



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE



CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE REALIZAN SU CONTROL EN LA POLICLÍNICA LUISA TIRAPARÉ EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL 2012

Autoras:

Silvana Anchaño
Leticia Fagundez
Maira Martínez
Valeria Medina
Florencia Monmbelli

Tutores:

Prof. Agdo. (s) Lic. Esp. Sandro Hernández

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

Montevideo, 2012

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro profundo agradecimientos a familiares y amigos que a lo largo de este trayecto nos han acompañado e hicieron posible cumplir con nuestras metas.

Extendemos este agradecimiento al tutor Prof. Agdo Esp Lic. Sandro Hernández, a los responsables de la policlínica Luisa Tiraparé que hicieron posible llevar a cabo esta investigación.

INDICE

Introducción.....	Pág. 3
Fundamentación, justificación, y antecedentes.....	Pág. 5
Objetivos general, específicos.....	Pág. 11
Marco teórico.....	Pág. 12
Diseño metodológico.....	Pág. 24
Presentación de Resultados.....	Pág. 25
Análisis.....	Pág. 29
Conclusión.....	Pág. 33
Sugerencias.....	Pág. 34
Bibliografía.....	Pág. 35
Anexos.....	Pág. 36

INTRODUCCIÓN

El presente estudio fue realizado por 5 estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería, cursando la carrera de Licenciatura en Enfermería habiendo cumplido con los requisitos teóricos-prácticos necesarios para culminar con la misma. En el período comprendido entre octubre y noviembre del 2012.

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar a las adolescentes embarazadas según la semana de gestación en la que realizaron su primer control del embarazo, identificando si la captación fue precoz, intermedia y tardía así como también en la etapa de la adolescencia que las mismas se encuentran.

La misma tuvo como marco de aplicación la policlínica Luisa Tiraparé del servicio de asistencia a la salud (SAS), de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM).

Debido al incremento de los embarazos que ocurren durante la adolescencia en el Uruguay, especialmente en los últimos años y fundamentalmente en las clases sociales más bajas de la población se considera importante conocer las características de las adolescentes que realizan el control de su embarazo en dicha policlínica.

El tipo de estudio realizado fue descriptivo y el instrumento utilizado para la recolección de datos para llevar a cabo este trabajo fue una encuesta cerrada cuyo contenido nos permite caracterizar a las embarazadas según lo antes mencionado.

Mediante la investigación se obtuvo que el mayor porcentaje de la población de estudio predomina la adolescencia tardía y las mismas realizan el control del embarazo de forma precoz presentando éstas nivel de estudio medio, en su gran mayoría no presentan hijos, cursan un embarazo no planificado pero si

aceptado, residen en hogares numerosos mostrando dependencia económica de la misma, viven a más de 10 cuadras de la policlínica.

Si bien el grupo tardío le corresponde el menor porcentaje de la población de estudio es donde se observa una mayor influencia de las variables sobre el control del embarazo presentando las mismas primarias incompletas, poseen hijos, viven a menos de 10 cuadras de la policlínica, embarazo actual no planificado dado por falla anticonceptiva.

La limitación que presenta esta investigación radica en que las conclusiones a las que se llegaron no permiten generalizar resultados a todas las adolescentes, pues éstas comprenden un cierto porcentaje de la población de adolescentes embarazadas del país y no es posible trasladar los resultados de nuestra investigación a toda la ciudad de Montevideo y al resto del país.

El tiempo que insumió la investigación comprendió el período entre el 30 de octubre y el 20 de noviembre de 2012.

FUNDAMENTACIÓN, JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

Fundamentación

La adolescencia es considerada una etapa crucial en la vida del ser humano, situación que puede volverse más compleja si se cursa ésta con un embarazo, lo cual puede traer consigo múltiples riesgos biopsicosociales al binomio.

Se entiende como adolescencia la etapa de la vida que actúa como un puente entre la niñez y la adultez donde ocurren cambios físicos, biológicos y psíquicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS¹), define adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones patológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socio económica

En conjunto la OMS, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) establece que la misma se extiende entre los 10 años de vida hasta los 19, dividiendo este período en sub etapas las cuales son: adolescencia temprana, adolescencia media y adolescencia tardía.

Esta etapa del ciclo vital es considerado un período de crisis ², es el momento donde el niño- niña adquiere características secundarias y llega a tener un cuerpo adulto con la capacidad de procrear, en la cual se define aspectos como identidad, personalidad y adquiere independencia así como madurez física y mental.

El embarazo adolescente³ es aquella gestación que se lleva a cabo en mujeres menores de 20 años, la misma por si sola es una crisis vital, por lo cual se considera al embarazo adolescente una crisis dentro de otra crisis.

¹ El embarazo adolescente accesible en http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm

el. Adolescencia normal cap. 2 Normalidad y patología en la adolescencia, 1971 Arminda Aberastury y Mauricio Knob

³ Revista Chilena de obstetricia y ginecología. Accesible en pág. web www.scielo.cl

El embarazo en la adolescencia es vivido como doble vertiente, aparecen rasgos ambivalentes surge un conflicto entre el querer y no querer. La necesidad de prevenir un embarazo no es la prioridad entre los adolescentes, y el mismo no es producto de falta de información de cómo evitarlo. El mismo puede deberse a una etapa de rebeldía , además un hijo en muchas situaciones es visto como alguien a quien querer que dependerá de ella y al mismo tiempo le otorga a la adolescente un estatus entre sus pares lo cual la distingue, esto ocurre sin ser conscientes de los cambios que genera un embarazo entre éstos, se observa una deserción escolar aunque en estudio reciente se observó que existe un gran número de embarazadas con deserción escolar previo al embarazo, lo cual conduce a una formación académica insuficiente en el momento de ingresar al campo laboral lo cual conlleva a una dependencia económica por parte de los padres de éstos.

Teniendo en cuenta estos factores se puede pensar que el comienzo y el control del embarazo pueden o no verse afectados, lo cual determina la importancia de conocer las características de las adolescentes embarazadas y el comienzo del control del mismo así como el seguimiento durante los meses de gestación lo cual es beneficioso para el binomio.

Realizar una investigación de esta índole es de utilidad para enfermería ya que por medio de la misma se pretende conocer las características actuales de las adolescentes embarazadas y determinar cuándo éstas comienzan a controlar su embarazo, además de poder implementarnos en los actuales programas de salud pública enfocado hacia este tema, en lo que refiere al control precoz y seguimiento del embarazo. Se entiende que la captación precoz de un embarazo es favorable en el crecimiento y desarrollo del niño que va a nacer, así como detectar patologías de manera precoz, brindar información a la futura madre, prevenir próximos embarazos, fomentar una maternidad responsable. Además se aportan datos relevantes para la formulación de programas sanitarios.

⁴ Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el Uruguay, 2011, accesible en <http://www.msp.gub.uy>

Justificación

Los adolescentes entre 10 y 19 años representan en Uruguay una proporción significativa de la población. El 18% (539.003⁵) de la población del país es adolescente.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública con un incremento de incidencia en Uruguay y en sus alrededores, aunque se ha visto una disminución de la tasa global de fecundidad desde el año 1975*⁶ a nivel mundial. Tomando como referencia dicho año, la tasa de fecundidad en adolescentes del Uruguay ha ido en ascenso, actualmente su valor ha permanecido constante con un leve incremento de 63 a 64 por 1000 mujeres.

En países como Brasil se observa un incremento notorio de 58 a 71 por 1000 mujeres, en Argentina se percibe un leve descenso de 68 a 62 por 1000 mujeres, siendo una cifra no significativa y en América del sur se observa un incremento de 72 a 81 por 1000 mujeres.

El 16% de los embarazos que se registran en todo el país ya sea en el sector público o en el privado, ocurren en adolescentes. En Montevideo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell el 22 % de los embarazos que se atienden son en menores de 18 años, y 1 de cada 4 mujeres vuelven a quedar embarazada antes de cumplir la mayoría de edad, habiendo un incremento en adolescentes que cursan un embarazo siendo menores de 14 años situación que es aún más preocupante en los últimos años.

Un aspecto fundamental en el embarazo es el control del mismo, siendo éste efectivo en cantidad y calidad*⁷. Durante el control prenatal se pretende orientar, prevenir, eliminar factores de riesgo, descubrir problemas, prevenir situaciones adversas. De aquí la importancia de la detección precoz para

⁵ INE accesible en <http://www.ine.gub.uy>

⁶ Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el Uruguay, 2011, accesible en <http://www.msp.gub.uy>

⁷ Accesible en <http://www.maternofetal.net/3prenatal.html>

prevenir complicaciones, disminuir la morbi-mortalidad materno infantil, orientar y preparar a la futura madre*. Estadísticas demuestran que las adolescentes comienzan el control del embarazo a partir del primer trimestre llegando a culminar el mismo sin ningún control o un número menor a 5 controles lo cual se define como embarazo no controlado*⁸.

Antecedentes

Para la realización del mismo se realizó una revisión de estudios realizados en nuestro medio por parte de estudiantes del Ex Instituto Nacional de Enfermería. Entre los mismos se halló un estudio que se realizó en el CHPR⁹ donde se evaluaron 101 adolescentes embarazadas que concurren al control de su embarazo durante el período mayo-junio de 1999, para determinar las características de las adolescentes embarazadas según las diferentes etapas de la adolescencia y su relación con el primer control de su embarazo. En el mismo se incluyeron todas las adolescentes que concurren los días lunes, miércoles, viernes en el horario de 8 a 12.

Se evaluaron variables como edad teniendo en cuenta la etapa de la adolescencia, primer control, estado civil, ocupación, antecedentes obstétricos, procedencia, nivel de instrucción, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, núcleo familiar, sentimientos frente al embarazo. La población estudiada presentó una media de edad de 16,3 años coincidiendo con la etapa final de la adolescencia donde se encontró el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas.

En lo que refiere al control prenatal el mismo es normal (de 9 a 16 semanas), siguiendo el control tardío (17 semanas en adelante) y por último el control precoz (2 a 8 semanas). Se observó que a menor edad la adolescente realiza el control de su embarazo más tardíamente, mientras que en la etapa final lo

⁸ Revista chilena de obstetricia y ginecología accesible en <http://www.scielo.cl>

⁹ Biblioteca de Facultad de Enfermería, UNELAR, TESIS

realizan en el control normal. Según la procedencia el 73% residían en Montevideo y el 27% del departamento de Canelones.

Teniendo en cuenta el estado civil existe un predominio de adolescentes solteras y en unión libre.

En cuanto a la ocupación hay un bajo porcentaje que estudian y trabajan, siendo dependientes de sus padres y o pareja. En el nivel de instrucción se observa un alto porcentaje con primaria incompleta y un bajo porcentaje cursando secundaria. Referente a los antecedentes; no presentaron antecedentes personales, en cuanto a los obstétricos se observó un alto porcentaje de abortos en la etapa tardía. Con respecto al núcleo familiar en la etapa tardía tienden a independizarse y vivir con sus parejas y en etapas tempranas se observa que conviven con sus padres y pareja.

En lo que refiere al sentimiento frente al embarazo la adolescente minoritariamente lo planificó y espero y en muchas situaciones no es esperado pero bien aceptado.

En el hospital¹⁰ de la mujer en el CHPR en enero de 2002, en una muestra constituida por 91 puérperas adolescentes se estudió la diferencia entre primigestas y multigestas en cuanto a las características del control prenatal. Se estudiaron variables como edad materna, número de gestas anteriores, estado civil, nivel educativo, ocupación y estado gestacional del primer control.

El 64% correspondió a puérperas adolescentes primigestas y el 36% de puérperas multigestas. Una amplia mayoría de la muestra presenta edades mayores a 16 años. La edad promedio en primigestas es de 17 años y en multigestas de 18 años. La mayoría de las puérperas multigestas presentan pareja (73%), a diferencia de las puérperas primigestas que un 50% presentan pareja. El 12% de las adolescentes no completaron los estudios primarios y el 80% se encontraban desocupados. El 38% de puérperas primigestas y el 46% de puérperas multigestas realizan el control de forma precoz. Primigestas y multigestas realizan el control prenatal en forma inadecuada en cuanto a la

¹⁰ Accesible en <http://www.monografias.com>

precocidad y periodicidad ya que la mayoría consulta en forma tardía y con una baja frecuencia en los dos primeros meses de embarazo, se observa un cambio conductual en el noveno mes mejorando la frecuencia de los controles.

