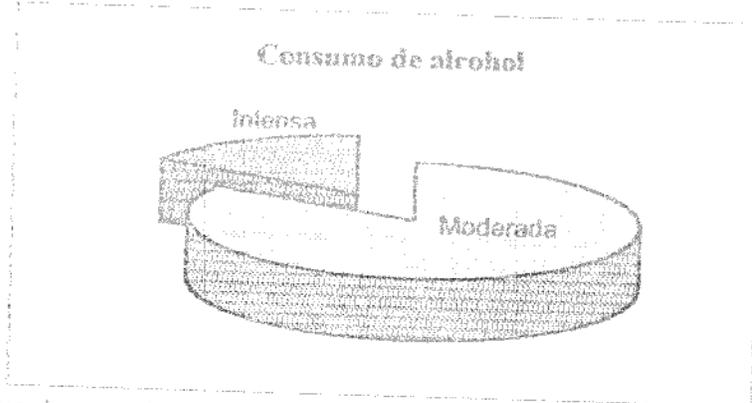


Nos permite identificar un alto porcentaje de la población que consumen entre 10 y 19 cigarrillos diario.

TABLA N° 12: Distribución según consumo diario de alcohol.

Consumo de alcohol	FA	FR%
Moderada	5	83%
Intensa	1	17%
Total	6	100%

GRÁFICO Nº 12:

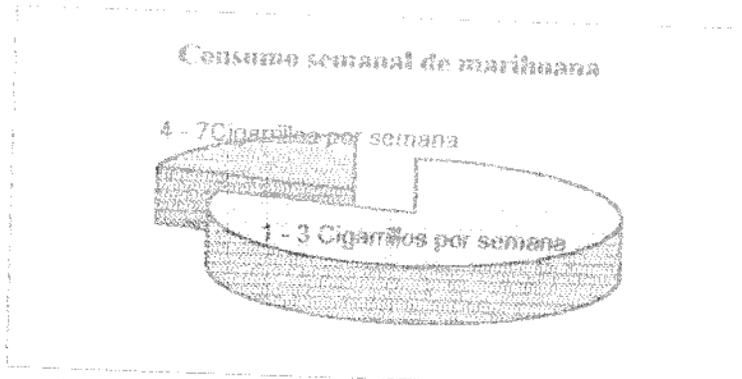


Se observa que de acuerdo a la escala de ingestión alcohólica citada anteriormente se aprecia una mayor incidencia bebedora moderada.

TABLA Nº 13: Distribución según consumo de marihuana semanal.

Consumo semanal de marihuana	FA	FR%
1 - 3 Cigarillos por semana	4	80%
4 - 7 Cigarillos por semana	1	20%
Total	5	100%

GRÁFICO Nº 13:



Nos indica el uso de cigarillos por semana dado entre 1 y 3 cigarillos semanales.

TABLA N° 14: Distribución según información recibida.

Información	FA	FR%
Recibió	6	34%
No recibió	12	66%
Total	18	100%

GRÁFICO N° 14:

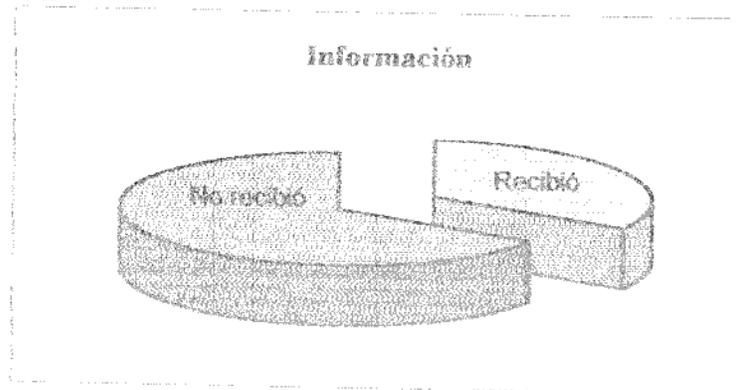
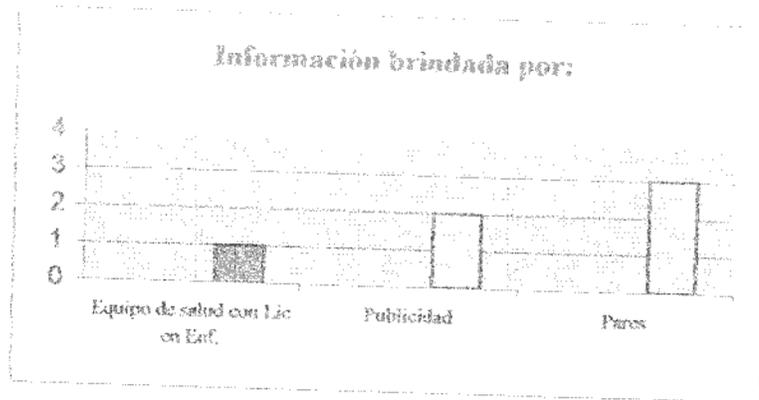


TABLA N° 15: Distribución según quién le brindó la información.

Información brindada por:	FA	FR%
Equipo de salud con Lic en Enf.	1	16%
Publicidad	2	34%
Pares	3	50%

GRÁFICO Nº 15:



Interesa saber si recibe información del equipo de salud y especialmente por parte de la Licenciada en Enfermería. Se constata que no reciben información por parte del equipo de salud. El 50% de la población en estudio refiere que la misma fue brindada por sus pares.

TABLA N° 16: Distribución según edad promedio, tipo de droga.

Drogas

	Tabaco	T.A	T.M y A	T y M	A	A y M	Total
15 años	32%	0%	0%	0%	0%	0%	38%
18 años	20%	6%	12%	12%	6%	6%	62%
	52%	6%	12%	12%	12%	6%	100%

N° 16

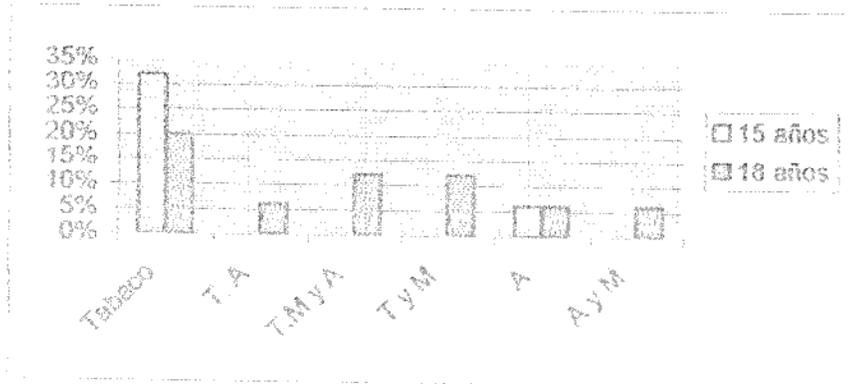


TABLA N° 17: Distribución según droga, nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

	PI	PC	SI	SC	Total
15 años	11%	17%	24%	0%	52%
18 años	0%	0%	6%	0%	6%
	0%	0%	6%	6%	12%
	0%	0%	12%	0%	12%
	0%	0%	12%	0%	12%
	0%	0%	6%	0%	6%
	11%	17%	66%	6%	100%

N° 17

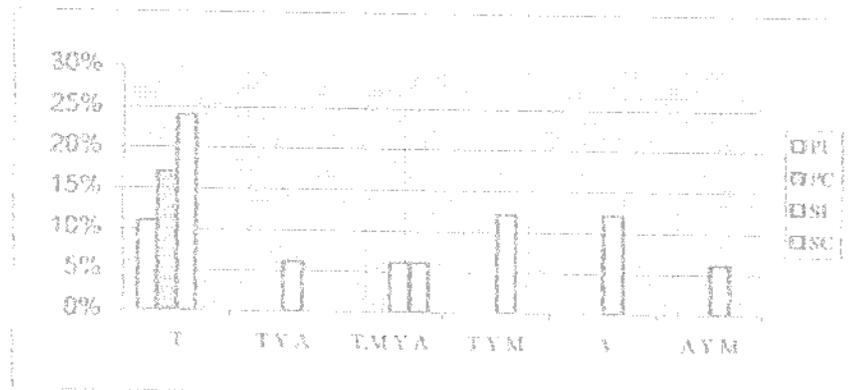


TABLA N° 18: Distribución según drogas, estado civil.

