



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA MATERNO INFANTIL



# CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y SOCIALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ASSE DE LA CIUDAD DE DURAZNO-URUGUAY, NOVIEMBRE 2013

**Autoras:**

Mariel Cabrera  
Claudia Echenagucia  
Gadys Godoy  
Rosario Machin  
Sonia Ramirez

**Tutores:**

Prof. Lic. Alicia Pérez  
Prof. Lic. Sandra Pignataro

Montevideo, 2013

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

## INDICE

	Nº Pág.
Resumen.....	2
Introducción.....	3-5
Metodología.....	6-7
Resultados.....	8-37
Discusión.....	38-44
Conclusiones.....	45-46
Sugerencias.....	47-48
Normas Éticas.....	49
Anexos.....	50-110

## RESUMEN

La presente investigación describirá las características familiares y sociales de las adolescentes usuarias del Centro de Salud de ASSE donde se nuclean todas las embarazadas de zonas urbanas y suburbanas de la ciudad de Durazno en el mes de noviembre del 2013. Es un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal siendo este el punto de partida en la búsqueda de estrategias para descender la tasa de embarazos en adolescentes. Dentro de los principales resultados en la muestra de 30 adolescentes se destacan que en nuestra comunidad no existen embarazadas adolescentes dentro del rango de adolescencia temprana (10-13 años), presentan una tasa del 83,37% de educación sexual, y una tasa del 76,67% en el uso de métodos anticonceptivos, con un 93,33% cursa un segundo embarazo en la adolescencia; el 33,33% tiene nivel de instrucción que incluye nivel secundario completo; el 70% deserto de las instituciones estudiantiles, alta tasa de sedentarismo y sin vínculos sociales (un 70% no realiza actividades recreativas, el 90% no realiza deportes, un 96,67% no pertenece ni a clubes ni asociaciones y el 86,67% no mira televisión o utiliza equipos de informática como recreación o interacción social). Se realizan sugerencias para lograr una pronta re-inserción estudiantil, como medida principal para desarrollar el potencial de la adolescente y de los niños.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realiza en la República Oriental del Uruguay, ciudad de Durazno. Es un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal que investiga las características familiares y sociales de las adolescentes embarazadas usuarias del Centro de Salud de ASSE de la ciudad de Durazno. Realizado por un grupo de cinco estudiantes de Carrera Escalonada de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República Oriental del Uruguay. El estudio se realizó en una muestra de 30 adolescentes embarazadas de la ciudad de Durazno provenientes del Centro de Salud de ASSE. El tiempo determinado para la realización de la investigación fue de un mes. La temática para el día Mundial de la Población 2013 está dedicado al embarazo adolescente tomando la premisa de este año, es que nuestro equipo de trabajo intenta describir las características sociales y familiares de la adolescente embarazada que pueden relacionarse con la ocurrencia del embarazo.

En nuestra ciudad no se han realizado estudios como el que hoy nos ocupa por lo que las referencias y datos informativos sobre los que se trabajara son los existentes a nivel nacional y mundial. *“La adolescencia está empezando antes, no ya con los cambios de la pubertad, en muchas otras cosas empieza a los ocho, nueve años”*, reflexiona la directora del Programa de Salud

Adolescente del Ministerio de Salud, Susana Grunbaum. *“La mayoría de las jóvenes con las que habló decidieron tener a sus hijos y nunca se les pasó por la cabeza abortar. Las profesionales que trabajan en el CHPR relataron que en sus respectivos barrios, éstas jóvenes dejan de pertenecer a las barras de la calle y cobran un estatus superior, el de ser madres. Asimismo, es una inversión a futuro, saben que no pasarán su madurez y ancianidad en soledad y que los hijos, en un contexto de pobreza, serán una ayuda para el sustento de ellas y su casa. De éstas adolescentes, unas 140 son menores de 15 años y unas 5000 mayores de 17 años. Preocupa la falta de estudios en las adolescentes y en su entorno, aun cuando no todas habían dejado de estudiar al embarazarse. Ante esta situación se crea una mayor dependencia económica y afectiva en donde el apoyo familiar muchas veces se condiciona a la aceptación de circunstancias que obstaculizan su desarrollo personal e incrementan las razones por las que se embarazo y la probabilidad de repetirlo. Es habitual que durante el periodo de embarazo, las adolescentes asuman responsabilidades no acordes a su etapa del ciclo vital, como reemplazar a su madre, privándolas de actividades propias de su edad como la interrupción de los estudios, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr mejores empleos y sus posibilidades de realización personal”.*