OBJETIVOS

- Objetivo general

Describir las características de las adolescentes embarazadas, que realizan su primer control en la policlínica Luisa Tiraparé, durante el período comprendido entre el 30 de octubre y el 20 de noviembre del 2012

- Objetivo Específicos

Caracterizar la población de estudio según variables socioculturales.

Agrupar a la población de estudio teniendo en cuenta si el primer control fue precoz, intermedio y tardío

Determinar las características de los tres grupos de adolescentes.

MARCO TEORICO

ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

La adolescencia es un período de crisis, un momento crucial en el desarrollo del ser humano, se logra un cuerpo apto para la procreación y se produce la estructuración definitiva de la personalidad.

Es un período en el cual se consolida la propia identidad.

Nos referimos a la misma como la capacidad del individuo de reconocerse a sí mismo en tiempo y espacio; su imagen corporal; recordarse en el pasado; proyectarse en el futuro con vínculos de integración social inicialmente con figuras paternas y posteriormente con otros. *

PUBERTAD EN LAS MUJERES

Se marca con la menarca, prueba que el sistema hormonal ha comenzado a funcionar.*

En la parte baja del cerebro se encuentran dos órganos estrechamente relacionados: el hipotálamo, que es el centro de regulación y del control y la hipófisis que es el director de todo el sistema hormonal.

Hacia los 7 u 8 años, la hipófisis estimulada por el hipotálamo, se pone en funcionamiento y secreta dos hormonas, la hormona folículo estimulante (FCH) y la hormona luteinizante (IH).

Con el aumento progresivo de esas dos hormonas, los órganos sexuales, los ovarios, se ponen en funcionamiento. Éstos a su vez están estimulados por la FSH y la LH, secretarán dos hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, todo esto se realiza en forma lenta, y poco a poco los genitales femeninos van madurando para poder llevar a cabo la instalación de la función reproductiva.

El primer papel de los estrógenos es de producir la aparición del vello y estimular el crecimiento de los pechos, en el siguiente orden: *

- 1- Aparece el vello púbico alrededor de los labios mayores y se observa también como sobresale ligeramente la papila de la mama.
- 2- Mientras el vello que recubre el pubis se va espesando, despuntan ya los botones de los pechos.
- 3- Los senos crecen progresivamente pero todavía no se desarrolla ni el pezón ni la areola.
- 4- El pecho se forma con la areola (es la zona de piel que es algo irregular que rodea el pezón) que se extiende y se oscurece, y el pezón, que aumenta de tamaño y sobresale; el vello del pubis se hace más espeso y se extiende. Suele ser en ese momento cuando llega la primera menstruación.
- 5- Los pechos se desarrollan completamente, se marcan con precisión los contornos y aparece vello en las axilas.

Estas transformaciones demoran como dos años.

DESARROLLO SEXUAL

El efecto emocional de las experiencias sexuales durante este período puede tener repercusiones en la escuela, tanto de los estudiantes que intervienen como los compañeros que le rodean.

Cerca del 60% de los adolescentes solteros, hombres o mujeres, ha tenido relaciones sexuales antes de los 19 años.

En esta etapa deben consolidar su identidad sexual y sentirse a gusto con ella. Para los demás ser diferente les puede causar problemas en su desarrollo emocional y social.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo adolescente es aquel que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años.*

Las causas son las relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.

No existe una contracepción 100% efectiva más que la abstinencia sexual para prevenir el embarazo.

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente antes de ser emocionalmente maduros.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de quedar embarazadas incluye:

- Tempranos contactos sexuales
- Uso temprano del alcohol, tabaco y las drogas, deserción escolar, carencia de grupo de apoyo o pocos amigos
- Carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias
- Percibir pocas oportunidades de éxito
- Vivir en comunidades y/o escuelas donde los embarazos adolescentes son comunes
- Crecer en condiciones de pobreza
- Haber sido víctima de abusos sexuales, o ser hijas de madres adolescentes.

Los síntomas de embarazo incluyen:

- Falta del período menstrual
- Agotamiento
- Aumento del tamaño de las mamas
- Distensión abdominal
- Náuseas y vómitos
- Aumento de peso (al principio puede haber una pérdida relacionada a náuseas y vómitos)
- Mareos y desmayos.

Al examen pélvico las paredes vaginales aparecen decoloradas o de color azul morado, cérvix reblandecido, ablandamiento y ampliación del útero.

Las pruebas de embarazo en sangre y orina son positivas.

Mediante ultrasonido se confirma el embarazo así como fecha precisa del mismo.

Muchos adolescentes no esperan quedar embarazadas, y éstas lo niegan hasta que los signos del mismo son evidentes.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más probabilidad de tener más hijos, y éstos a su vez tienen menos probabilidad de recibir apoyo de sus padres biológicos, completar su educación, el trabajo de algún tipo de vocación, y establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para preverse por sí mismos.*

Aspectos orgánicos

La fecundidad presenta mayores riesgos asociados para la madre y el hijo.

Hay una máxima incidencia entre los 13 y 15 años. El embarazo adolescente no es un indicador de riesgo automático, hay que particularizar la situación.

El embarazo en este grupo etario se presenta como un evento no programado, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, lo que lleva a un control prenatal tardío o insuficiente, acompañado de carencias nutricionales y bajo peso.

El embarazo es más complicado cuanto más cerca de la menarca se encuentra, recién después de 3 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva, si se inicia antes de los tres años, es un embarazo de alto riesgo.

Desde el punto de vista endocrinológico, el eje hipotálamo-hipofisario es inmaduro durante los 3 primeros años siguientes a la menarca, por lo cual las menstruaciones son irregulares; el útero es de menores dimensiones; el esqueleto no ha terminado de adquirir su tamaño definitivo, destacándose la pelvis que no tiene la inclinación y sus diámetros están en el límite de la normalidad, esto lleva a dificultades e inadecuaciones feto-maternas que lo hace un embarazo de alto riesgo.

Aspectos sociales que influyen en el embarazo adolescente

Los mandatos culturales, marcan las conductas de los sexos, más los socioeconómicos, lo educacional, y lo familiar como soportes ideológicos configuran una compleja trama de relaciones que nos hace pensar en el embarazo adolescente como un emergente, como la somatización de todos estos aspectos.*

Aspectos sociales que influyen:

- A) El núcleo familiar
- B) Educación formal
- C) El entorno socioeconómico

CONTROL PRENATAL

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el

objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el nacimiento.
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- precoz
- periódico
- completo
- de amplia cobertura

PRECOZ: tratando que sea en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

PERIÓDICO: la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo.

COMPLETO: los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud.

AMPLIA COBERTURA: solo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo de tecnología sensibles que enuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

Es importante que la embarazada comience su control prenatal en el primer trimestre, es decir que a la falta de menstruación durante dos períodos consecutivos concurra al servicio de salud.

El comienzo del control en los tres primeros meses de embarazo es de gran importancia, ya que pueden garantizar que el desarrollo del embarazo sea dentro de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo.

Captación del embarazo

Precoz: Hasta las 13.6 semanas a partir de la fecha de amenorrea.

Intermedia: entre las 14 y las 23.6 semanas.

Tardía: a partir de las 24 semanas.

Además de la captación precoz se requiere que los controles subsiguientes se realicen en forma periódica.

En embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- 1 vez por mes hasta el sexto mes
- 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes
- 1 vez por semana hasta el nacimiento.

Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Aplicando en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencias y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales.

Además de la reducción de algunos puntos de la tasa de mortalidad perinatal y materna que pueden lograrse por la inclusión del control prenatal extensivo en los programas materno infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir pero no menos importantes.

Alejar las dudas de las gestantes, despejar los miedos y tabúes, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, crear una actitud más positiva hacia la maternidad, hacia el espaciamiento de los hijos, y mejoramiento de los hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control crecimiento y desarrollo uterino del niño, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar a conocer el plan de vacunación, son ejemplos de beneficios colaterales.

Son barreras para el control perinatal efectivo:

- El costo, cuando no es gratuito para la usuaria; a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdidas de horas laborales entre otros.
- La inadecuada capacidad del sistema de salud.
- Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control.

- Barreras de orden cultural.
- Insensibilidad geográfica.
- Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control.

El primer control prenatal incluye un interrogatorio que realiza el profesional en forma muy cuidadosa, acerca de los antecedentes de la embarazada y su familia.

Estos datos se registran en la sección prenatal del registro básico de salud perinatal y pediátrica elaborado por el MSP como así también, datos del examen clínico y de laboratorio.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Clasificación	Categoría
Etapa de la adolescencia	Etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales	Etapa que cursa su adolescencia	Cualitativa ordinal	Adolesc. Temprana (10-13) Adolesc. Media (14-16) Adolesc. Tardía (17-19)
Procedencia	Origen de una persona.	Distancia en cuadras desde su casa hasta el centro asistencial	Cuantitativa nominal	Menos de diez cuadras Mas de diez cuadras
Nivel de instrucción	Grado más alto de estudios cursados en la educación formal.	Grado mas alto cursado por una persona	Cualitativa ordinal	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Terciaria incompleta Terciaria completa
Estado civil	Condición de una persona según el código civil	Convivencia con pareja o no según declaración de la propia puérpera	Cualitativa nominal	Soltera Unión libre Casada Divorciada Viuda
Ocupación	Empleo, oficio, actividades remuneradas o no diarias de la embarazada.	Tareas, desempeño de actividades diarias de la embarazada según su	Cualitativa nominal	Trabaja No trabaja Estudia No estudia

		realización.		
Estructura Familiar	Núcleo familiar que comparte un hogar que incluye la cantidad de convivientes y el pertenezco que existe entre ellos en relación con un jefe de hogar .	Grupo de personas que viven bajo un mismo techo que comparten o no lazos sanguíneos.	Cualitativa nominal	Padres y hermanos Padres, herm. Otros Padre o madre y herm. Padre o madre e hijo/s Padres, herm. Pareja Padres y pareja Pareja Pareja e hijo/s Pareja, otros Sola Institución
Ingreso económico	Todas las ganancias que ingresan al núcleo familiar	El o los ingresos del núcleo familiar de la adolescente embarazada	Cualitativa nominal	Salario Asignación familiar Pensión por enfermedad Plan de equidad
Antecedentes Personales	Son patologías agudas y/o crónicas padecidas por el individuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular • Respiratorias • Salud mental • Patologías metabólicas • No concurren • Otros 	Cualitativa nominal.	Presenta No presenta
Edad gestacional	Edad estimada del feto utilizando el primer día del último período menstrual normal, expresado en semanas	Edad estimada del feto utilizando el primer día del último período menstrual normal, expresado en semanas	Cuantitativa Continua	1° TRIMESTRE <ul style="list-style-type: none"> • 4 a 8 semanas • 9 a 12 semanas 2° TRIMESTRE

	completas.	completas al primer control de embarazo.		<ul style="list-style-type: none"> • 13 a 17 semanas • 18 a 24 semanas • 22 a 25 semanas <p>3° TRIMESTRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26 a 30 semanas • 31 a 35 semanas • 36semanas en adelante
Sentimiento frente al embarazo	Todo estado de ánimo generado frente al embarazo	Sentimiento referido por la adolescente embarazada	Cualitativa nominal	Alegría Tristeza Angustia Ansiedad Preocupación

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Descriptivo transversal.¹¹

Población de estudio: Todas las usuarias adolescentes embarazadas que concurren a la policlínica Luisa Tiraparé, en el período comprendido entre el 30 de octubre al 20 de noviembre del 2012.