Drogas

Estado civil	Tabaco	T. A	T.M y A	T y M	A	A y M	Total
Soltera	26%	0%	12%	6%	0%	6%	50%
Casada	5%	0%	0%	0%	0%	0%	5%
Divorciada	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Viuuda	5%	0%	0%	0%	0%	0%	5%
Unión libre	16%	6%	0%	6%	12%	0%	40%
Total	52%	6%	12%	12%	12%	6%	100%

FIG. N° 18

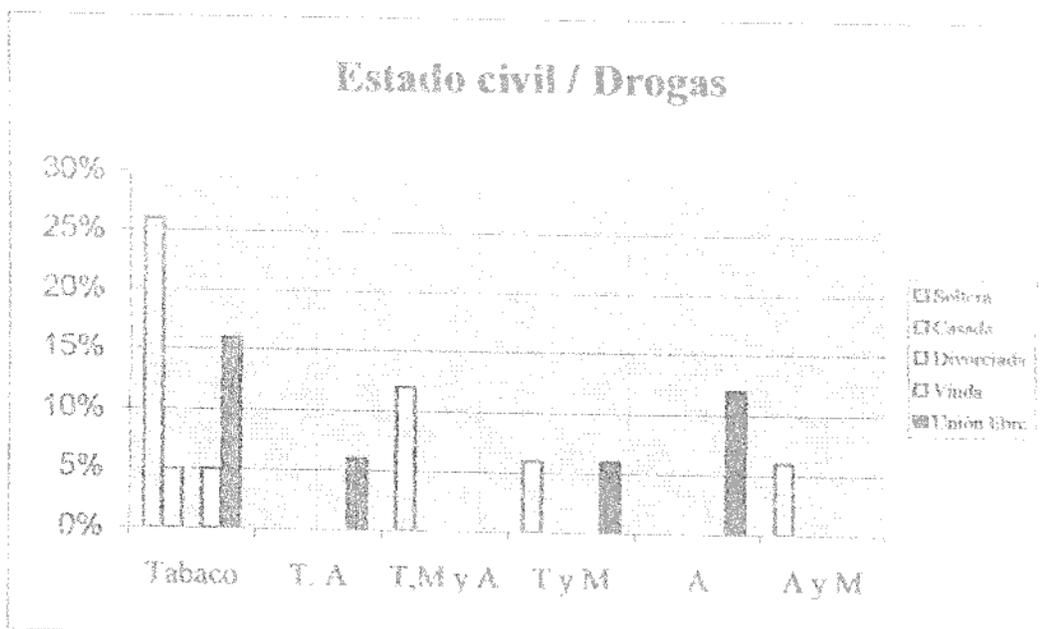
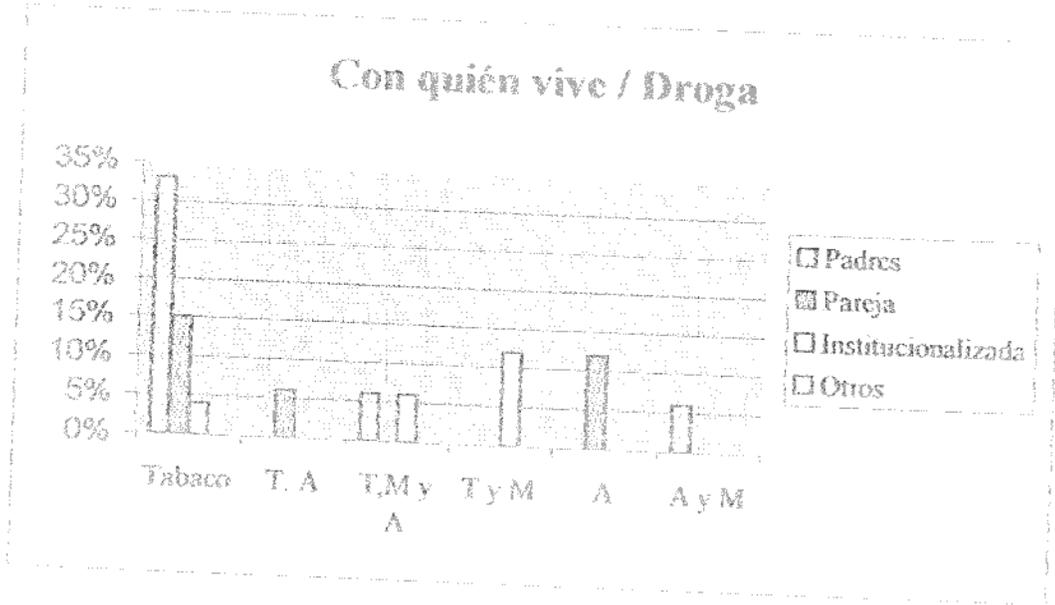


TABLA N° 19: Distribución según drogas, con quién vive.

Drogas

Quién vive	Tabaco	T. A	T, M y A	T y M	A	A y M	Total
Padres	33%	0%	6%	0%	0%	6%	45%
Pareja	15%	6%	0%	0%	12%	0%	33%
Institucionalizada	4%	0%	6%	12%	0%	0%	22%
Otros	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	52%	6%	12%	12%	12%	6%	100%

FIGURA N° 19:



De la investigación realizada se observa que de la muestra de 18 adolescentes embarazadas el 38% se encuentra en el rango de edad entre 14 - 16 años y el 62 % entre 17 - 19 años.

De este grupo de jóvenes el 45% tiene pareja y el 55% llevan su embarazo en ausencia de ésta como apoyo.

En cuanto al entorno de su hogar 45 % viven en compañía de sus padres, 33 % con su pareja, 22 % institucionalizadas (I.N.A.M.E).

El 94 % no percibe ingreso alguno, no trabaja y el 6% trabaja, de todas formas el 100% de ésta muestra representa sectores de muy bajos recursos.

En cuanto al nivel de instrucción el 72% accedió a la enseñanza secundaria, sin haber culminado sus estudios, sólo el 6 % llegó a terminarlos en ese nivel y 17 % completó primaria en tanto el 11 % no culminó la enseñanza primaria; teniendo en cuenta que influye la edad cronológica.

Al investigar se identifica el tabaco y alcohol como droga el 78 % respondió negativamente en tanto el 22 % sí consideraba estas sustancias como droga.

En cuanto a edad de inicio un 6 % entre los 8 y 10 años, 44 % entre 11 y 13 años, un 44 % entre 14 y 16 años y 6 % entre 17 y 19 años.

La primer sustancia de elección fue tabaco con un 78 % de la muestra y alcohol con 22 %. Del total de 18 embarazadas adolescentes que consumen sustancias, 17 (94%) continuaron consumiendo durante el embarazo, un 6 % (una embarazada) dejó de consumir manifestando no haber dejado por el embarazo, sino por rechazar la misma en este estado, aunque consumió en las primeras semanas.

Si bien las sustancias de inicio detectada fue tabaco y alcohol, las de consumo actual se amplían con el agregado de marihuana y las combinaciones de éstas como: tabaco y alcohol; tabaco y marihuana; tabaco, alcohol y marihuana; alcohol y marihuana.

La sustancia que más se consume es tabaco con un 52% seguido por alcohol con 12% y la combinación de las tres sustancias (Tabaco, marihuana y alcohol) con 12% el resto (alcohol, tabaco - tabaco y marihuana) se igualan en un 6%.

Del total de adolescentes embarazadas que consumen sustancias durante el embarazo sólo 6 o sea el 34% recibió información respecto al consumo y efectos, esta información provenía en un 16% por parte del equipo de salud con participación de Licenciados en Enfermería 34% de publicidad y 50% por parte de sus pares.

En cuanto a los indicadores de consumo de sustancias se tomó la cantidad de cigarrillos consumidos en el día donde 80% marcó entre 10 y 19 y 20% entre 20 y 29 cigarrillos diarios.

Para el consumo de alcohol se clasificó de acuerdo a la escala de ingestión de alcohol en el cual se observa el 83% de embarazada adolescentes con un consumo moderado (entre 3 copas por semana y 1 por día) e intensa un 17% (dos copas al día o más).

Del total que consumía marihuana (30%, 5 adolescentes embarazadas) 4 de ellas, el 80% consumían entre 1 - 3 cigarrillos por semana y un 20% (una embarazada) consumía un cigarrillo diario o sea 7 semanales.

Se cruzaron las variables con el fin de observar el comportamiento de aquellas de mayor relevancia para la investigación. Por ser un estudio descriptivo, solo se remite a enunciar lo observado, sin realizar inferencias sobre las mismas.

Las variables de relevancia a tal efecto: edad promedio, nivel de instrucción, estado civil, con quién vive; se observan los siguientes datos.

En el promedio de edad de 18 años es donde se consume mayor cantidad de sustancias (en esta muestra todos) 62% corresponde el promedio de 18 años donde consumen mayoritariamente tabaco 20%, tabaco, marihuana y alcohol con 12%, Tabaco y marihuana 12 % y para el resto de sustancias se igualan en 6 %. Para el promedio de edad de 15 años se observó que solo consumen tabaco con 32 % y 6% alcohol, llegando a un 38% en este promedio de edad.

Los datos obtenidos relacionados a Estado Civil y consumo de sustancias reflejan los mayores porcentajes para consumo de sustancias variadas en solteras 50% y unión libre 40%, en casados 5% y viuda 5% las cuales solo consumen tabaco.

En cuanto a la variable con quien vive el mayor porcentaje 45% vive con sus padres y 33 % con su pareja y consumen solo tabaco y alcohol, el menor porcentaje 12% correspondió a las embarazadas institucionalizadas que consumen las tres sustancias.

De los datos extraídos se puede analizar que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se encuentra en el rango de edad de 17 a 19 años cifra que presenta similitud con datos estadísticos observados en la maternidad del Centro Hospitalario Percira Rossell en el año 1999 donde se atiende el mayor porcentaje de partos de niveles más carenciados (25% adolescentes entre 15 y 19 años).

El mayor porcentaje de adolescentes son solteras, de bajos recursos, donde el embarazo no fue deseado probablemente producto de un déficit de educación sexual y otras buscaron ese embarazo como compañía para compensar su soledad. Se detecta una falta de conocimientos en el uso de sustancias tóxicas donde el 78% de las adolescentes no reconocen el tabaco, marihuana o alcohol como una droga. Esto lleva a que el 94% de las embarazadas adolescentes, continúan consumiendo las sustancias de las cuales hacían uso antes del embarazo. Parecería que el medio de información más allegado a ellos es el de sus pares 50%, con las carencias

y dificultades que esto puede representar. Dado que los adolescentes muchas veces tienen más contacto con un aparato de televisión o radio que con sus padres o responsables de su educación, también surge que el 34% se informa por publicidad, con las fallas que también este medio puede tener.