Básicamente son las condiciones socio- culturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en los sectores socio- económicos más desfavorecidos, aunque se presenta en

todos los estratos económicos de la sociedad. Aunque en cada uno de ellos las características del embarazo adolescente no son iguales. En los estratos sociales medio y alto la mayoría de las adolescentes embarazadas interrumpe voluntariamente su gestación. En los estratos más bajos, donde existe una mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente es más común que tengan su hijo. Este estudio sobre el embarazo adolescente es importante porque permitirá orientar a los/las adolescentes y al equipo de salud acerca de las consecuencias de un embarazo no deseado o no planificado el que reorientara su proyecto de vida y demandara nuevas responsabilidades ligadas al desarrollo de las/los adolescentes. El abordaje de esta problemática debe realizarse desde una perspectiva más amplia e integral que permita una buena planificación de vida de los adolescentes con lo que se contribuye al desarrollo del país y de la comunidad. Pudiendo ser este el comienzo de una población de jóvenes con metas trazadas y con sentido de superación ya que son el futuro del mañana. Igualmente tiene valor científico y educativo ya que involucra a estudiantes en el proceso de investigación, permitiendo el desarrollo del conocimiento mediante actividades que permitirán un avance cognitivo de los mismos. Del mismo modo la importancia social del mismo permite orientar a los jóvenes en su proceso educativo y como parte de una familia pues esta es la base de la sociedad.

# METODOLOGÍA

## Diseño metodológico

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, socio epidemiológico. Se estudió a las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud de ASSE de Durazno donde todas son derivadas para el control del embarazo. La muestra está constituida por la totalidad de las embarazadas adolescentes que se controlan en el antes mencionado Centro de Salud en el mes de noviembre de 2013. Se elaboró una herramienta para la recolección de los datos que constó de 22 preguntas sencillas y de fácil comprensión para la población consultada, la misma fue puesta a prueba piloto y se realizaron las correcciones pertinentes para dar cumplimiento a los objetivos, el cuestionario llevó aproximadamente 15 minutos por adolescente y fue realizada con el previo consentimiento verbal de las adolescentes.

Las variables utilizadas fueron : Edad de la adolescente, presencia o no de pareja, nivel de instrucción de la adolescente, ocupación, inclusión en instituto educativo en la actualidad, consumo de drogas psicoactivas, menarca, educación sexual, responsable de la educación sexual, comienzo de la actividad sexual, métodos anticonceptivos, uso de métodos anticonceptivos, gestación, planificación familiar, componentes del núcleo familiar, nivel de instrucción del núcleo familiar, sustento económico del hogar, tipo de sustento económico, características de la vivienda, presencia de embarazo adolescente

en hermanas y/o amigas, soporte emocional, actividades recreativas, inclusión en agrupaciones o clubes sociales, actividades deportivas y acceso a medios de comunicación (televisión e informática).

Luego de obtenidos los datos se procedió al análisis de los mismos utilizando estadística descriptiva e inferencial, tabulando los datos mediante tablas de frecuencias (Frecuencia absoluta, frecuencia relativa y frecuencia relativa porcentual), y se detallaran medidas de posición como son la moda , se utilizó la herramienta informática mediante Planillas Excel con sus gráficos respectivos; por último se procederá a la descripción y análisis de los resultados obtenidos.Tabulación se realizó mediante planilla electrónica dinámica. Utilizando programas Excel de Windows seven, tanto para la realización de las tablas como para la elaboración de los gráficos.