Ejecución: Se solicita autorizaciones correspondientes para la implementación de la investigación y luego se lleva a cabo una encuesta validada, de tipo exhaustiva directa en la sala de espera, se tiene en cuenta todos los aspectos éticos de una investigación

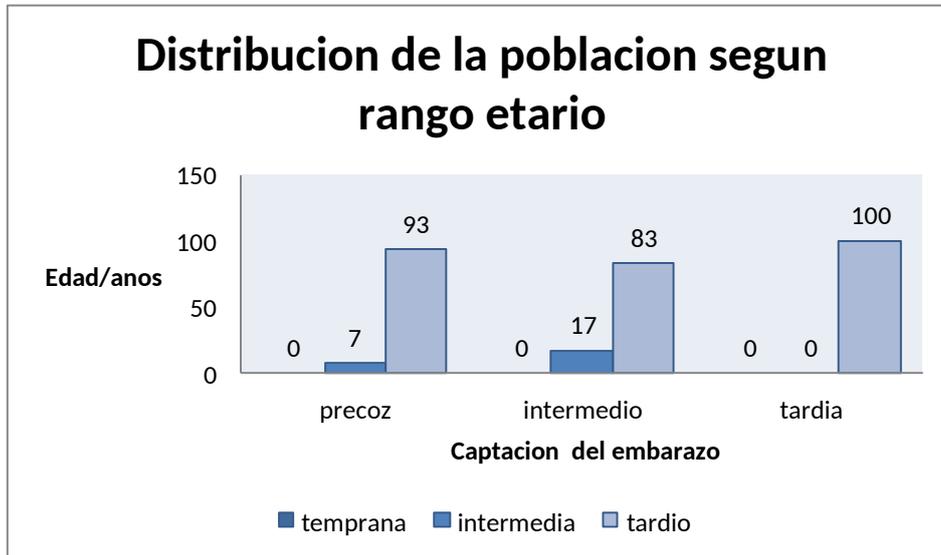
Tabulación y análisis: Con los datos obtenidos se realizaron tablas de doble entrada univariada y bivariada, en las cuales reflejan las variables y las veces que se repiten en forma de frecuencia relativa. Las mismas se presentan en graficas en barras.

Se realiza un análisis interpretando la caracterización de la población de estudio y contrastándolo con el marco teórico.

¹¹Metodología de la investigación, H. Sampieri, 1998

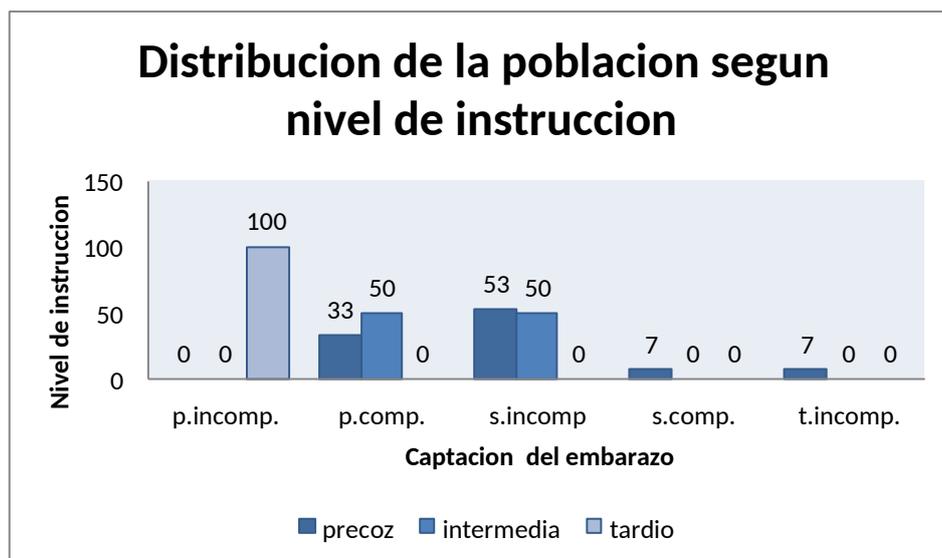
RESULTADOS

Gráfico N° 1:



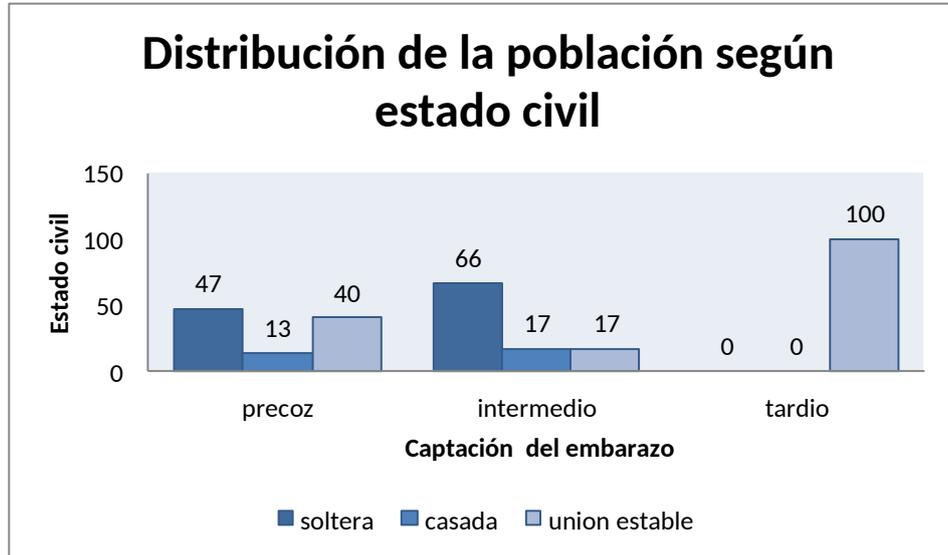
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 2:



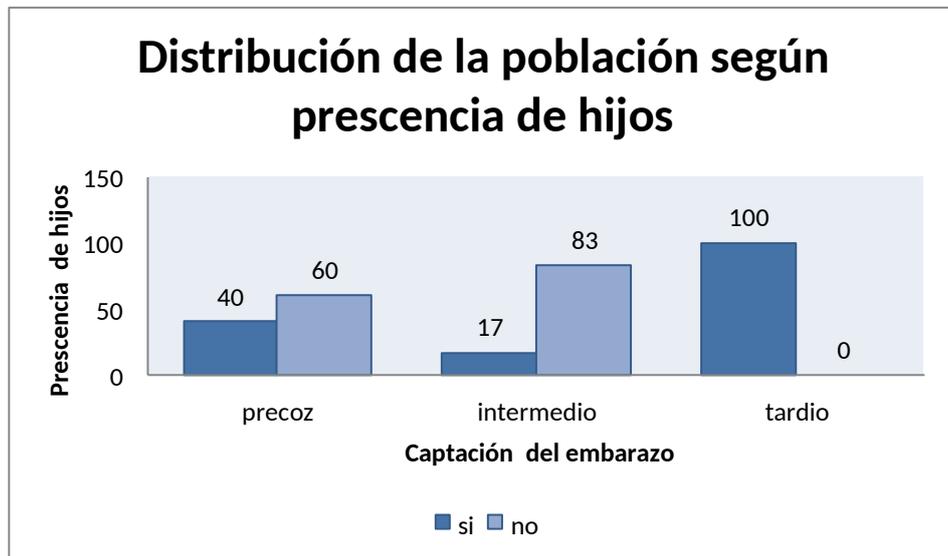
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 3:



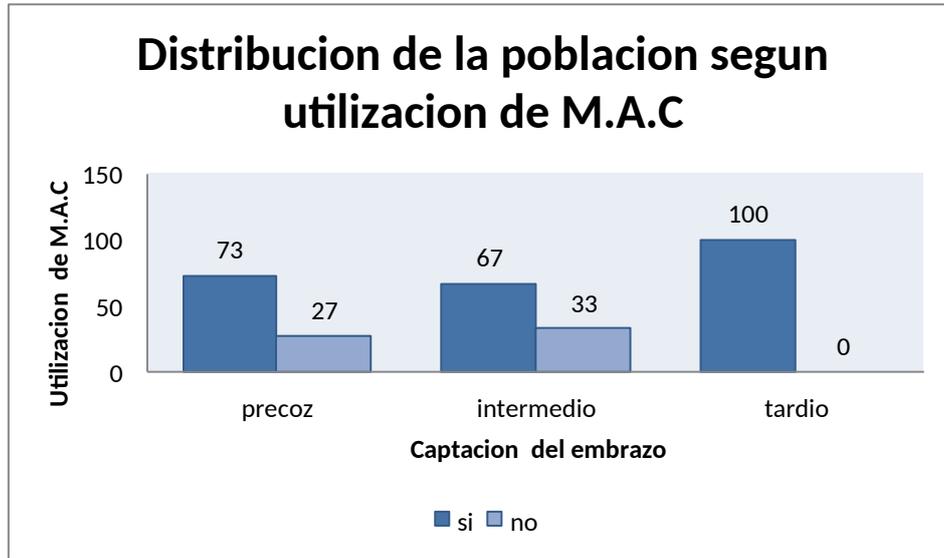
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 4:



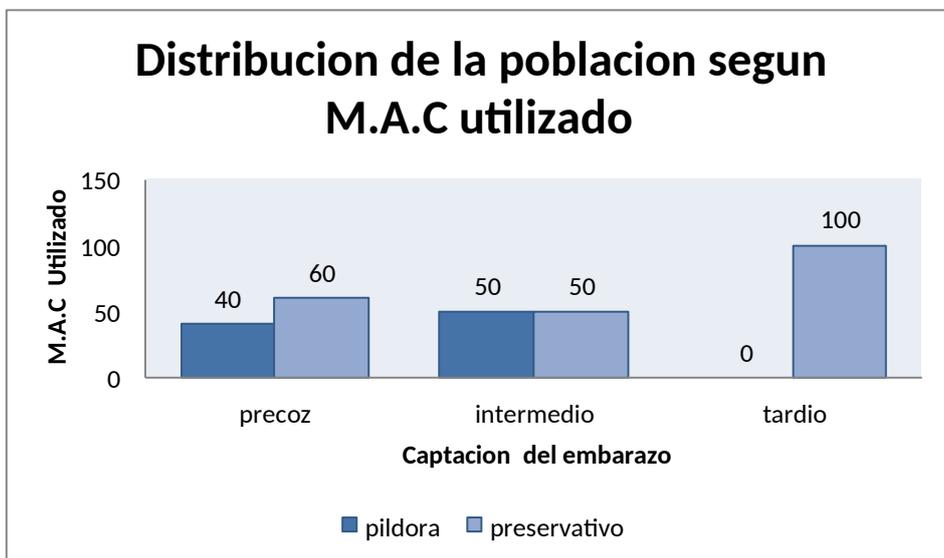
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 5:



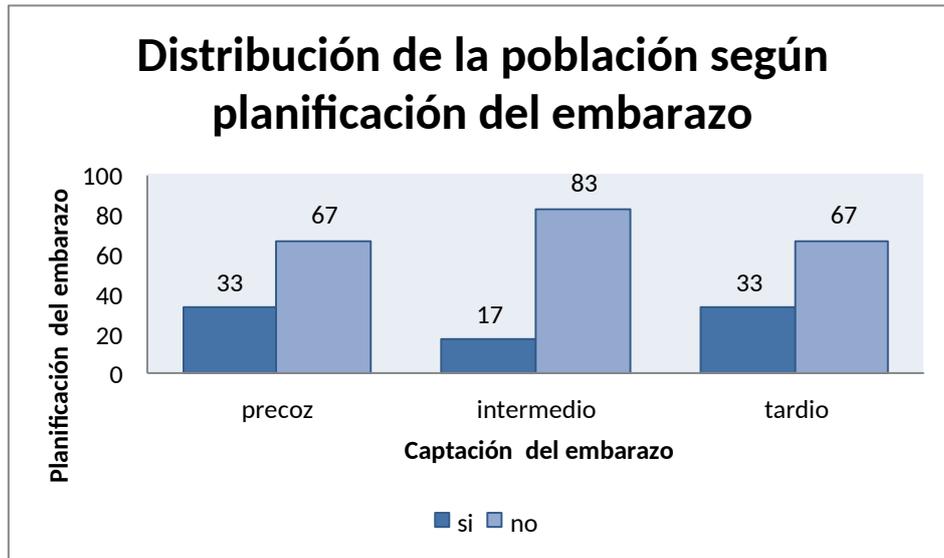
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 6:



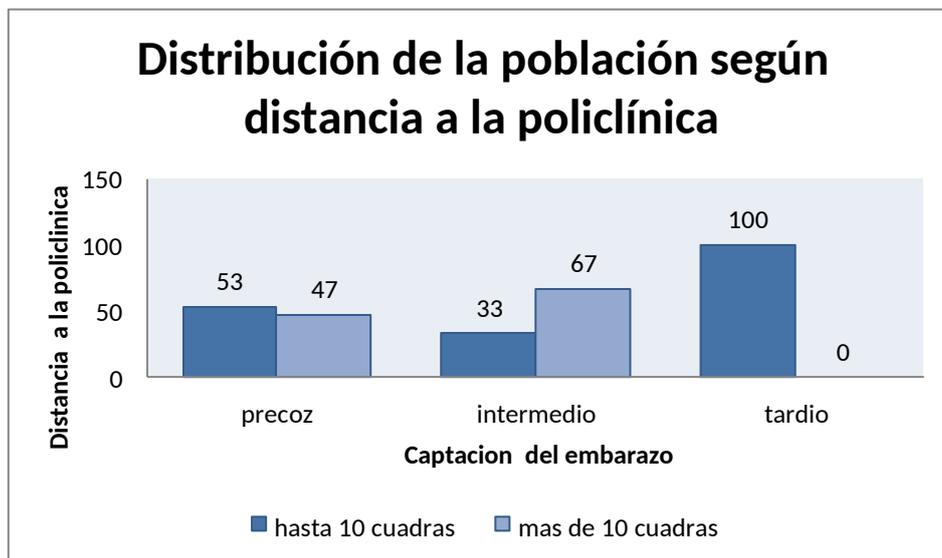
Fuente: Encuesta

Gráfica N° 7:



Fuente: Encuesta

Gráfico N° 8:



Fuente: encuesta

ANÁLISIS

El presente análisis se basa en un relevamiento de datos obtenidos mediante la aplicación de una encuesta a la población adolescente embarazada previamente mencionada en el período comprendido entre Octubre-Noviembre de 2012. En dicho período fueron encuestadas 24 embarazadas adolescentes las cuales se las agrupo de acuerdo al inicio del control del embarazo, quedando las mismas en los siguientes grupos; control precoz, intermedio y tardío.

En cuanto a los distintos grupos se identificaron que el 62,5% (n=15) de las embarazadas realizan el primer control precozmente, siguiendo la categoría intermedio con un 25% (n=6) y el 12,5% restante correspondió al control tardío. Siendo ésta una cifra positiva ya que el porcentaje mayor de la población estudiada realizó su control precozmente, cumpliendo con una de las pautas que se requiere para un embarazo bien controlado, ya que si bien el período de la adolescencia es un período ambiguo en emociones entre otras características, demuestra una adecuada conducta acerca del cuidado de sí mismo y la importancia de cuidar y conocer el desarrollo y crecimiento de su bebe.

En cuanto a la variable edad se obtuvo que en los tres grupos el mayor porcentaje se ubica en el rango etario de 17 a 19 años (adolescencia tardía), siendo estos; 93% para el control precoz, 83% control intermedio y 100% control tardío.

De estos resultados se desprende que el mayor porcentaje de las embarazadas adolescentes se encuentran en la etapa tardía de la adolescencia, cifra satisfactoria por encontrarse en la adolescencia tardía donde lo esperado es una maduración biopsicosocial mayor a la otras dos etapas, según características del desarrollo, cabe destacar que estas ya presentan hijos.

Referente a los estudios cursados se encontró que el 53% de las embarazadas que realizaron el control precozmente cursaron secundaria incompleta y un 54% no trabaja ni estudia, no habiendo una diferencia significativa en cuanto a

las embarazadas que desean continuar con sus estudios y las que no desean hacerlo (53% con intención y 47% sin intención).

De las embarazadas del grupo control intermedio un 50% cuenta con secundaria incompleta al igual que con primaria completa, el mayor porcentaje de esta población no tiene interés en continuar con sus estudios (83% sin intención y 17% con intención), el 33 % de la población de esta categoría no trabaja ni estudia e igual porcentaje trabajan y estudian. Las variables anteriormente mencionadas en los dos grupos precoz e intermedio demuestran que si bien la población presenta un bajo nivel de instrucción acorde a su edad y con mínimo porcentaje con intención de culminarlos esto no se vio afectado en el inicio del control del embarazo.

En el grupo tardío un 67% no culminaron sus estudios primarios, y no tienen intención de continuar con los mismos, y el 67 % no trabajan ni estudian, aquí se observa la influencia directa del nivel de instrucción sobre el control del embarazo, situación que también puede o no afectar en un futuro en su inserción laboral de acuerdo a las exigencias actuales y en la oportunidad de un empleo con una adecuada remuneración.

En lo referido al núcleo familiar se puede decir que el grupo que realizó el control precozmente convive mayoritariamente con padres y hermanos (26%), el 20% de este grupo convive con su pareja y el 17 % de la población con padres, hermanos y pareja, al igual que las demás categorías, cifras similares presenta el grupo intermedio. Situación esperada dentro del contexto embarazo adolescente debido a que genera una dependencia total o parcial de sus familiares por no contar con herramientas necesarias como edad, preparación académica, situación laboral, económica, maduración biopsicosocial, y el lugar que ocupa el adolescente en la sociedad para una independencia económica.

En relación al ingreso económico de las embarazadas se encontró en su mayoría en los tres grupos que el mismo proviene de la vía salarial de uno de los integrantes del núcleo familiar; con un 78% en el control precoz, 50% en el intermedio y 67% en el control tardío. Dato con escasa relevancia al estudio ya que la misma variable se debió de profundizar desde otros puntos de vistas,

igualmente hace referencia a lo anteriormente descrito acerca de la dependencia que tiene la adolescente de terceros.

Según la procedencia de las embarazadas el 87% de la población dentro del grupo precoz residen en Montevideo, el 23% en el interior (Pando), el 53 % de la población de las residentes en Montevideo, viven hasta 10 cuadras de la policlínica y el 47 % de las mismas a más de 10 cuadras.

En los grupos intermedio y tardío el 100 % de la población residen en Montevideo, el 67 % del grupo intermedio se encuentra a más de 10 cuadras de la policlínica y en el grupo tardío el 100 % a menos de 10 cuadras. Esto demuestra que la distancia no influye en el control precoz del embarazo.

Teniendo en cuenta el estado civil de la población se obtuvo que los estados obtenidos son soltera y unión estable, siendo éste el 100% en el grupo tardío, destacamos que las mismas ya poseen hijos.

En lo que refiere a los antecedentes personales los datos obtenidos demuestran que la población no presenta antecedentes patológicos a destacar, acorde a la etapa del ciclo vital a lo que refiere al embarazo y grupo etario.

En cuanto al inicio de las relaciones sexuales se observa que en el grupo de control precoz el 53% las inicia en la etapa tardía, en los siguientes grupos intermedio y tardío los mayores porcentajes iniciaron sus relaciones entre los 14 y 16 años, con esto se desprende que a menor edad de inicio de relación sexual realizan el control tardíamente. Si bien refleja una característica de la adolescencia como presentar curiosidad y ansiedad a lo desconocido e identificarse con características y vivencias de los adultos, esto conlleva a realizar dichas experiencias sin poseer la madurez y conocimientos necesarios para llevarlas a cabo.

Lo anterior se reafirma con la utilización de métodos anticonceptivos, ya que los datos muestran que el mayor porcentaje utilizó métodos en los tres grupos. En su mayoría los métodos mas utilizados son píldora y preservativos en los tres grupos, teniendo estos métodos una eficacia del 99%, lo cual trasluce en

una falla en el correcto uso de los mismos la cual se puede deber o no a una falta de información, de experiencia, u otras características.

Esta falla anticonceptiva se manifiesta en la planificación del embarazo, donde un 67 % del grupo precoz y tardío y el 83 % en el grupo intermedio no lo planificaron. A pesar de esta mayoría de embarazos no planificados se obtuvo que el 83 % del grupo precoz, el 50 % de grupo intermedio y el 67 % en el grupo tardío aceptaran su embarazo a pesar de no haberlo planificado. Indudablemente la aceptación del embarazo es un factor que influye en el control del embarazo.

Con respecto a los sentimientos frente al embarazo las cifras obtenidas se encuentran acorde con los sentimientos propios del embarazo con una distribución equilibrada entre alegría, angustia, ansiedad y preocupación.

En cuanto a la percepción de las embarazadas sobre la importancia del control prevención de enfermedades y el conocimiento del crecimiento y desarrollo del bebe el 100% lo considera importante situación que no se ve reflejada ya que no se obtuvo un 100% de control precoz, lo que puede estar afectada por otras variables ya mencionadas.

Comparando este análisis con los antecedentes citados se destaca que el control del embarazo se realiza de manera precoz en su mayoría situación que ha mejorado con el paso de los años, manteniéndose con escasas modificaciones las demás variables.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo de investigación desde el punto de vista profesional permitió conocer las características de las adolescentes embarazada y de tal modo obtener cuál es la relación e influencia que tienen éstos sobre el primer control del embarazo, ya que es considerado un embarazo de alto riesgo y si ubicamos al adolescente dentro de la sociedad se esperaría que éste se encuentre realizando otras actividades. De este modo se considera el logro y cumplimiento de los objetivos previamente establecidos.

La población de estudio en su mayoría se encuentra cursando la etapa intermedia y tardía de la adolescencia, y mayoritariamente controlan su embarazo de manera precoz.

Esta situación favorece al binomio ya que controlando el embarazo de forma precoz permite conocer el estado de salud de éste, detectar y actuar de forma oportuna y rápida en caso de presentar una alteración, si bien es un requisito importante, no es el único también debe ser periódico, completo y de amplia cobertura.

Si bien en el control tardío se observó el menor número de la población estudiada, ésta presenta características a destacar; que las mismas ya poseen hijos, se encuentran en la etapa tardía de la adolescencia, presentan un bajo nivel de instrucción sin intención de culminar presentando primaria incompleta, viven a menos de 10 cuadras de la policlínica y al igual que la mayoría de la población fue un embarazo no planificado si bien aceptado producto de una falla anticonceptiva, con lo que se puede concluir que existe un déficit de autocuidado generalizado. En este grupo se observa la influencia directa de las características biopsicosocial en un control precoz del embarazo.

SUGERENCIAS

El presente estudio muestra un conjunto de factores (sociales, económicos, familiares, biológicos y psicológicos) que se presentan fuertemente asociados al embarazo adolescente.

Dadas las implicancias que tiene esta temática desde el punto de vista macro para el conjunto de la sociedad como en la propia vida de las adolescentes, los resultados muestran la pertinencia de continuar profundizando en el análisis de esta temática.

Para ello se sugiere profundizar y extender el análisis tomando una muestra mayor de modo que se pueda generalizar los datos obtenidos mostrando más claramente la situación del país, así como también profundizar el estudio sobre algunos de los factores.

BIBLIOGRAFIA

- Barrenechea, C., Menononi, T., Lacava, E., Monge, A., Acosta, C., Crosa, S., et al Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención., Ed. Grafinel, Montevideo, 2009
- Pineda, B., De Alvarado, E., H.de Canales, Fransisca Metodologia de la investigación., Ed Organización panamericana de la salud, Washinton D.C, 1994
- Conselo Estela., “Salud Integral y embarazo precoz”.En Documento Especial N°3. Ed, Universidad de la República Oriental del Uruguay- Ministerio de Salud Pública, Montevideo,1994
- Meneghello J., Pediatría. Cuarta edición. Vol. 1. Ed Doyma. Barcelona, 1985.
- Dickanson., Enfermería Materno Infantil, 2° Edición, Madrid. Ed Harcourt Brace 1997
- Schwarcz R., et al. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo, Ed. CLAPS. OMS. Montevideo. Uruguay 1991

Paginas web:

- Adolescencia y embarazo en el Uruguay., Diciembre 2000. Disponible en <http://www.msp.gub.uy>
- Programa de salud del adolescente., M.S.P., Dirección General de Salud., División Salud de la Población., disponible en : www.msp.gub.uy
- Embarazo adolescente., monografías en internet., 2005 disponible en <http://www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.htm>
- El Pais.com [sede web]. Montevideo 2011 [acceso 15 de julio de 2012] Embarazo adolescente. Disponible en [http:// www.elpais.com.uy](http://www.elpais.com.uy)
- Ministerio de Salud Publica [sede web] Montevideo; 2011[acceso 10 de julio de 2012] Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Uruguay. Disponible en <http://www.msp.gub.uy>

ANEXOS

Encuesta

Somos 5 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, nos encontramos realizando el trabajo final de investigación de la carrera Licenciatura en Enfermería en la órbita de la Cátedra Salud del Niño/a y Adolescente, dicha investigación se desarrolla en el área del embarazo adolescente y tiene como objetivo principal conocer las características del control del embarazo en la adolescente, dicha investigación se llevará a cabo mediante una encuesta a todas las adolescentes embarazadas que realizan el control prenatal en la policlínica Luisa Tiraparé, la información brindada mediante la encuesta será confidencial y anónima, por lo que agradecemos se conteste con la mayor sinceridad posible.