Para el acceso más relevante donde se debiera estar haciendo prevención por las economías que ello implica, minimizando la enfermedad, protegiendo al adolescente desde lo biológico, psicológico y social, parece indicar que es de donde menos información recibe la embarazada adolescente solo 16%.

Cabe destacar que en la presente investigación realizada se obtienen los datos de consumo de sustancias tóxicas en el embarazo adolescente, a través de la entrevista. Se sabe que este método de obtención de datos, como única fuente se obtiene una información inferior a la situación real, ya sea porque el entrevistado no recuerda con precisión las cantidades, fundamentalmente en el caso de consumo de alcohol y marihuana, porque no se atreve a confesar su situación, dado que el consumo de las mismas es una conducta censurada e ilegal como la marihuana y por la mentira como forma de ocultar la realidad, las medidas con valoración de laboratorio aproximan a datos más precisos pero de un periodo más reducido no describiendo cual es el patrón de empleo de la sustancia, careciendo esta investigación de esa información complementaria y dato que tampoco se busca en la valoración de la embarazada en la consulta médica.

Para concluir nuestro análisis podemos decir, que en la investigación el porcentaje mayor de adolescentes embarazadas se encuentra en el rango de 17 a 19 años. El 100% de ellas consumía sustancias tóxicas como tabaco, marihuana, alcohol antes del embarazo, que al iniciar su periodo de gestación sólo el 6% dejó el consumo y 94% continuo consumiendo en igual cantidad. Quien dejó el consumo en esta etapa no lo hizo por proteger al bebe sino porque "el consumo le hacía mal a ella", esto concuerda con los datos de si reconoce al tabaco y alcohol como droga donde el 78% no lo reconoce y con el dato de que solo el 16% recibió información por el equipo de salud con participación de Licenciados en Enfermería.

Sólo el 6% de las adolescentes embarazadas trabaja y sólo un 6% culminó sus estudios secundarios, demuestra esto que el embarazo es un factor que influye en la actividad social para continuar sus estudios y actividades laborales, lo que las hace depender de quien se responsabiliza de su futuro y mantención (Teniendo en cuenta la edad cronológica).

Según las variables el consumo de marihuana se detecta en la edad promedio de 18 años y ésta se consume asociada a otras como alcohol y tabaco. En cuanto al consumo mencionado nos puede indicar el estilo de vida que lleva la adolescente embarazada, entre un consumo diario o semanal.

En cuanto al nivel de educación las adolescentes que consumen marihuana han alcanzado un nivel de secundaria incompleta. El porcentaje mayor de estado civil, corresponde a solteras con un 24 % y el 6 % unión libre, vive con sus padres 12 % y 18 % institucionalizadas esto solo nos indica que aún viviendo en compañía de sus padres no tienen buenos canales de comunicación con bases sólidas afectivas donde se encuentran contentados por el contrario la adolescente en su soledad busca otros caminos como los planteados (prácticas tempranas de sexualidad, drogas y embarazo precoz).

Consumo de alcohol: Si bien el consumo de alcohol se presenta en un porcentaje menor, se identifica en igual porcentaje para el promedio de edad de 15 años (6%) y 18 años (6%), ésta es una de las sustancias de inicio en el consumo pero pasa luego a consumirse asociada con otras sustancias como tabaco 6%; alcohol y marihuana 6%; Tabaco, marihuana y alcohol 12%. En cuanto al estado civil el 18% corresponde a unión libre del total de consumo de sustancias, el 12% y 18% viven con padres y pareja respectivamente aquí también se destaca la influencia del núcleo familiar y el ejemplo que pueden obtener de ellos.

Por otro lado los datos obtenidos también a través de la entrevista pueden estar bajo la influencia de la negación, la mentira o diferencias con la realidad, por lo que ante las respuestas positivas se debería acompañar con datos de laboratorio, dado que al ocultar la realidad, el porcentaje puede ser mayor. En la evaluación de los hábitos de consumo de alcohol en el embarazo es de importante consideración por los riesgos que se corre en malformaciones, parto prematuro, retraso de crecimiento y síndrome de abstinencia fetal. Se debe tomar en cuenta que las embarazadas son receptivas a sugerencias sobre el control de consumo de alcohol en el embarazo por lo que es un buen momento para estimular a un cambio de conducta para su beneficio y posterior cuidado del bebé, dado que el alcoholismo se asocia con maltrato infantil, violencia familiar y conductas inadecuadas.

Asumiendo que la adicción es uno más de los tantos problemas sociales, tenemos luego de ésta información la potestad para deducir que: Hay un problema importante de relación y/o comunicación con los padres y educadores (entre ellos el equipo de salud). En el que los adolescentes buscan como refugio, a sus pares, quienes ofrecen "modelos" poco saludables para llevar a cabo su embarazo y maternidad, en los cuales se ven frustrados los "proyectos de futuro" en esto se refleja: deserción en estudios y desocupación, ausencia de sostén económico. Creándose un medio carente de soportes firmes y estables sociales, culturales, afectivos y económicos para el recién nacido.

CONCLUSIONES

Las conductas de actividad sexual temprana, sumado a la falta de educación, la calidad de la relación con sus padres y el intento del adolescente en probar sus límites, practicando conductas de riesgo en las cuales desconocen sus consecuencias, la llevan a un posible embarazo no intencional o bien un embarazo idealizado, que sustituya su soledad.

Esta conducta sexual temprana, generalmente va acompañada de uso o abuso de sustancias tóxicas, las cuales continúan durante el periodo de gestación, por ignorancia de las consecuencias, producto de falta de información.

El planteamos estas dos situaciones, embarazo adolescente y uso de sustancias también nos relaciona con las soluciones a estos problemas.

Es de considerar el papel de la familia, la enseñanza que proporcionan los padres, el grado de comunicación que existe con sus hijos y que modelo de educación brindan en cuanto a tabaquismo y alcohol, dado que muchos aprenden en el hogar. También que información se brinda referente a otras drogas, como marihuana.

El personal de salud debe tomar conciencia que es un hecho real que las embarazadas adolescentes consumen sustancias tóxicas y desconocen los riesgos a los que se exponen ellas y su bebé. Así como se realizan exámenes de rutina en el embarazo para detectar diabetes, pre-eclampsia, etc, se debería detectar el consumo de sustancias.

En el transcurso de la investigación se nos informó por parte del equipo médico que se considera el embarazo del adolescente como de alto riesgo por sus características propias y no por el problema de adicción, que no se trata en forma específica y protocolizada. No se pregunta respecto al consumo de sustancias y tampoco la adolescente lo plantea, por ser un tema censurado, donde tampoco sus padres son orientados a hablar con sus hijos sobre cigarrillos alcohol y otras drogas, así como acerca de la sexualidad.

Quienes están ejerciendo influencias poderosas en las adolescentes son las revistas, videos, radio, cine, televisión, etc, quienes pueden transmitir información no realista o errónea hacia una población tan vulnerable. Dado que es un problema que afecta a la adolescencia y al bebé, es un problema que afecta a la sociedad, donde todos somos responsables. La identificación del uso perinatal de estas sustancias debe seguir propósitos de intervención del equipo de salud y no solo para detectar una conducta inadecuada por consumo de sustancias ilícitas. Debe reconocerse que el embarazo es el momento propicio para estimular una conducta positiva en cuanto a la salud.

El Licenciado en Enfermería es el nexo ideal para valorar y detectar conductas de riesgo del adolescente, puede lograr el acercamiento que ellos

necesitan para tratar estos temas que resultan difíciles de expresar por ellos por temor a ser cuestionados. Es importante la educación sexual, la información sobre el uso de sustancias y sus riesgos, transmitir la importancia y preocupación por la salud de la madre y del bebé y los beneficios de una buena nutrición junto a otras conductas saludables.

Es el nexo entre: adolescente y el médico, para comunicarle la situación y medidas a tomar; adolescente y padres, para orientarlos a enfrentarse al tema, guiarlos para que hablen con los adolescentes, para estimularlos a escuchar cuidadosamente las preguntas de sus hijos al respecto y ayudarlos a enfrentar a las presiones de sus compañeros.

Transmitir la importancia de establecer políticas familiares respecto al alcohol y otras drogas, así como referente a otras actividades y la importancia de estimular las que son sanas y creativas. El Licenciado debe ser al igual que el equipo de salud un recurso para los padres como para el adolescente.

SUGERENCIAS

- ◆ El equipo de salud, debería detectar el consumo de sustancias de efecto psicoactivo, por parte de las adolescentes embarazadas, así como de investigar para otras patologías como diabetes, pre- eclampsia, etc. incluyendo antecedentes familiares por abuso de las mismas.
- ◆ Se debería realizar estudios de laboratorio para detectar el consumo de sustancias como complemento del dato de la entrevista.
- ◆ Que existan programas para la asistencia de la adolescente embarazada adicta y sus padres o sustitutos donde reciban además educación referente a sexualidad y drogas, donde el Licenciado en Enfermería desempeña un rol protagónico como nexo entre la usuaria y el equipo interdisciplinario.