### **Criterios de inclusión**

- ☛ Adolescentes embarazadasde 10 a 19 años.
- ☛ Residentes en la Ciudad de Durazno.
- ☛ Que se encuentren cursando embarazo.
- ☛ Que acepten ser entrevistadas.

### **Criterios de exclusión**

- ☛ Todas aquellas usuarias que no cumplan con los requisitos anteriores.

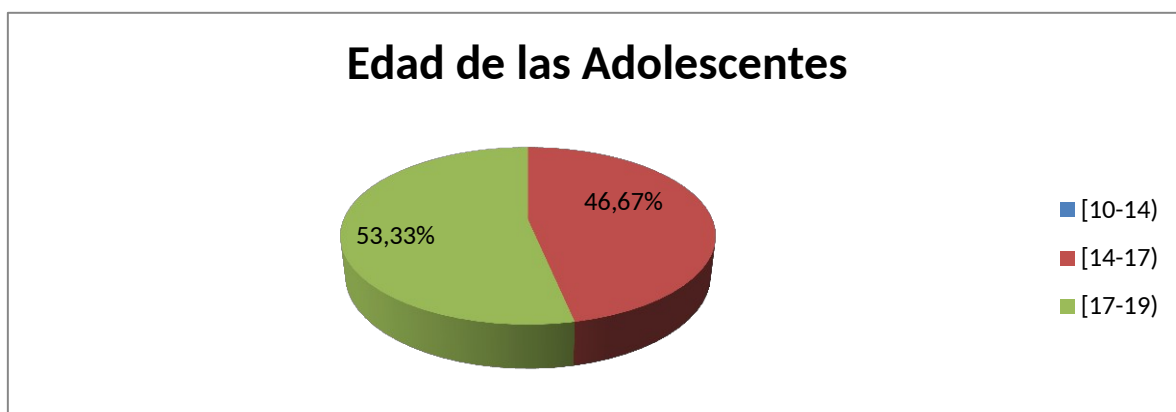


## RESULTADOS

### **Nº1 Edad de la Adolescentes embarazadas del Centro de Salud ASSE de la ciudad de Durazno, en el mes de noviembre del 2013.**

Edad	FA	FR	FR%
[10-14)	0	0	0
[14-17)	14	0,47	46,67
[17-19]	16	0,53	53,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos



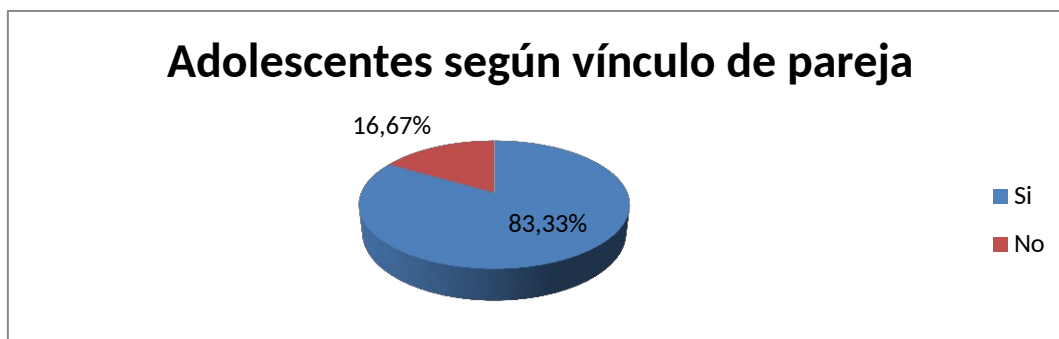
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se observó que las edades prevalentes en las adolescentes embarazadas de la ciudad de Durazno (usuarias de ASSE) están delimitadas en el rango de adolescencia tardía (17-19 años) con un 53,33% de la muestra y en segundo lugar en adolescencia media con un 46,67% de la muestra, no se observó en la muestra embarazadas en adolescencia temprana en la actualidad. La moda muestral se ubica en las adolescentes de entre 17-19 años.