Edad: _____ años.

Estudios cursados: Primaria incompleta _____ intenciones de terminarla si ___
no ___

Primaria completa ___ intenciones de comenzar liceo si ___
no ___

Secundaria incompleta _____ intenciones de terminarla si ___
no ___

Secundaria completa _____

Terciaria incompleta _____

Terciaria completa _____

Ocupación:

Trabaja _____

Estudia _____

Trabaja y estudia _____

No trabaja ni estudia _____ por
qué? _____

Núcleo familiar:

Padres, hermanos ___

Padres, hermanos, otros ____

Madre, hermanos ____

Madre, hermanos, otros ____

Padres, hermanos, pareja ____

Pareja ____

Sola ____

Ingreso económico:

Salario ___

Asignación familiar ____

Pensión por enfermedad ____

Plan de equidad: ____

Procedencia:

Montevideo ____

Interior: ____

A cuántas cuadras de la policlínica vive?

Hasta 10 cuadras ____

Mas de 10 cuadras ____

Estado civil:

Soltera: ____

Casada: ____

Unión estable: ____

Antecedentes personales:

Si ___

No ___

¿Cuál? _____

Edad de inicio de relación sexual: ____ años

¿Previo al embarazo utilizaba métodos anticonceptivos?

Si: ____

No: ____

¿Cuáles?:

Preservativos _____

Píldora _____

Píldora de emergencia _____

Coito interrumpido _____

Diu _____

¿Tiene hijos?

Si: ____ Cuántos? ____

No: ____

Abortos:

Si: ____ Provocado ____ Espontáneo ____

No: ____

Acerca de su actual embarazo

Planificado

Si: ____

No: ____

Aceptado

Si: ____

No: _____

Sentimientos frente al embarazo:

Alegría _____

Tristeza _____

Angustia _____

Ansiedad _____

Preocupación _____

¿Con cuántas semanas comenzó a controlarse el embarazo? _____

¿Concurre acompañada al control?:

Si _____

No _____

Con quien _____

Pareja _____

Familiar _____

Amigos _____

Otros _____

¿Considera importante controlarse el embarazo?:

Si: ____

No: ____

¿Considera que controlándose el embarazo puede prevenir enfermedades a su bebe o detectarla a tiempo?:

Si: ____

No: ____

No se: ____

¿Considera importante saber el crecimiento y desarrollo de su bebe?:

Si: ____

No: ____

No se: ____

¿Si pudiera elegir se controlaría el embarazo?:

Si: ____

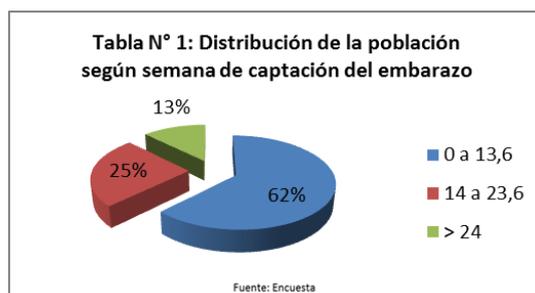
No: ____

Muchas gracias!!!

Tablas y gráficos

- Tabla N° 1 Distribución de la población según semana de captación del embarazo

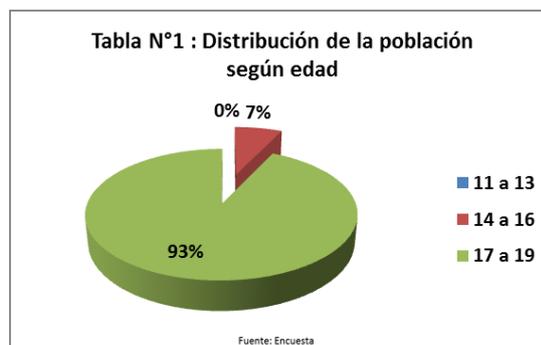
CAPTACIÓN	FA	FR%
0 a 13,6	15	62
14 a 23,6	6	25
> 24	3	13
TOTAL	24	100



Tablas y gráficos de control del embarazo precoz

- Tabla N° 1: Distribución de la población según edad en años

EDAD	FA	FR%
11 a 13	0	0
14 a 16	1	7
17 a 19	14	93
TOTAL	15	100

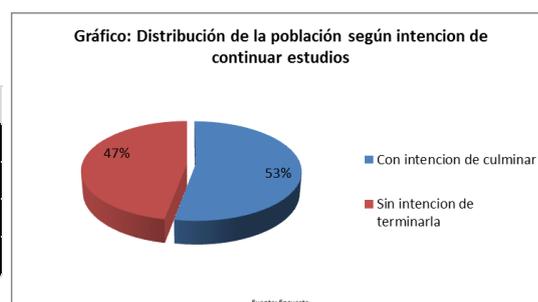


- Tabla N° 2: Distribución de la población según estudios cursados

ESTUDIOS CURSADOS	FA	FR%
	PRIMARIA INCOMPLETA	0
PRIMARIA COMPLETA	5	33
SECUNDARIA INCOMPLETA	8	53
SECUNDARIA COMPLETA	1	7
TERCIARIA INCOMPLETA	1	7
TERCIARIA COMPLETA	0	0
TOTAL	15	100

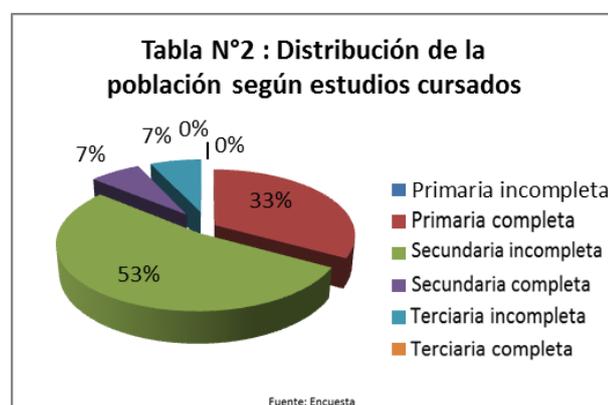


ESTUDIOS CURSADOS	FA	FR%
	Con intencion de culminar	8
Sin intencion de terminarla	7	47
TOTAL	15	100



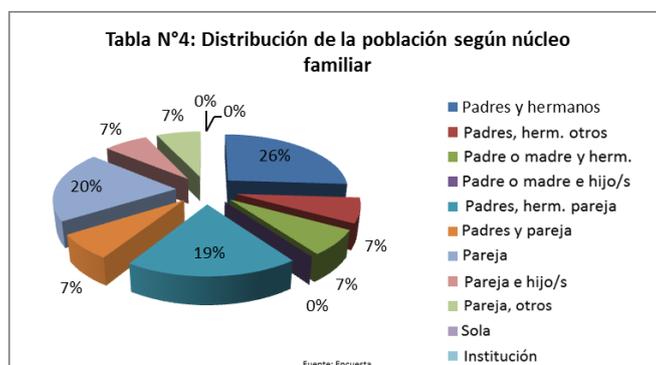
- Tabla N° 3: Distribución de la población según ocupación

OCUPACIÓN	FA	FR%
	TRABAJA	2
ESTUDIA	3	20
TRABAJA Y ESTUDIA	2	13
NO TRABAJA NI ESTUDIA	8	54
TOTAL	15	100



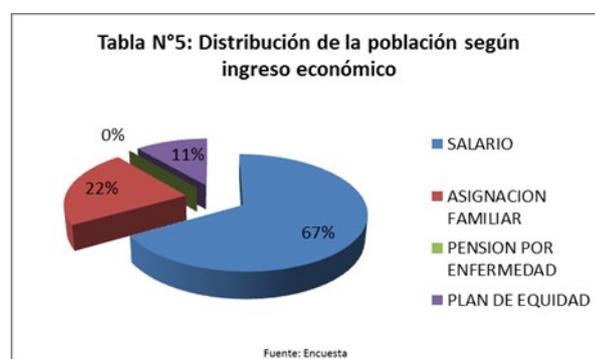
- Tabla N°4: Distribución de la población según núcleo familiar

Núcleo Familiar	FA	FR%
Padres y hermanos	4	26
Padres, herm. Otros	1	7
Padre o madre y herm.	1	7
Padre o madre e hijo/s	0	0
Padres, herm. Pareja	3	19
Padres y pareja	1	7
Pareja	3	20
Pareja e hijo/s	1	7
Pareja, otros	1	7
Sola	0	0
Institución	0	0
Total	15	100



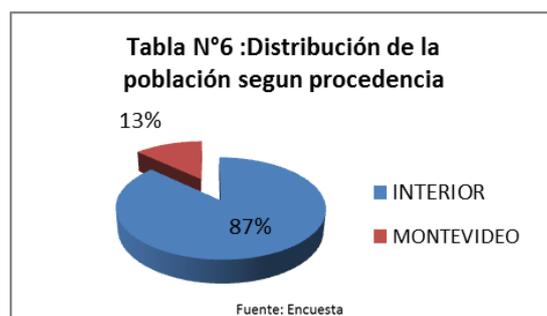
- Tabla N°5: Distribución de la población según ingreso económico

INGRESO ECONOMICO	FA	FR%
SALARIO	12	67
ASIGNACION FAMILIAR	4	22
PENSION POR ENFERMEDAD	0	0
PLAN DE EQUIDAD	2	11
TOTAL	18	100

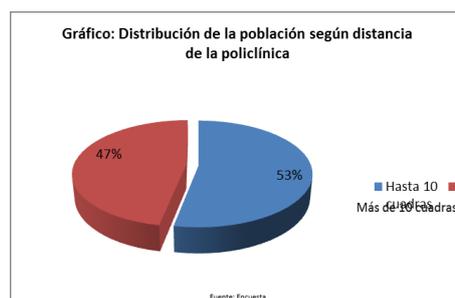


- Tabla N°6: Distribución de la población según procedencia

PROCEDENCIA	FA	FR%
MONTEVIDEO	13	87
INTERIOR	2	13
TOTAL	15	100

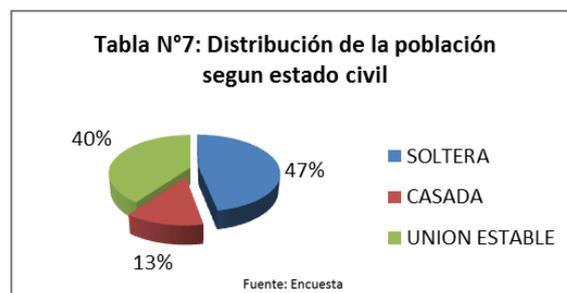


Distancia de la Polic.	FA	FR%
hasta 10 cuadras	8	53
mas de 10 cuadras	7	47
Total	15	100



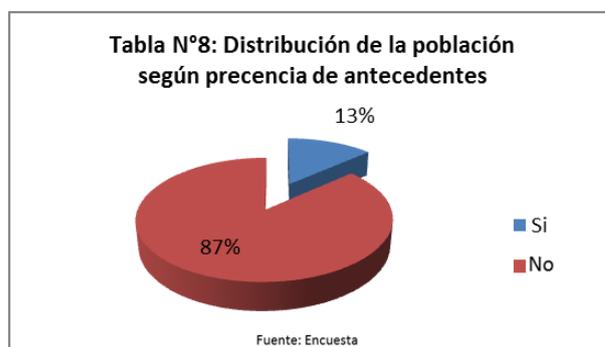
- Tabla N°7: Distribución de la población según Estado civil