BIBLIOGRAFIA

- Burrow Ferris 1997 "Complicaciones Médicas durante el embarazo" - Editorial Panamericana.
- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas "Toxicología en embarazadas Vol.2/1993. Editorial Interamericana.
- Clínicas Pediátricas de Norteamérica - Vol. 2/1995 "Abuso de sustancias tóxicas"
- Clínica de Perinatología. "Exposición Prenatal a Drogas y resultados en el niño". 1999
- Killian Allen P. - Alcohol- Medicina Clínica en Obstetricia
- Glecker - Editorial Médica Panamericana 1ª. Edición Enero 1989.
- Toledo V. - Luengo M. "Adolescencia Tiempo de Decisiones" 1994
- OPS - OMS Publicaciones científicas N° 552 - 1995 "La salud del adolescente y del joven" - Editores: Madaleno M, Munist M y otros.
- Revista Uruguay de Enfermería, Set. 1997 "Embarazo adolescente".
- Revista Uruguay de Enfermería - Octubre 1993. Canetto A. (Psicóloga) Garay M (Lic. en Enf.)
- Unicef - Octubre 1994 - Documento Especial N° 3 MSP. "Adolescencia Salud Integral y Embarazo Precoz".
- Internet: www.who.org marzo 2001.
- Steven E. Hyman - Manual de Urgencia Psiquiátrica - 3er Edición Editorial Masson.
- Holling- Leininger - Bregg - Enfermería Psiquiátrica.
- Organización Panamericana de la Salud - Plan Interagencial- Mayo 1999 Holetín DSI-TOS. Diseminación selectiva de información Tabaco y Salud.

ANEXOS

ANEXO N° 1 (Protocolo)

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

ADICCIONES DE DROGAS PSICOACTIVAS (TABACO, ALCOHOL Y MARIHUANA) EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 14 A 19 AÑOS DE INAME (HOGAR: JUANA DE IBARBOUROU) Y POLICLINICO COORDINADO DEL CERRO MONTEVIDEO, MAYO DE 2001.

TUTORAS : Prof. Adj. Lic. GRACIELA CURBELO
Prof. Adj. Psic. ROSARIO TUZZO

AUTORAS:	ACOSTA MARIA LUZ	N° : 95.292
	BRUNETTO MABEL	N° : 95.273
	CAVALCANTE CLAUDIA	N° : 95.255
	GONZALEZ, DANIELA	N° : 91.023
	MARTINEZ, M°. DEL CARMEN	N° : 95.281
	MOREIRA, CRISTINA	N° : 94.125

MONTEVIDEO MAYO DE 2001

INDICE

Índice.....	PAG: 52
Introducción.....	PAG: 53
Fundamentación del problema.....	PAG: 54
Antecedentes del problema.....	PAG: 57
Definición del problema.....	PAG: 60
Objetivo general y específicos.....	PAG: 60
Marco teórico.....	PAG: 61
Diseño metodológico.....	PAG: 75
Variables.....	PAG: 76
Diagrama de Gantt.....	PAG: 79
Bibliografía.....	PAG: 80
Anexos.....	PAG: 81
Anexo N° I: Entrevista.....	PAG: 82

INTRODUCCION

El presente trabajo, realizado por un grupo de estudiantes, realizando la tesis final como tarea curricular de la carrera Licenciatura en Enfermería, para culminación de la misma pretende conocer las adicciones de drogas psicoactivas en adolescentes embarazadas y el abordaje de la Lic. en Enfermería a las mismas.

La elección del problema presentado surge a raíz de habernos encontrado en el transitar por la carrera a una población tan vulnerable como lo es el adolescente y sumado a ello enfrentados a situaciones que los hacen más vulnerables aún como lo es el embarazo y la adicción.

Por otro lado, lo hemos tratado en nuestra carrera en salud mental, como abordar el problema, tenemos los elementos y herramientas para hacerlo pero al mismo tiempo nos preguntamos ¿qué se hace con un adolescente embarazada que presenta una adicción a sustancia psicoactiva?

Sabemos los riesgos que corre la madre y el bebé, y nos preguntamos ¿sabe la madre a lo que se enfrenta?. ¿Quién la asesora?

Pensamos que probablemente se esté diciendo mucho y haciendo poco.

El rol de la Licenciada en Enfermería es de vital importancia ya que es el nexo entre el usuario y el equipo de Salud, debe lograr el acercamiento positivo para así conocer la situación de la adolescente y por consiguiente el apoyo adecuado.

Por lo tanto entendemos que el problema de adicción de embarazadas adolescentes debe ser considerado junto a otros (composición familiar, pobreza, desnutrición, violencia, etc.) que afectan a la etapa adolescente teniendo en cuenta sus particularidades.

- La investigación por tanto se basa en un estudio descriptivo que apunta a conocer cuales son las adicciones de sustancias psicoactivas en embarazadas adolescentes y que información recibe por parte del Licenciado en Enfermería.

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Hablar de adolescencia, implica hablar de crecer, cambiar, sufrimientos y conflictos.

En esta etapa se "nace de nuevo", lo que se va a abandonar, no es el vientre materno, sino el núcleo familiar. Lo que ahora es vivido como hostil en ese mundo adulto que está aguardando los cambios de esta etapa van alterando la imagen y la configuración que se han ido alcanzando durante la infancia. Ya no es tan claro saber, quién se es. La búsqueda de la respuesta a esto interrogante es la búsqueda de la identidad, de esa propia unidad que se ve amenazada. Esta búsqueda no es sencilla, los modelos de identificación con los que el joven cuenta, suelen presentarse poco atractivos. El mundo adulto se le presenta imprevisible, oscilante y contradictorio. Debe convivir con mensajes opuestos, donde el éxito y la movilidad social son posibles mientras la realidad se le muestran escasas posibilidades de lograrlo.

Esto agudiza su desconfianza y escepticismo frente a ese mundo, sus ideales y sus representantes.

Las drogas van a aparecer entonces, muchas veces, como un objeto de escape a problemas en la búsqueda de modelos y vínculos firmes en la sociedad.

La adolescente, se ve enfrentada no solo a una etapa conflictiva sino además en una situación en la cual muchas veces creen que su embarazo idealizado por sus fantasías será una solución a su estado emocional.

El embarazo adolescente es de alto riesgo por muchos factores ya que el embarazo es más complicado cuanto más cerca sea de la menarquía.

Los embarazos que se inician en los 3 años postmenarquía requieren un control más estricto debido a los mayores riesgos maternos y perinatales.

A continuación se mencionará algunos de los elementos que hacen referencia del porque el embarazo adolescente es de alto riesgo.

Desde el punto de vista endocrinológico, el eje hipotálamo-hipófiso-ovárico es inmaduro durante los 3 años postmenarquía (por esto las menstruaciones pueden ser irregulares).

El útero es de dimensiones menores a la que adquiere en la adultez.

El esqueleto no terminó de adquirir su tamaño definitivo- La pelvis no tiene la inclinación adecuada, y sus diámetros están en el límite de la normalidad.

Estos elementos causan dificultades e inadecuación feto-maternas, que justifican la denominación del embarazo alto riesgo.

Las patologías maternas durante el Embarazo, en la primera mitad del embarazo:

- amenaza de aborto, o aborto en curso, (puede ocurrir la práctica de un aborto provocado).

En la segunda mitad del Embarazo:

- Enfermedad hipertensiva.

- Bacteriurias asintomáticas.
- Infección urinaria (alta frecuencia).
- Parto prematuro.
- Rotura prematura de membranas.

Durante el trabajo de parto y parto, se pueden poner de manifiesto las distocias de presentación y de posición (debido a la inmadurez pelviana).

Estrechez del canal de parto, (complicaciones traumáticas, lo que implica mayor riesgo de lesiones- desgarros, hemorragias e infecciones.

Ante el consumo de drogas (tabaco, marihuana) el trabajo de parto puede precipitarse, puede aparecer complicaciones como hemorragias transvaginal, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematuras de membranas etc.

El tabaquismo afecta el crecimiento del feto y puede presentar signos neurológicos durante el periodo de recién nacidos entre otras complicaciones.

Las manifestaciones maternas en cuanto al alcoholismo incluyen cirrosis, delirios, temblores, y efectos en el desarrollo del sistema nervioso central del feto, retraso del crecimiento pre y posnatal, etc.

Podemos concluir diciendo que debido a múltiples factores expuestos tanto orgánicos, psicológicos, del entorno social y del núcleo familiar (si cuenta con él), necesitan un Abordaje Integral donde se deben tener muy presentes cada uno de ellos, para así lograr que la futura mamá pueda cursar un embarazo sin ningún tipo de alteración tanto materna como fetal, brindándole además un ambiente favorable para que la embarazada también evacue sus miedos, ansiedades, angustia, dudas con el personal del equipo, para así contribuir a que la mamá se sienta capaz de afrontar las distintas situaciones que se le pueda presentar postparto sabiendo que es capaz de tomar decisiones siendo ciertas que contribuirán al bienestar de su hijo, pero también la capacidad de saber cuando debiera recurrir al equipo asistencial.

Por lo antedicho decimos que si bien embarazo adolescente es un problema por los riesgos que implican, a todo esto se suma el consumo de sustancias psicoactivas y a las posibles consecuencias en la madre y el bebé

Es un problema aún mayor en el cual enfermería debe actuar, para minimizar los factores de riesgos y trabajar con el equipo interdisciplinario para el tratamiento.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia constituye un riesgo conocido para el binomio madre-hijo.

En América Latina ésta situación se ha visto incrementada en los últimos años, especialmente en los sectores económicamente más carenciados.

Si observamos 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.

Se sabe que el embarazo adolescente, está asociado a múltiples riesgos, cuyo estudio ha abierto innumerables líneas de investigación.

Entre las complicaciones asociadas a la primiparidad precoz, se mencionan las infecciones urinarias, parto prematuro, pre-eclampsia, ruptura precoz de membranas, retardo en el crecimiento intrauterino, asociado a desnutrición materna y partos distócicos.