ESTADO CIVIL	FA	FR%
SOLTERA	7	47
CASADA	2	13
UNION ESTABLE	6	40
TOTAL	15	100



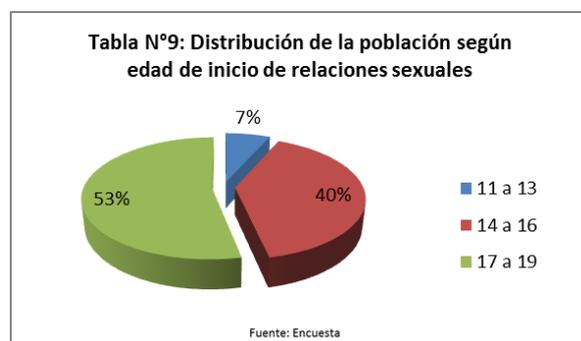
- Tabla N°8: Distribución de la población según Presencia de antecedentes

ANTECEDENTES	FA	FR%
Si	2	13
No	13	87
TOTAL	15	100



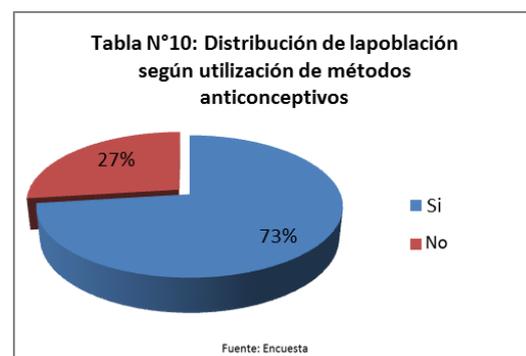
- Tabla N°9: Distribución de la población según edad de inicio de relaciones sexuales

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	FA	FR%
11 a 13	1	7
14 a 16	6	40
17 a 19	8	53
TOTAL	15	100



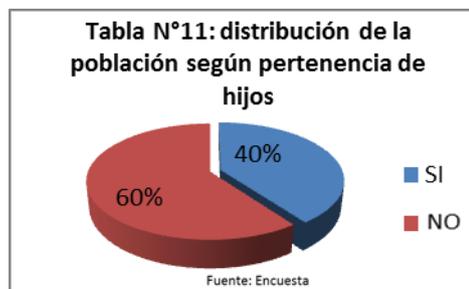
- Tabla N°10: Distribución de la población según utilización de métodos anticonceptivos

UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	FA	FR%
SI	11	73
NO	4	27
TOTAL	15	100



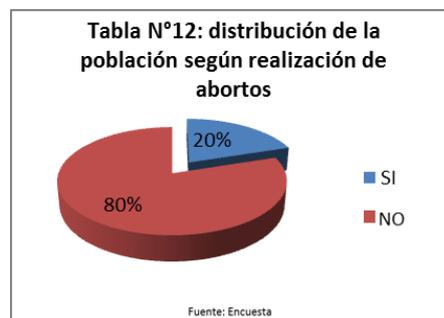
- Tabla N°11: Distribución de la población según pertenencia de hijos

HIJOS	FA	FR%
SI	6	40
NO	9	60
TOTAL	15	100



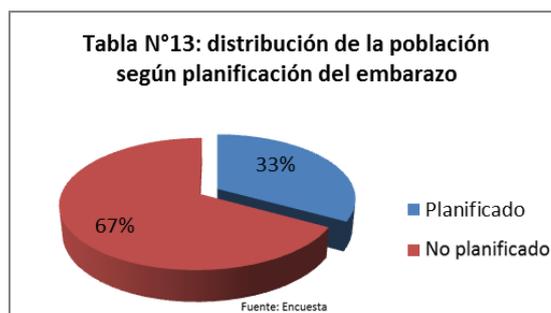
- Tabla N°12: Distribución de la población según realización de abortos

REALIZACION DE ABORTOS	FA	FR%
SI	3	20
NO	12	80
TOTAL	15	100



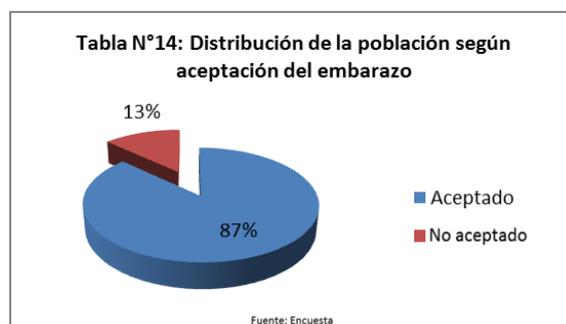
- Tabla N°13: Distribución de la población según planificación del embarazo

ACTUAL EMBARAZO	FA	FR%
PLANIFICADO	5	33
NO PLANIFICADO	10	67
TOTAL	15	100



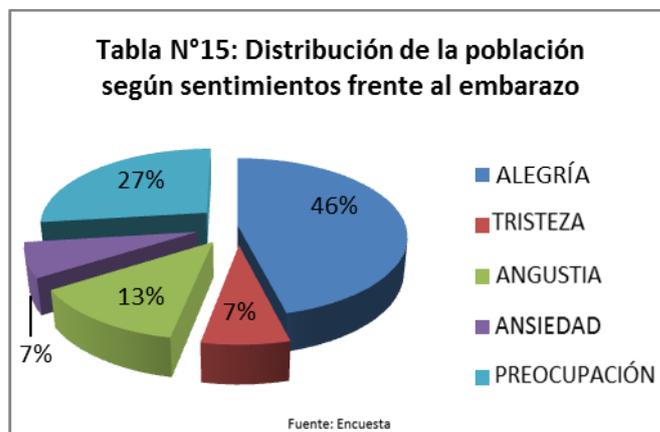
- Tabla N°14: Distribución de la población según aceptación del embarazo

ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO	FA	FR%
ACEPTADO	2	67
NO ACEPTADO	1	33
TOTAL	3	100



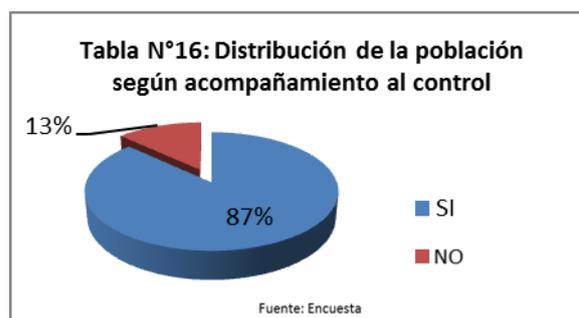
- Tabla N°15: Distribución de la población según sentimientos frente al embarazo

SENTIMIENTO FRENTE AL EMBARAZO	FA	FR%
ALEGRÍA	7	46
TRISTEZA	1	7
ANGUSTIA	2	13
ANSIEDAD	1	7
PREOCUPACION	4	27
TOTAL	15	100



- Tabla N°16: Distribución de la población según acompañamiento al control

ACOMPañAMIENTO AL CONTROL	FA	FR%
SI	13	87
NO	2	13
TOTAL	15	100



- Tabla N°17: Distribución de la población según importancia del control

IMPORTANCIA DEL CONTROL	FA	FR%
SI	15	100
NO	0	0
TOTAL	15	100



- Tabla N°18: Distribución de la población según prevención de enfermedades controlándose embarazo

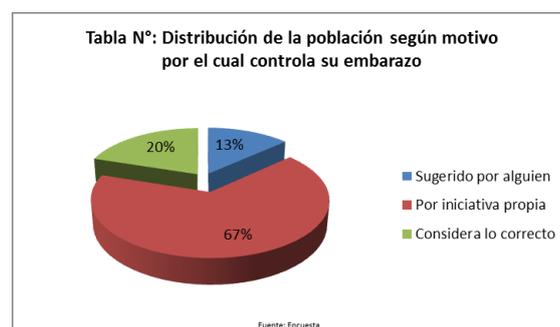
Mediante control prev. enf. del bebe	FA	FR%
	SI	15
NO	0	0
TOTAL	15	100

- Tabla N°19: Distribución de la población según importancia del crec. y desarrollo del bebe mediante el control prenatal

Impor. Crec. Y desarr. del bebe	FA	FR%
	SI	15
NO	0	0
TOTAL	15	100

- Tabla N°20: Distribución de la población según motivo por el cual controla su embarazo

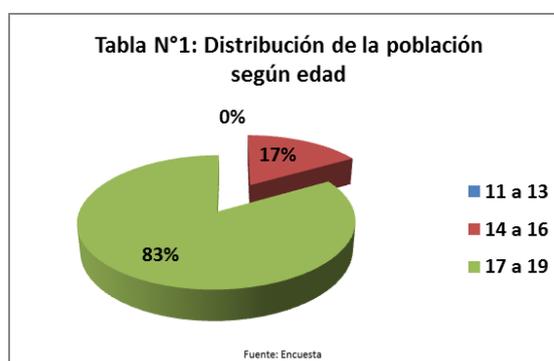
Motivo por el cual controla embarazo	FA	FR%
	Sugerido por alguien	2
Por iniciativa propia	10	67
Considera lo correcto	3	20
Total	15	100



Tablas y gráficos de control del embarazo intermedio

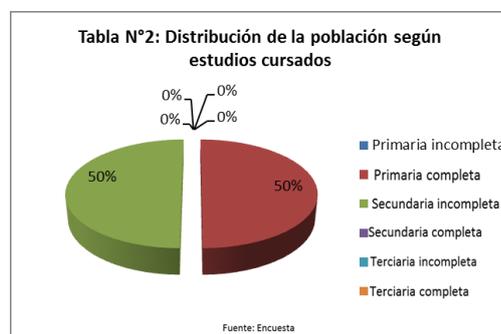
- Tabla N° 1 Distribución de la población según semana de captación del embarazo

EDAD	FA	FR%
11 a 13	0	0
14 a 16	1	17
17 a 19	5	83
TOTAL	6	100

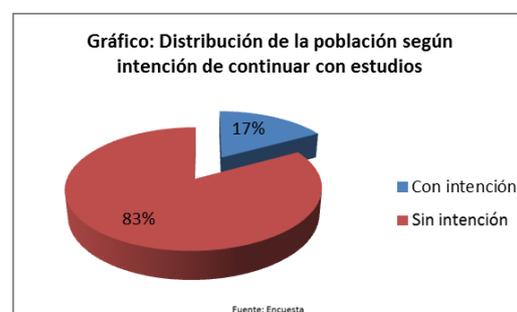


- Tabla N° 2: Distribución de la población según estudios cursados

ESTUDIOS CURSADOS	FA	FR%
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0
PRIMARIA COMPLETA	3	50
SECUNDARIA INCOMP.	3	50
SECUNDARIA COMPLETA	0	0
TERCIARIA INCOMPLETA	0	0
TERCIARIA COMPLETA	0	0
TOTAL	6	100

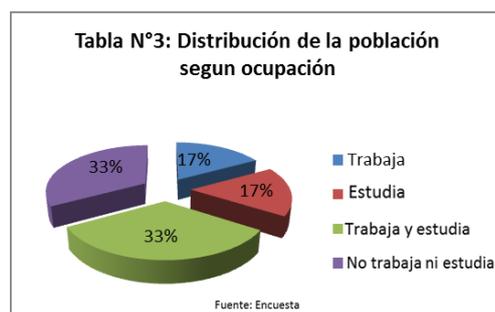


ESTUDIOS CURSADOS	FA	FR%
Con intención culminar	1	17
Sin intención de terminarla	5	83
TOTAL	6	100



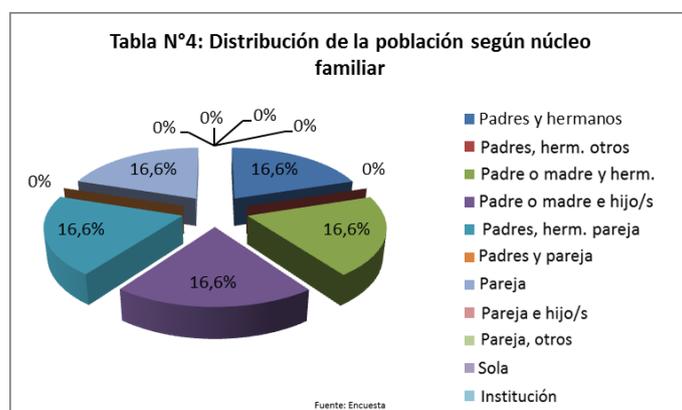
- Tabla N° 3: Distribución de la población según ocupación