Al mismo tiempo, los fenómenos psicosociales relacionados con el embarazo, se agudizan en la adolescencia. En condiciones normales el embarazo implica una situación de crisis, que se asocia, a cambios emocionales y corporales, miedos, dudas, que repercuten en la interacción familiar.

El consumo de sustancias durante el embarazo, en particular de drogas ilícitas, típicamente se rechaza en casi todas las sociedades, y no se aprecia como un problema de salud mental.

En primer lugar tiene importancia abordar muchos factores en ésta investigación, como pobreza, composición familiar exposición a sustancias y condiciones de vida inestable.

En segundo lugar es que los efectos específicos de un factor único(como la exposición a sustancias in útero), pueden ser menos sobresalientes que los efectos conjuntos de la exposición en el contexto de otros riesgos múltiples.

El estudio que se propone intenta conocer cuales son las adicciones de sustancias de efecto psicoactivo en embarazadas adolescentes, conociendo la realidad de este grupo etario y la información que reciben por parte de la Lic. en Enfermería.

Entendemos que la magnitud del mismo, amerita la atención y el esfuerzo del equipo de salud, porque no es sólo un problema del adolescente sino de la sociedad en su conjunto.

Los niños y jóvenes de hoy serán los hombres de nuestra sociedad del mañana.

Por otro lado no se conocen estudios realizados en nuestro país que abarquen toda la problemática, la bibliografía encontrada sólo se refiere a la embarazada adolescente o al adolescente adicto; si existen estudios en

otros países como EE UU (Dr. James Scott, toxicología en embarazadas adolescentes) pero con otra realidad social diferente a la muestra.

Creemos que es el momento de plantearnos el problema y dejar abierto un camino para profundizar en las múltiples facetas del mismo y hacer un llamado a la reflexión, brindar información y educación a la población sujeta a estudio.

ESTUDIOS REALIZADOS EN EE.UU.

En 1988, en un estudio realizado en 36 hospitales de EE.UU., se encontró que 11% de las embarazadas que parían en esos hospitales habían usado algún fármaco ilegal durante el embarazo. Este dato fue apoyado por la NIDA Household Survey, más reciente en la cual cerca del 9% de las mujeres en edad fértil admitieron haber usado un fármaco ilegal durante el mes anterior al cuestionario.

Los problemas del uso del alcohol y otros fármacos durante el embarazo cruzan todas las líneas raciales y socioeconómicas. En un estudio poblacional, basado en 715 mujeres que iniciaron el cuidado prenatal durante un período de seis meses en el condado de Pinellas, Florida, 14.8% de las mujeres tuvieron toxicología urinaria positiva para cocaína, marihuana, alcohol o heroína. Las que ingresaron al sistema de salud pública tuvieron una frecuencia general de 16%, mientras que 13% de las atendidas en servicios privados presentaron una toxicología urinaria positiva. No hubo diferencias en los índices de toxicología positiva cuando se analizaron a través de líneas raciales: 14.1% en las mujeres de raza negra y 15.4% en las de raza blanca fueron positivas. Los fármacos más comunes detectados en la orina de todas las mujeres fueron marihuana y cocaína.

Frecuencias tan elevadas del uso de fármacos por mujeres embarazadas han tenido un efecto profundo en el pronóstico fetal y neonatal. Las unidades de cuidados intensivos neonatales están ampliando sus capacidades para atender neonatos afectados por el uso materno de cocaína. Los sistemas de atención de niños para adopción están sobrecargados con lactantes abandonados y en alto riesgo médico.

La acción farmacológica de una sustancia particular predice el efecto que tendrá en la salud materna y el resultado del embarazo además, contra la creencia común de que la placenta como una barrera protectora del feto ante varias sustancias tóxicas, múltiples repasos sobre el uso de fármacos durante el embarazo han mostrado que la mayor parte de los que consume la madre durante el embarazo atraviesan libremente la placenta. Los fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central suelen ser lipófilos y de peso molecular relativamente bajo, características que facilitan el cruce de la sustancia, de la circulación materna a la fetal. En el caso de muchas sustancias lícitas e ilícitas, hay un equilibrio rápido del fármaco

libre entre la circulación materna y fetal. Aunque es difícil conocer su distribución exacta entre la circulación materna y fetal, es razonable suponer que los fármacos con un potencial elevado de abuso (cocaína, alcohol, estimulantes etc.) se encuentran en concentraciones importantes cuando la madre usa y abusa de ellos. El hecho de que los fármacos crucen la placenta y alcancen el feto crea problemas potenciales para el desarrollo. Esos problemas pueden manifestarse como anomalías congénitas, retardo del crecimiento fetal y neonatal, y problemas neuroconductuales. Además, el empleo de fármacos con un potencial elevado de abuso puede producir farmacodependencia, lo mismo en el feto que en la madre. En ésta forma, el feto experimentará síntomas de supresión cuando la madre suprime el fármaco, o al término, cuando la embarazada ya no lo proporciona al recién nacido. Por tanto, por la formación actual es claro que el uso y abuso de sustancias tóxicas por la embarazada tiene un impacto importante en su propia salud y en la del feto.

CLINICAS DE PERINATOLOGIA --Dependencia química y embarazo.
Dr. Ira J. Chasnoff, (Associate Professor of Pediatrics and Psychiatry,
Northwestern University Medical School; and President, National

Association for Perinatal Addiction Research and Education,
Chicago, Illinois).

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

"¿ Cuales son las sustancias de efecto psicoactivo (tabaco, alcohol y marihuana) de consumo de las adolescentes embarazadas en INAME (Hogar Juana de Ibarboure) y Policlínica Coordinada del Cerro en Montevideo Mayo de 2001?"

OBJETIVO GENERAL

Conocer cuales son las adicciones de sustancias psicoactivas (Tabaco, alcohol y marihuana) en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años y quién les brinda información.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer el perfil de las adolescentes embarazadas que consumen sustancias de efecto psicoactivo.
2. Identificar la cantidad y frecuencia de las sustancias que consume.
3. Identificar si conoce los efectos en el embarazo de las sustancias que consume.
4. Conocer quién le brinda información respecto a los factores de riesgo de las sustancias que consume durante el embarazo.

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. 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. La transición de la niñez a la vida adulta es complicada, y el tiempo que toma pasar por ésta etapa es variable, pero al final la mayoría de los adolescentes completa la travesía.

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.

El pensamiento de las operaciones formales puede caracterizarse como un proceso de segundo orden. (El primer orden del pensamiento es descubrir y organizar las relaciones existentes entre objetos).

El segundo orden consiste en reflexionar sobre los propios pensamientos, buscar relaciones entre relaciones y maniobrar con fluidez entre la realidad y la posibilidad. He aquí tres características del pensamiento del adolescente:

1. La capacidad de combinar todas las variables.
2. Encontrar una solución al problema.
3. La capacidad de hacer conjeturas sobre el efecto que una variable tiene en otra.

La facilidad de combinar y distinguir las variables de modo hipotético-deductivo ("Si X está presente, Y ocurrirá")

ADOLESCENTE:

Adolescencia (adolescencia y éste de adolescentes igual joven), es la edad comprendida entre el final de la niñez y el comienzo de la pubertad hasta el completo desarrollo del cuerpo.

Adolescere significa crecer.

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 cartilagos de crecimiento, se acompaña de importantes cambios emocionales, intelectuales, espirituales y sociales.

La duración, el contenido y la forma de la adolescencia difieren según los individuos, la raza, el clima y diversos factores educativos y sociales inherentes a cada cultura.

Enfermería Pediátrica Whaley & Wong

Adolescencia temprana (11-14 años)	Adolescencia media (14-17 años)	Adolescencia tardía (17-20 años)
<p>CRECIMIENTO Crecimiento rápido acelerado. Alcanza el máximo de velocidad. Aparecen las características sexuales secundarias.</p> <p>DESARROLLO COGNITIVO Explora su capacidad recién adquirida de pensamiento abstracto limitado. Juega con torpeza en busca de nuevos valores y energías. Compara lo "normal" con los compañeros. Conformidad con las normas del grupo.</p>	<p>Deceleración del crecimiento en las niñas. La estatura alcanza el 95% de la adulta. Las características sexuales secundarias están bastante avanzadas.</p> <p>Desarrollo de la capacidad de pensamiento abstracto. Disfruta de las capacidades intelectuales, a menudo en términos idealistas. Se preocupa por problemas filosóficos, políticos y sociales.</p>	<p>Físicamente maduros. Crecimiento estructural y reproductivo casi completo.</p> <p>Establecimiento del pensamiento abstracto. Puede percibir y actuar en un amplio margen de opciones. Capaz de enfocar los problemas de forma comprensiva. Se establece la identidad intelectual y funcional.</p>
<p>IDENTIDAD Preocupado por los rápidos cambios corporales. Ensayo diversos roles. Mide su atractivo en función de la aceptación o rechazo de sus compañeros. Conformidad con las normas del grupo.</p>	<p>Modifica su imagen corporal. Muy autocentrado. <i>surto del narcisismo</i>. Tendencia a la introspección y al descubrimiento de sí mismo. Tiene una rica vida de fantasías. Idealista. Capaz de percibir las implicaciones futuras de su conducta y decisiones actuales; aplicación variable.</p>	<p>Definición firme de la imagen corporal y del rol sexual. Identidad sexual madura. Fase de consolidación de la identidad. Estabilidad de la autoestima. Cómodo con el crecimiento físico. Roles sociales definidos y articulados.</p>
<p>RELACIONES CON LOS PADRES Definición de los límites de independencia - dependencia. Fuerte conflicto entre el deseo de permanecer dependiente de los padres y de separarse. Ausencia de conflictos importantes en relación al control paterno.</p>	<p>Conflictos importantes entre el deseo de independencia y el control. Punto bajo en la relación paterno - filial. Empuje grande hacia la emancipación; ausencia de compromiso. Separación emocional final e irreversible de los padres, duelo.</p>	<p>Fín de la separación emocional y físico de los padres. Independencia de la familia menos conflictiva. Emancipación casi conseguida.</p>
<p>RELACIONES CON LOS COMPAÑEROS Buscan alianzas con amigos para hacer frente a la incertidumbre generada por los rápidos cambios. Punto álgido de las amistades íntimas idealizadas con personas del mismo sexo. Lucha por el poder en el grupo de amigos.</p>	<p>Fuerte necesidad de identidad para afirmar la propia imagen. Modelos de conducta establecidos por el grupo de amigos. Importancia de ser aceptado por los amigos; miedo al rechazo. Exploración de la capacidad de atraer al sexo opuesto.</p>	<p>El grupo de amigos disminuye en importancia a favor de la amistad individual. Ensayo de las relaciones varón - mujer, con miedo a una alianza permanente. Relaciones cara a cara por dar y compartir.</p>
<p>SEXUALIDAD Autoexploración y evaluación. Sentidos limitados, normalmente en grupo. Intimidad limitada.</p>	<p>Relaciones múltiples plurales. Giro decisivo hacia la heterosexualidad (si es homosexual, lo sabe en este momento). Exploración del "atractivo sexual". Sentimiento de "estar cavatrado". Tentativa de establecimiento de relaciones.</p>	<p>Estable relaciones estables y vínculos afectivos con otro. Capacidad creciente para la relación mutua y la reciprocidad. Salud en pareja varón mujer. La intimidad implica entrega, más que exploración y narcisismo.</p>
<p>SALUD PSICOLÓGICA Cambios de humor amplios. Emociones frecuentes. Furia expresada externamente o moultos verbales y gritos.</p>	<p>Tendencia a la introspección. Tendencia al enajenamiento cuando está enfadado o han herido sus sentimientos. Duración y tipo de emociones variables y oscilantes. Sentimientos de incapacidad; dificultad para pedir ayuda.</p>	<p>Mayor estabilidad emocional. Mayor capacidad de controlar la furia.</p>

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 (19 años o menos) 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.)

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. 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.

Actualmente hay una mayor permisividad frente a las costumbres sexuales de esos adolescentes que no siempre van acompañada de una información correcta sobre sexualidad y anticoncepción. La responsabilidad de proporcionar esa información se diluye en padres, profesores, profesionales sanitarios etc. , y los jóvenes recurren a sus amigos, libros, revistas y programas de TV, o radio que tienen distintos grados de exactitud y fiabilidad. Ha aumentado su actividad sexual sin prevenir las consecuencias de la misma.

La anticipación de la edad de la menarquía y el descenso de la edad de inicio de las relaciones sexuales, asociado a tabúes, información inadecuada, ideas erróneas, y una baja percepción de cual son las conductas de riesgo sobre todo entre los más jóvenes, se convierten en los principales de esta situación.

El inicio precoz de las relaciones sexuales, viene marcado por factores sociales y familiares, además de por los mencionados factores biológicos. Los adolescentes con problemas familiares y/o de integración social, tienen relaciones sexuales precozmente.

Muchas veces se busca el embarazo como salida a situaciones personales negativas, ven en su hijo la posibilidad de crear una nueva familia, a la que entregar y de la que recibir afecto.

También influyen los factores socioculturales:

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 destacados factores causales que favorecen el inicio precoz de relaciones sexuales y el embarazo adolescente.

Los encuentros sexuales a esta edad no suelen ser premeditados, ni programados con antelación y muchas veces tienen lugar bajo los efectos del alcohol y/o otras sustancias tóxicas, lo que favorece conductas de riesgo para un embarazo no deseado. Como consecuencia a este problema el embarazo implica un elevado costo social, económico y gran cantidad de problemas emocionales (depressiones e incluso suicidios), para estos 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.

O.P.S. O.M.S Publicaciones científicas N° 552 1995 "La salud del adolescente y el joven"

O.P.S "Plan interagencial" Mayo 1999 Boletín D.S.I T.O.S "Diseminación selectiva de información. Tabaco y salud".

ADICCION: Nombre descriptivo para un tipo de enfermedad psiquiátrica (Trastorno del carácter), caracterizado por dependencia excesiva, psicológica, y fisiológica de una sustancia destinada a penetrar al medio interno del organismo, como por ejemplo alcohol.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por **DROGAS:** toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más funciones de éste.

SEGÚN FREIXE especifica sobre droga: "es toda sustancia que introducida en el cuerpo, tenga utilidad terapéutica o no, que sea capaz de producir una modificación en la conducta del individuo condicionado por efectos inmediatos (psicoactivos) o persistentes, de tal naturaleza que existe una evidente tendencia al uso continuado del producto".

ADICCIÓN A DROGAS:

Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga y que se caracteriza por:

- 1- Necesidad invencible (compulsión) de seguir tomando la droga y obtenerla por todos los medios.
- 2- Tendencia a aumentar la dosis.
- 3- Dependencia psíquica y física a sus efectos.
- 4- Efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

DROGA PSICOACTIVA: toda sustancia que introducida en el organismo vivo actúa sobre el sistema nervioso central.

POLITOXICOMANO: es la persona que consume varias drogas simultáneamente o en distintos momentos.

TOXICOMANIA: sujeción, esclavitud, "adicción", es un estado de intoxicación crónica o período engendrado por el consumo repetido de una droga, natural o sintética.

DEPENDENCIA PSÍQUICA: situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración de la droga, para producir placer o evitar molestias.

DEPENDENCIA FÍSICA: Estado de adaptación que se manifiesta por aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico peculiares de cada tipo de droga, que aparece cuando se suspende o reduce la ingesta tras un consumo previo regular.

ABUSO: el uso excesivo de drogas, bien de modo esporádico o continuo, que no guardan relación con una práctica médica aceptable.

TOLERANCIA: Estado de adaptación caracterizada por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de la droga o por la necesidad de un a dosis mayor, para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.

TOLERANCIA CRUZADA: fenómeno por el que la toma de droga origina la aparición de tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo o a veces de otro grupo farmacológico.

FARMACODEPENDENCIA uso abusivo de droga, se caracteriza por dependencia psíquica del agente farmacológico en cuestión, y secundariamente dependencia física.

TERATOGENOS: Se llama teratógeno a cualquier sustancia que cruza la barrera placentaria, daña el embrión o feto y ocasiona defectos congénitos. El momento en que tiene lugar la exposición a los teratógenos es particularmente importante, porque existe un período crítico en que se desarrollan los órganos y partes del cuerpo y durante el cual resulta más dañina la exposición a los teratógenos.

FACTORES DE RIESGO CONDICIONANTES EN LAS CONDUCTAS DE LOS ADOLESCENTES

Los factores de riesgo desde el punto de vista biológico, psicológico, social, cultural o económico, cuya presencia o ausencia incide en la probabilidad que se presenta un problema.

Se destacan:

- Aislamiento.
- Marginación.
- Hacinamiento.
- Violencia doméstica.
- Maltrato.
- Falta de trabajo.
- Hogares con necesidades básicas insatisfechas.
- Condición laboral.
- Carencias y desactualización del sistema educativo.

Estos inciden directamente en la aparición de comportamientos como:

- Delincuencia.
- Prostitución.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Intento de suicidio.
- Suicidio.

En el análisis del uso indebido de sustancias psicoactivas observamos la multicausalidad de su condicionamiento.

Características de éstas condicionantes que inciden:

a) **Ambito familiar:** se observa un deterioro en la calidad de convivencia. Una dilución de los roles paternos que inciden en la ausencia de límites y criterios disciplinarios

El consumo indiscriminado de medicamentos y otras drogas legales (alcohol y tabaco), en el hogar ofrecen modelos identificatorios que estimulan el consumo del joven.

La familia va perdiendo su influencia formativa.

Todas estas dificultades familiares se hallan vinculadas a otras variables, como por ejemplo las económicas. En lo que hace a niveles de ingreso, empleo, desempleo.

b) Medios de comunicación.

Estos juegan un papel importante en tanto difunden y estimulan pautas de consumo.

Generalmente se asocia el consumo de drogas legales, como alcohol y tabaco a estilos de vida deseados por el joven. El arte deporte la belleza física, y el buen vivir suelen ser presentado como el co-relato del consumo. No solo se vende un producto, sino que se difunden las pautas para la "construcción" de un hombre que se adecue al mismo.

Generalmente esas pautas no se corresponden con la realidad de la mayoría a quienes se dirige el mensaje.

La ausencia de legislaciones al respecto, en nuestro medio, es un obstáculo importante, que debiera considerarse a las tareas preventivas, sobre todo teniendo en cuenta que los mayores consumos se corresponden al de drogas legales, que son precisamente, las que éstos medios promocionan.

DECISIONES ACERCA DEL USO DE DROGAS.

En el período transicional de la adolescencia, las personas tienen contacto con diversos comportamientos y estilos de vida. Adoptan ciertas conductas y evitan otras. Una decisión fundamental que hacen se refiere a la participación en los patrones de uso y abuso de drogas.