OCUPACIÓN	FA	FR%
TRABAJA	1	17
ESTUDIA	1	17
TRABAJA Y ESTUDIA	2	33
NO TRABAJA NI ESTUDIA	2	33
TOTAL	6	100



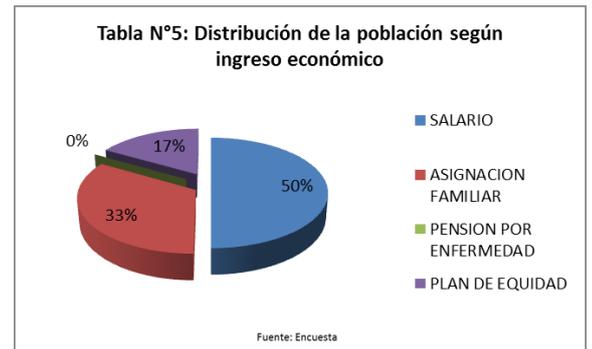
- Tabla N°4: Distribución de la población según núcleo familiar

Núcleo Familiar	FA	FR%
Padres y hermanos	1	16,66
Padres, herm. Otros	0	0
Padre o madre y herm.	1	16,66
Padre o madre e hijo/s	1	16,6
Padres, herm. Pareja	1	16,6
Padres y pareja	0	0
Pareja	1	16,6
Pareja e hijo/s	0	0
Pareja, otros	0	0
Sola	0	0
Institución	0	0
Madre,hermanos,otros	1	16,6
Total	6	100



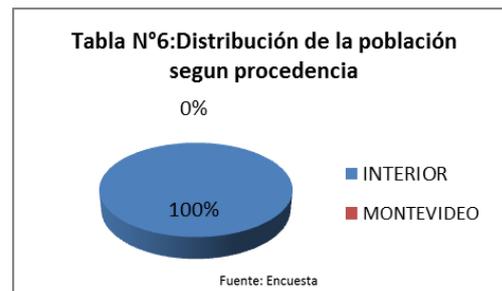
- Tabla N°5: Distribución de la población según ingreso económico

INGRESO ECONOMICO	FA	FR%
SALARIO	3	50
ASIGNACION FAMILIAR	2	33
PENSION POR ENFERM.	0	0
PLAN DE EQUIDAD	1	17
TOTAL	6	100



- Tabla N°6: Distribución de la población según procedencia

PROCEDENCIA	FA	FR%
MONTEVIDEO	6	100
INTERIOR	0	0
TOTAL	6	100

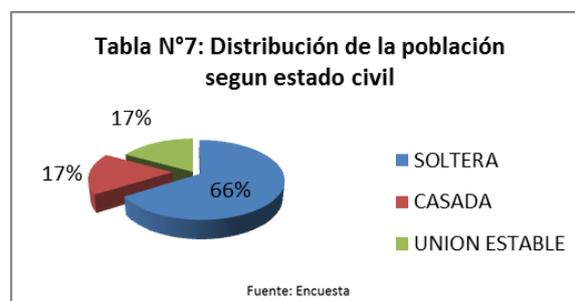


Distancia de la Polic.	FA	FR%
hasta 10 cuadras	2	33
mas de 10 cuadras	4	67
Total	6	100



- Tabla N°7: Distribución de la población según Estado civil

ESTADO CIVIL	FA	FR%
SOLTERA	4	66
CASADA	1	17
UNION ESTABLE	1	17
TOTAL	6	100

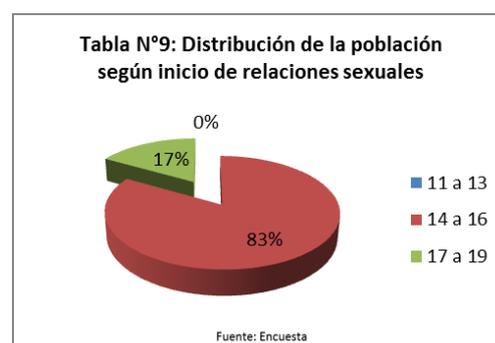


- Tabla N°8: Distribución de la población según presencia de antecedentes

ANTECEDENTES	FA	FR%
Si	0	0
No	6	100
TOTAL	6	100

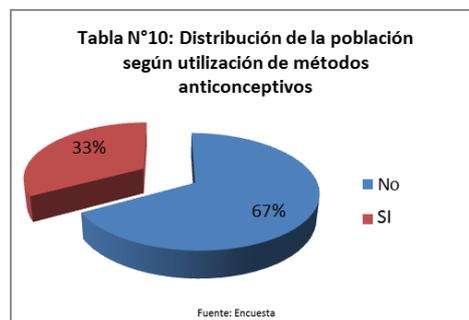
- Tabla N°9: Distribución de la población según edad de inicio de relaciones sexuales

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	FA	FR%
11 a 13	0	0
14 a 16	5	83
17 a 19	1	17
TOTAL	6	100



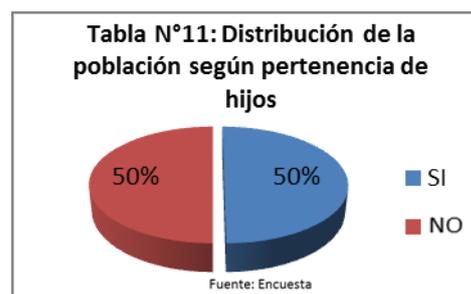
- Tabla N°10: Distribución de la población según utilización de métodos anticonceptivos

UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPT.		
	FA	FR%
SI	4	67
NO	2	33
TOTAL	6	100



- Tabla N°11: Distribución de la población según pertenencia de hijos

HIJOS		
	FA	FR%
SI	3	50
NO	3	50
TOTAL	6	100



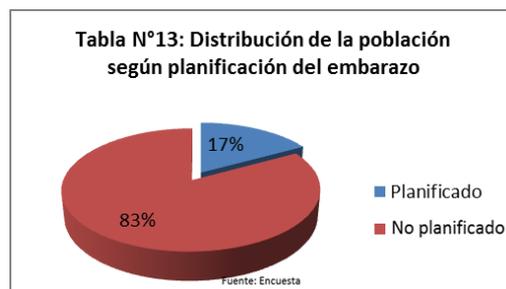
- Tabla N°12: Distribución de la población según realización de abortos

REALIZACION DE ABORTOS		
	FA	FR%
SI	1	17
NO	5	83
TOTAL	6	100



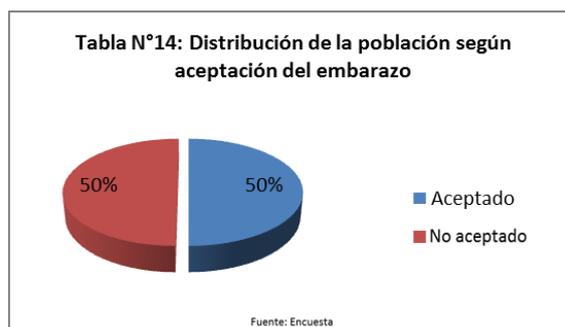
- Tabla N°13: Distribución de la población según planificación del embarazo

PLANIF. EMBARAZO	FA	FR%
PLANIFICADO	1	17
NO PLANIFICADO	5	83
TOTAL	6	100



- Tabla N°14: Distribución de la población según aceptación del embarazo

ACEP. EMBARAZO	FA	FR%
ACEPTADO	3	50
NO ACEPTADO	3	50
TOTAL	6	100



- Tabla N°15: Distribución de la población según sentimientos frente al embarazo

SENTIMIENTOS FRENTE AL EMBARAZO	FA	FR%
ALEGRIA	3	50
TRISTEZA	0	0
ANGUSTIA	1	17
ANSIEDAD	0	0
PREOCUPACION	2	33
TOTAL	6	100

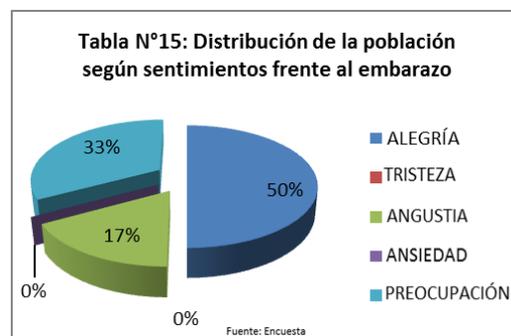
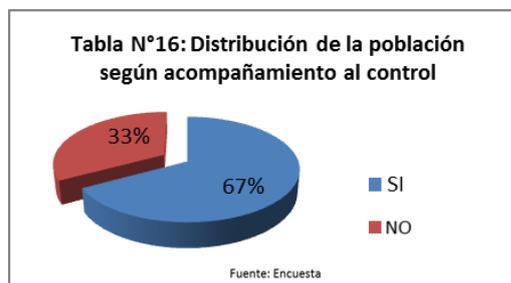


Tabla N°16: Distribución de la población según acompañamiento al control

ACOMPAÑADA AL CONTROL	FA	FR%
SI	4	67
NO	2	33
TOTAL	6	100



- Tabla N°17: Distribución de la población según importancia del control

IMPORTANCIA DEL CONTROL	FA	FR%
SI	6	100
NO	0	0
TOTAL	6	100

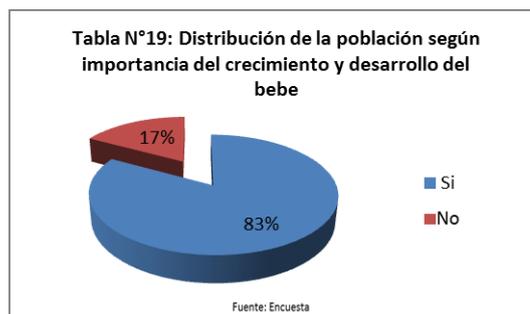


- Tabla N°18: Distribución de la población según prevención de enfermedades controlándose embarazo

Mediante control prev. enf. del bebe	FA	FR%
SI	6	100
NO	0	0
TOTAL	6	100

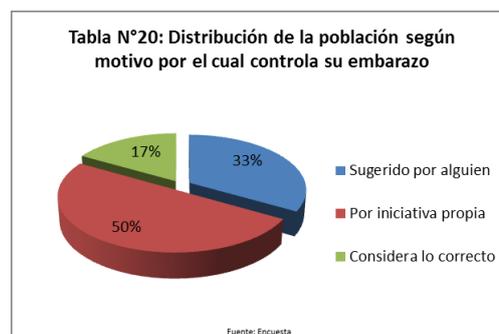
- Tabla N°19: Distribución de la población según importancia del crec. y desarrollo del bebe mediante el control prenatal

Import. Crec. y desarr. del bebe	FA	FR%
	SI	5
NO	1	17
TOTAL	6	100



- Tabla N°20: Distribución de la población según motivo por el cual controla su embarazo

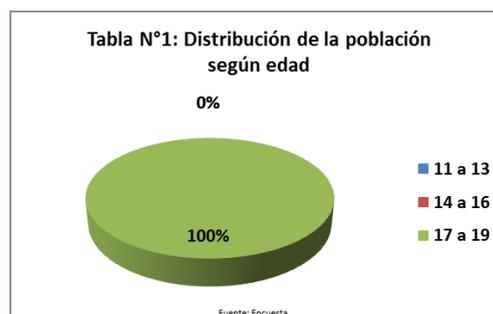
Motivo por el cual controla embarazo	FA	FR%
	Sugerido por alguien	2
Por iniciativa propia	3	50
Considera lo correcto	1	17
Total	6	100