En realidad, el uso crónico del alcohol y el tabaco es, lamentablemente, un indicio de que ya se es adulto para muchos adolescentes.

Aunque se reconocen como sustancias de abuso que son permitidas por la sociedad, cualquiera de éstas puede producir de leves a moderados efectos euforizantes, estimulantes o ambos y puede llevar a dependencia física y psíquica.

MOTIVACION: Hay diversas motivaciones habituales para el consumo de sustancias de abuso. Los niños y adolescentes las prueban por curiosidad, por "pura diversión". Estas sustancias producen en algunas personas somnolencia, alteración de la conciencia y un sentimiento de poder, de excitación, de aumento de actividad o de confianza. Otros buscan experiencias alucinatorias visuales y sensaciones sexuales. Muchos adolescentes las consumen, además, por influencia de tipo social: porque otros las consumen y porque quieren pertenecer al grupo. Los adolescentes están muy influenciados por las modas de su sociedad y corren grandes riesgos. Además, van en busca de algún medio que les ayude a enfrentarse con el desencanto que les provoca el mundo adulto, con sus preocupaciones sociales y tecnológicas, pero se sienten incapaces de cambiarlo. Buscan escapar de la realidad y alcanzar un sentimiento de cercanía e intimidad con otras personas para eludir el estrés o la toma de decisiones y para formarse una idea de los misterios de Dios, la muerte y la reencarnación.

PROBLEMAS PERINATALES Y NEONATALES POR ABUSO DE SUSTANCIAS

MARIHUANA:

La marihuana es la sustancia ilícita de mayor uso y después del alcohol y el tabaco, la droga de empleo más frecuente durante el embarazo (Informe realizado por Junta Nacional de Drogas Mayo de 2001).

El constituyente activo de la marihuana cruza la placenta y se acumula en el feto.

Datos provenientes de estudios referentes al consumo de marihuana en el transcurso de la gestación, indican que el uso prenatal no incrementa la incidencia de complicaciones obstétricas.

La exposición prenatal a la marihuana también ha mostrado asociación con puntuaciones mas bajas para el desarrollo cognoscitivo y del lenguaje; se detecta en la edad escolar.

NICOTINA:

Fumar puede ser el riesgo más importante conocido para el feto.

La exposición activa o pasiva, es casi universal; más del 88% de las personas no fumadoras tienen concentraciones de cotinina susceptibles de medición en la saliva se conocen bien los efectos de la nicotina que restringen el crecimiento del feto, y se han observado de manera constante la inhibición del crecimiento es en particular pronunciada en el momento del nacimiento y afecta el peso, la talla y la circunferencia cefálica. Los lactantes nacen simétricamente pequeños. La incidencia de tamaño pequeño para la edad gestacional se duplica en lactantes cuyas madres fumaron durante el embarazo.

Casi todos los estudios longitudinales han mostrado que las restricciones de crecimiento observadas en el momento del nacimiento se resolverán hacia los 18 meses y 24 meses de edad. El crecimiento por lo general se pone al día en el transcurso del primer año en lo que refiere tanto al peso como al crecimiento de la cabeza. La talla a menudo se rezaga, y alcanza percentiles normales durante el segundo año.

Los lactantes expuestos a nicotina in útero a menudo muestran signos neurológicos durante el periodo del recién nacido.

Se han observado variaciones de tono, entre ellos hipotonía como hipertonia. Se observan con cierta frecuencia temblores finos y pueden persistir en el primer mes de vida. Se ha descrito disfunción conductual temprana, lo que incluye hiperactividad, orientación inadecuada y alteraciones de la atención, pero esas por lo general son transitorias y rara vez persisten.

Se han informado que los efectos cognoscitivos persisten hasta la edad escolar, como consumo de alcohol y marihuana.

Esta relación se ha informado para otras sustancias de abuso. Se han emitido informes aislados de observaciones como exposición persistente, hemorragia intracraneal aumentada, y cambios estructurales en el cerebro.

El tabaco es adictivo, la Organización Mundial de la Salud a clasificado el fumar como una adicción. "Los cigarrillos y otras formas de uso de tabaco son adictivas. Los patrones de uso de tabaco son reguladas y compulsivas por un síndrome de retiro que acompaña normalmente a la abstinencia de tabaco. El proceso farmacológico y de actitud que determina la adicción de tabaco es similar a aquellos que determinan la adicción a las drogas como la heroína y la cocaína". (Reporte del Cirujano General de EE.UU. 1988).

La nicotina tiene efectos en las recompensas de dopamina al cerebro, sistemas similares a aquellos de drogas como la heroína, anfetamina y cocaína. En una escala de la adictividad de las drogas psicoactivas, se

determinó que la nicotina es más adictiva que la heroína, cocaína, alcohol, cafeína y marihuana.

La acción farmacológica de la nicotina es predominantemente estimulante, con efectos en la activación electrocortical, el corazón y los sistemas endocrinos. La nicotina que recibe el organismo a través del fumado de cigarrillos afecta a casi todos los neurotransmisores del cerebro y los sistemas neuroendocrinos.

La exposición crónica a la nicotina a través del cigarrillo causa cambios estructurales en el cerebro mediante el aumento del número de receptores Nicotínicos.

ALCOHOL:

El alcoholismo es definido como "la ingestión excesiva de alcohol en forma crónica o la intoxicación alcohólica crónica que trae como consecuencia un deterioro de la salud, dependencia y adaptación progresiva a los efectos del alcohol que requiere dosis crecientes del tóxico para poder lograr y mantener el efecto deseado".

Las mujeres abstemias y aquellas que nunca beben más de cinco tragos en cualquier ocasión y beben alcohol menos de una vez por mes frecuentemente son agrupadas conjuntamente, lo que implica que éste nivel de ingestión de alcohol está exento de todo riesgo. Un trago definido como 360 ml de cerveza al 4%, 120 ml de vino al 12% o 45 ml de licor al 80%, el cual contiene 5 ml de alcohol puro.

El criterio para definir el número de tragos capaz de provocar daño fetal no ha sido establecido, pero una ingesta de 30 a 60 ml de alcohol es el margen que parece marcar la transición desde una seguridad relativa a niveles que claramente podrían resultar en un compromiso fetal.

Una definición posible de consumo alcohólico excesivo es la ingesta de más de 45 tragos por mes o episodios en los cuales se beben 5 o más tragos en una sola ocasión.

Las manifestaciones maternas del alcoholismo incluyen: delirios, temblores, cirrosis, y diferentes patrones de posiciones sociales que varían entre una pobreza extrema y el mantenimiento a un elevado status social y entre la ausencia aparente de medios de vida y ocupaciones aparentemente muy productivas.

El sentimiento de culpa y la ansiedad relacionados con los posibles efectos del alcohol sobre el feto puede generar miedos y dudas serias en la embarazada, quien puede abrumar al médico con preguntas y con la exigencia de pruebas que confirmen el estado saludable de su niña.

El diagnóstico de consumo excesivo de alcohol depende casi exclusivamente de la respuesta de la paciente al interrogatorio, a menos que existan signos evidentes de alcoholismo y de intoxicación aguda.

Por lo tanto si el interrogatorio destinado a pesquisar la ingesta alcohólica no ha sido preparado inteligentemente, la paciente puede ocultar el verdadero grado de su ingesta alcohólica.

***Escala de ingestión de alcohol.**

Abstemia/ bebedora infrecuente: las que no beben o las que ingieren menos de 30 ml por mes, y nunca beben más de 3 copas en una ocasión.

Bebedora/ intermedia: incluyen las que beben cuando menos una vez al mes, pero menos de una vez por semana, y nunca más de 5 copas en una ocasión.

Bebedora moderada: incluye un promedio de entre 3 copas por semana y 1 por día, y pocas veces más de 3 o 4 en una ocasión.

Bebedora intensa: las que ingieren un promedio de cuando menos 2 copas al día o a las que toman un promedio de 1 copa diaria y a veces toman 6 en una ocasión o 45 copas o más por mes.

HUJO DE MADRE ADICTA

DEFINICION: El hijo de una madre adicta es un niño cuya madre ha ingerido sustancias que pueden causar síntomas de abstinencia neonatal la constelación de signos y síntomas asociados con la abstinencia se denomina síndrome de abstinencia neonatal.

Las drogas de adicción tienen un bajo peso molecular y en general son hidrosolubles y lipofílicas. Estas características facilitan su pasaje a través de la placenta y la acumulación en el feto y el líquido amniótico. La vida media de las drogas suele ser más prolongada en el feto que en el adulto.

La mayor parte de las drogas de adicción se fijan a diversos receptores o provocan la liberación y la recaptación de distintos neurotransmisores. Esto puede tener un efecto prolongado sobre las estructuras dendríticas en desarrollo. Además, algunas drogas son directamente tóxicas para las células fetales. El feto en desarrollo también puede ser afectado por los efectos fisiológicos de una droga.

Los efectos directos e indirectos de las drogas sobre el sistema nervioso central en desarrollo tienen una importancia predominante.

PRINCIPIOS DEL DESARROLLO DEL CEREBRO FETAL.

El desarrollo del sistema nervioso central se fundamenta en una compleja organización de interacciones entre genes y ambiente, expresada en una serie de programas de desarrollo específicos. La prolongada maduración del sistema nervioso central confiere un continuo de vulnerabilidad

biológica al cerebro en desarrollo, que empieza hacia los veintiocho días después de la concepción con la formación del tubo neural, y continúa durante toda la gestación, lactancia y niñez. Por ende, las consecuencias de un fenómeno adverso para el sistema nervioso central por exposición a tóxicos sobre el desarrollo tienen relación directa con el momento en que ocurre dicha exposición durante la gestación.

En el aspecto neuropatológico hay dos clases amplias de trastornos del desarrollo en el sistema nervioso central distinguibles: 1) los que sobrevienen durante la primera mitad de la gestación, que afectan la citogénesis y la migración de células, 2) los que sobrevienen durante la segunda mitad de la gestación, que afectan el crecimiento del cerebro y la diferenciación del mismo. Durante la fase organizacional de la segunda mitad de la gestación, los fenómenos progresivos (por ejemplo maduración neuronal, crecimiento axónico y extensión de procesos)

Y los regresivos (por ejemplo muerte celular programada, poda de dendritas y axones conforman de manera crítica la maduración del sistema de circuitos cerebrales. Conforme se entienden más los fenómenos celulares y moleculares que fundamentan el desarrollo del cerebro fetal, también aumentará la comprensión de la manera en que la exposición a drogas in útero puede alterar los programas para el desarrollo del cerebro, con consecuencias tanto temporales como duraderas sobre la estructura del sistema nervioso central y la función del mismo.

La embarazada drogadicta, puede perturbar el establecimiento del sistema de circuitos, y la comunicación neuronal, del cerebro fetal durante periodos críticos del desarrollo, lo que da pie a malformación molecular. En esos lactantes, se evita que la estructura y la función del cerebro sigan sus programas de desarrollo normal.

Esta distinción que el cerebro del lactante expuesto a sustancias de abuso in útero puede estar malformado, no deformado, es una importante extensión de los principios de la teratogénesis, que puede dirigir el pensamiento en el área clínica respecto a prevención terapéutica de minusvalidez gestacional inducida por drogas e intervención para la misma apropiadas.

ROL DE ENFERMERIA CON ADOLESCENTES EMBARAZADAS ADICTAS

El embarazo en adolescentes puede prevenirse y la profesión de enfermería está situada en un lugar ideal para asumir el liderazgo en este sentido dentro de la comunidad, tanto en consultas de enfermería como en planes de educación de los centros de estudio. Nuestra posición en la comunidad facilita conocer sus necesidades y sus características sicosociales y económicas. Debemos investigar los factores y conductas de riesgo como: delincuencia, vagancia, deserción escolar, drogadicción, alcoholismo, promiscuidad sexual, embarazo temprano etc.; y después diseñar

programas y estrategias de prevención conjuntamente con el resto del personal sanitario.

El rol de enfermería en las actividades de prevención del embarazo adolescente comienza con prevención primaria, proporcionando información sobre sexualidad y anticoncepción lo más completa y adecuada posible, como así también detectar y educar en los casos de adicciones en embarazadas adolescentes, dando a conocer los múltiples riesgos a los que se enfrenta el binomio madre-hijo, teniendo en cuenta el abordaje sutil de la misma para poder detectar las necesidades, intereses y problemas siendo el nexo neutral al que pueden acudir en busca de conocimientos y de atención sanitaria. Se deberá tener presente que todo adolescente debe contar con redes de apoyo que los protejan (familia, colegio, grupo de pares) le entreguen afecto, un espacio donde se sienta querido, valorado, escuchado, comprendido, donde se fomente el autoconocimiento y se de información acerca de los cambios que está experimentando, esto dará la seguridad y tranquilidad de no ser diferente a los demás. Además esas redes deben ayudarlo a desarrollar su potencial mediante la enseñanza de destrezas que eleven su autoestima y fomenten la confianza en sí mismo y un comportamiento y manera de comunicarse más asertiva. El adolescente requiere que se le guíe para aprovechar su tiempo libre y se le oriente para tomar decisiones (a veces fundamentales para su futuro), se le enseña a reflexionar acerca de los desvalores que la sociedad y medios de comunicación promueven y hacen aparecer tan atractivos. También que se le permita aclarar sus propios valores ya que éstos guiarán su conducta.

Todas las destrezas que el adolescente adquiriera lo ayudarán hoy y en el futuro.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: Está dirigido a determinar como es o como está la situación de las variables que deberán estudiarse en una población.

La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y, en quienes, dónde y cuando se está presentando determinado fenómeno.

Retrospectivo: Son aquellos en los que el investigador indaga hechos del pasado.

De corte transversal: Se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Según Fayad Camel es “la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada”.

Muestra: Es una parte o sub-conjunto de la población.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia. El investigador selecciona su muestra según sus objetivos y elementos que la integran, considerando aquellas unidades supuestamente típicas de la población que desea conocer.

VARIABLES

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Variable: Es una entidad abstracta que adquiere distintos valores, se refiere a una cualidad, propiedad o características personales o cosas en estudio, varía de un sujeto a otro o en un mismo sujeto en momentos diferentes.

Variable independiente: Es aquella que explica, condiciona o determina el cambio en los valores de la variable dependiente.

Variable dependiente: Fenómeno o situación explicados, o sea que esta en función de otra. Es el resultado esperado.

Variable cualitativa: Es aquella que se refiere a propiedades de los objetos en estudio, sean animados o inanimados.

Variable cuantitativa: Es aquella cuya magnitud puede ser medida en términos numéricos.

Escala de medición de variables: Existen cuatro clases de escalas que representan los diferentes tipos de medición:

- Nominal (consiste en clasificar los objetos de estudio según las categorías de una variable).
- Ordinal (se utiliza para clasificar los objetos, hechos o fenómenos en forma jerárquica según el grado que posee una característica determinada)
- De intervalo (son aquellas en las cuales las distancias numéricas iguales representan distancias iguales con respecto a la propiedad que se está midiendo).
- De razón o proporción (contiene las características de una escala de intervalo con la ventaja de poseer el 0 absoluto)

**TABLAS DE CLASIFICACIÓN Y ESCALA DE MEDICIÓN
DE VARIABLES.**

VARIABLES	CLASIFICACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa	Continua
Droga de elección	Cualitativa	Nominal
Edad de inicio	Cuantitativa	Continua
Actividad que realiza	Cualitativa	Nominal
Nivel de instrucción	Cualitativa	Ordinal
Con quién vive	Cualitativa	Nominal
Conoce los efectos del consumo en ella y en el bebe.	Cualitativa	Nominal
Información brindada por el Licenciado en Enfermería.	Cualitativa	Nominal

DIAGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES	TIEMPO (meses)			
	Marzo a Septiembre de 2000.	Marzo a Mayo de 2000	Mayo de 2000 a Mayo de 2001	Mayo de 2001
Revisión bibliográfica	→			
Selección del problema	→			
Elaboración del protocolo		→		
Rcolección de datos y aplicación del instrumento				→
Análisis de datos				→
Redacción y presentación del informe final				→

BIBLIOGRAFIA

- Burrow Ferris 1997 "Complicaciones Médicas durante el embarazo" - Editorial Panamericana.
- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas "Toxicología en embarazadas Vol.2/1993. Editorial Interamericana.
- Clínicas Pediátricas de Norteamérica - Vol. 2/1995 "Abuso de sustancias tóxicas"
- Clínica de Perinatología. "Exposición Prenatal a Drogas y resultados en el niño". 1999
- Killan Allen P. - Alcohol- Medicina Clínica en Obstetricia
- Glecker - Editorial Médica Panamericana 1ª. Edición Enero 1989.
- Toledo V. - Luengo M. "Adolescencia Tiempo de Decisiones" 1994
- OPS - OMS Publicaciones científicas N° 552 -- 1995 "La salud del adolescente y del joven" - Editores: Madaleno M , Munist M y otros.
- Revista Uruguay de Enfermería. Set. 1997 "Embarazo adolescente".
- Revista Uruguay de Enfermería - Octubre 1993. Canetto A. (Psicóloga) Garay M (Lic. en Enf.)
- Unicef - Octubre 1994 - Documento Especial N° 3 MSP. "Adolescencia Salud Integral y Embarazo Precoz".
- Internet: www.who.org marzo 2001.
- Steven E. Hyman - Manual de Urgencia Psiquiátrica - 3er Edición Editorial Masson.
- Hoffing- Leininger - Bregg - Enfermería Psiquiátrica.
- Organización Panamericana de la Salud - Plan Interagencial- Mayo 1999 Boletín DSI-TOS .Diseminación selectiva de información Tabaco y Salud.

ANEXOS

11 - Te han informado de los efectos del tabaco, alcohol y marihuana en el embarazo y en el bebé? SI

NO.....

_Quién te brindó dicha información?.....

12- Quieres agregar algo más?

13 _Tienes alguna duda que podamos aclarar?

SI

NO.....

ANEXO N° 2

INSTRUCTIVO DE LA ENTREVISTA

Presentación: Se informará al entrevistado quienes somos, el objetivo del trabajo, la importancia de abordar el tema para los adolescentes, el carácter anónimo de la entrevista y la utilidad de su colaboración.

Entrevista: Instrumento seleccionado para la recolección de datos, que fundamenten el objetivo de la investigación. A través de ella identificaremos la realidad a la que nos enfrentamos acerca de las adicciones en embarazadas adolescentes, del Instituto Nacional del Menor, Hogar Juana

de Ibarbourou, policlínica Coordinado del Cerro.

De ésta forma conoceremos el tratamiento o enfoque del problema que realiza nuestro sistema de salud y el profesional de enfermería como miembro del equipo interdisciplinario. La entrevista será semi abierta, planteando los lineamientos generales de nuestro interés, permitiendo un diálogo fluido sin intimidar a la usuaria.