Tablas y gráficos de control del embarazo tardío

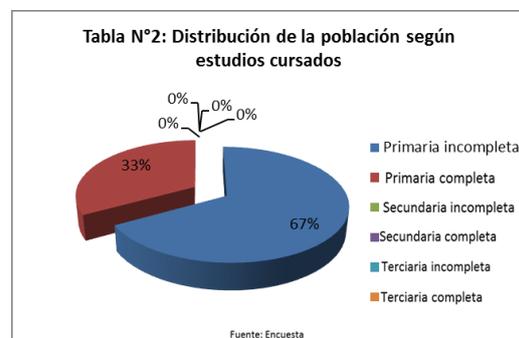
- Tabla N° 1 Distribución de la población según semana de captación del embarazo

EDAD	FA	FR%
	11 a 13	0
14 a 16	0	0
17 a 19	3	100
TOTAL	3	100



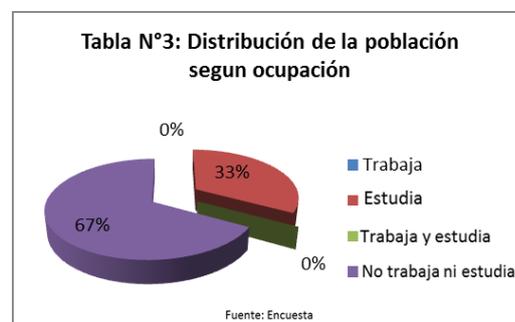
- Tabla N° 2: Distribución de la población según estudios cursados

ESTUDIOS CURSADOS	FA	FR%
PRIMARIA INCOMPLETA	2	67
PRIMARIA COMPLETA	1	33
SECUNDARIA INCOMPLETA	0	0
SECUNDARIA COMPLETA	0	0
TERCIARIA INCOMPLETA	0	0
TERCIARIA COMPLETA	0	0
TOTAL	3	0



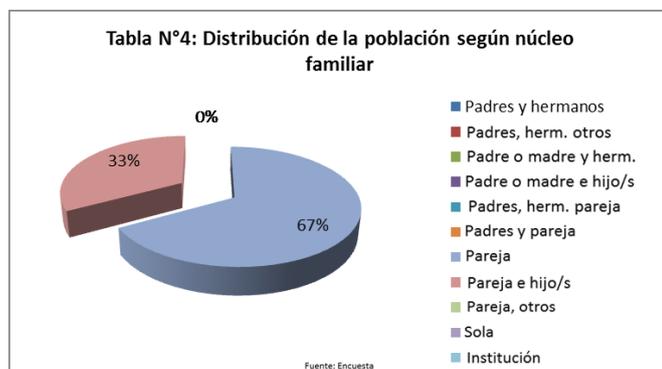
- Tabla N° 3: Distribución de la población según ocupación

OCUPACIÓN	FA	FR%
TRABAJA	0	0
ESTUDIA	1	33
TRABAJA Y ESTUDIA	0	0
NO TRABAJA NI ESTUDIA	2	67
TOTAL	3	100



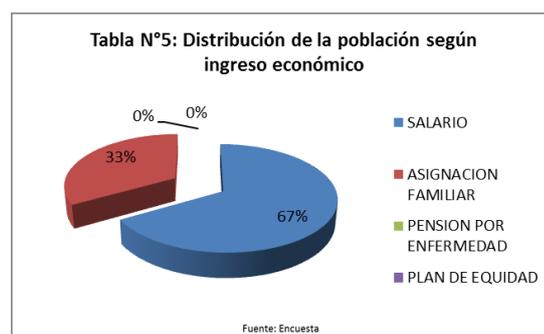
- Tabla N°4: Distribución de la población según núcleo familiar

Núcleo Familiar	FA	FR%
Padres y hermanos	0	0
Padres, herm. Otros	0	0
Padre o madre y herm.	0	0
Padre o madre e hijo/s	0	0
Padres, herm. Pareja	0	0
Padres y pareja	0	0
Pareja	2	67
Pareja e hijo/s	1	33
Pareja, otros	0	0
Sola	0	0
Institución	0	0
Total	3	100



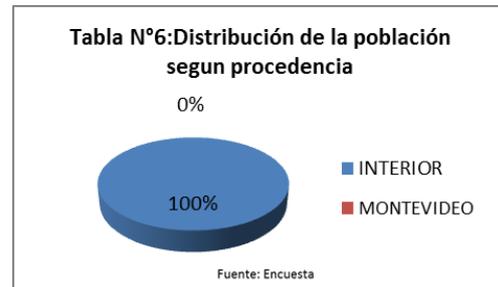
- Tabla N°5: Distribución de la población según ingreso económico

INGRESO ECONOMICO	FA	FR%
SALARIO	2	67
ASIGNACION FAMILIAR	1	33
PENSION POR ENFERMEDAD	0	0
PLAN DE EQUIDAD	0	0
TOTAL	3	100



- Tabla N°6: Distribución de la población según procedencia

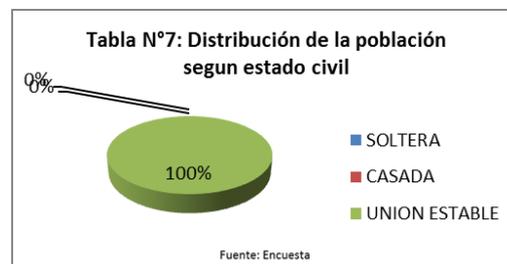
PROCEDENCIA	FA	FR%
MONTEVIDEO	3	100
INTERIOR	0	0
TOTAL	3	100



Distancia de la Polic.	FA	FR%
hasta 10 cuadras	3	100
mas de 10 cuadras	0	0
Total	3	100

- Tabla N°7: Distribución de la población según Estado civil

ESTADO CIVIL	FA	FR%
SOLTERA	0	0
CASADA	0	0
UNION ESTABLE	3	100
TOTAL	3	100



- Tabla N°8: Distribución de la población según Presencia de antecedentes

ANTECEDENTES	FA	FR%
Sí	1	33
No	2	67
TOTAL	3	100

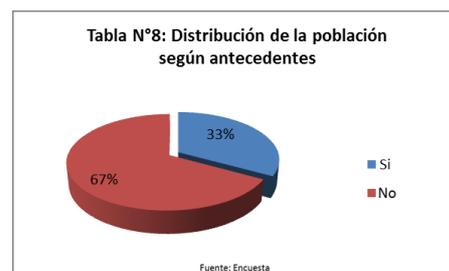
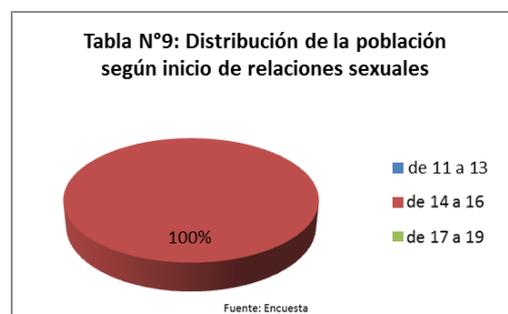


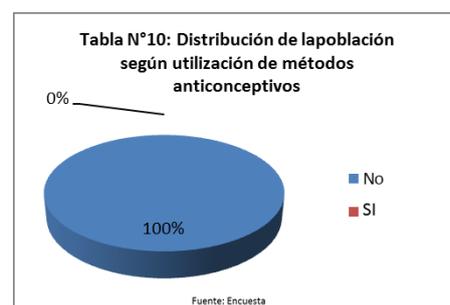
Tabla N°9: Distribución de la población según edad de inicio de relaciones sexuales

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	FA	FR%
11 a 13	0	0
14 a 16	3	100
17 a 19	0	0
TOTAL	3	100



- Tabla N°10: Distribución de la población según utilización de métodos anticonceptivos

UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	FA	FR%
SI	3	100
NO	0	0
TOTAL	3	100



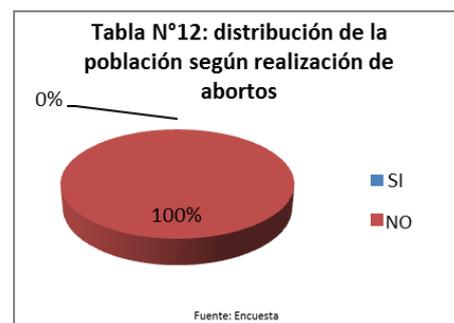
- Tabla N°11: Distribución de la población según pertenencia de hijos

HIJOS	FA	FR%
SI	3	100
NO	0	0
TOTAL	3	100



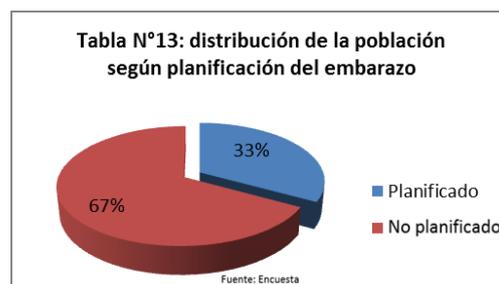
- Tabla N°12: Distribución de la población según realización de abortos

REALIZACION DE ABORTOS	FA	FR%
SI	0	0
NO	3	100
TOTAL	3	100



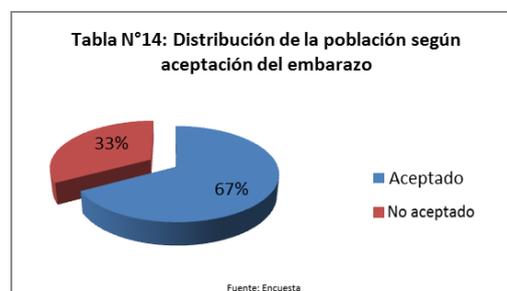
- Tabla N°13: Distribución de la población según planificación del embarazo

PLAN. EMBARAZO	FA	FR%
PLANIFICADO	1	33
NO PLANIFICADO	2	67
TOTAL	3	100



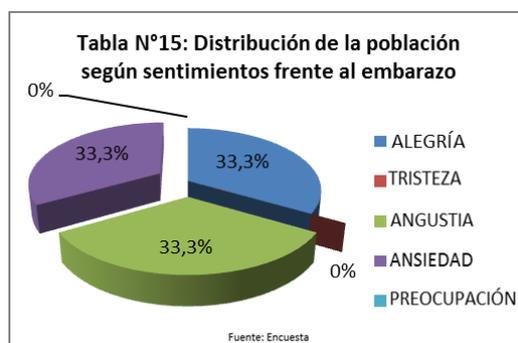
- Tabla N°14: Distribución de la población según aceptación del embarazo

ACEP. EMBARAZO	FA	FR%
ACEPTADO	2	67
NO ACEPTADO	1	33
TOTAL	3	100



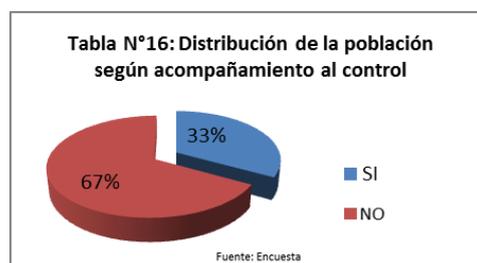
- Tabla N°15: Distribución de la población según sentimientos frente al embarazo

SENTIMIENTO FRENTE AL EMBARAZO	FA	FR%
ALEGRÍA	1	33,3
TRISTEZA		0
ANGUSTIA	1	33,3
ANSIEDAD	1	33,3
PREOCUPACION	0	0
TOTAL	3	100



- Tabla N°16: Distribución de la población según acompañamiento al control

ACOMPAÑADA AL CONTROL	FA	FR%
SI	1	33
NO	2	67
TOTAL	3	100



- Tabla N°17: Distribución de la población según importancia del control

IMPORTANCIA DEL CONTROL	FA	FR%
SI	3	100
NO	0	0
TOTAL	3	100



- Tabla N°18: Distribución de la población según prevención de enfermedades controlándose embarazo

Mediante control prev. enf. del bebe	FA	FR%
	SI	3
NO	0	0
TOTAL	3	100

- Tabla N°19: Distribución de la población según importancia del crec. y desarrollo del bebe mediante el control prenatal

Import. Crec. Y desarr. del bebe	FA	FR%
	SI	3
NO	0	0
TOTAL	3	100

- Tabla N°20: Distribución de la población según motivo por el cual controla su embarazo

Motivo por el cual controla embarazo	FA	FR%
	Sugerido por alguien	1
Por iniciativa propia	2	67
Considera lo correcto	0	0
Total	3	100