**Tabla N°2 Adolescentes según vínculo de pareja**

Pareja	FA	FR	FR%
Si	25	0,83	83,33
No	5	0,17	16,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

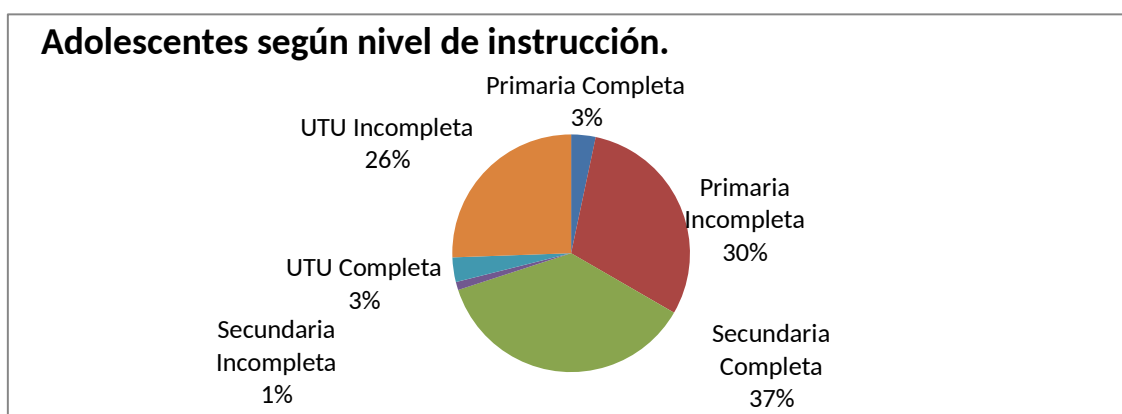
El 83,33% de la muestra tiene pareja actualmente, y un 16,67% no la tiene.

La moda muestral está ubicada en las adolescentes que tienen pareja.

**Tabla N°3 Adolescentes según nivel de instrucción**

Nivel de Instrucción	FA	FR	FR%
Primaria Completa	1	0,03	3
Primaria Incompleta	8	0,27	27
Secundaria Completa	10	0,33	33
Secundaria Incompleta	3	0,1	1
UTU Completa	1	0,03	3
UTU Incompleta	7	0,23	23
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La muestra es heterogénea pero presenta determinadas tendencias que reflejan en general un bajo nivel de instrucción con un 63,33% de la muestra y un 36,66% de la muestra que logró completar al menos dos niveles educativos (Primaria y secundaria). También se puede observar que la moda está dada en adolescentes que tienen secundaria completa.

**Tabla N°4 Adolescentes según calidad de estudiante.**

Concurre a institución educativa	FA	FR	FR%
Si	9	0,30	30,00
No	21	0,70	70,00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



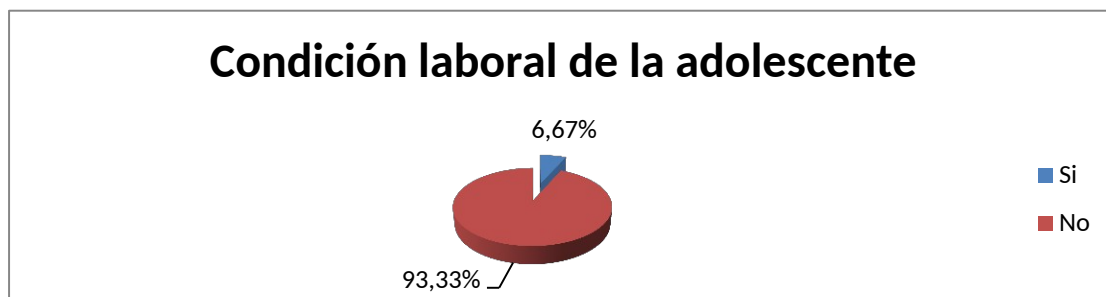
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Las adolescentes de la muestra en un 70% no concurren a ninguna Institución Educativa actualmente, y un 30% continúan asistiendo. La moda de la muestra está dada en las adolescentes que no están relacionadas a ninguna Institución Educativa.

**Tabla N°5 Condición laboral de la adolescente**

Trabaja	FA	FR	FR%
Si	2	0,07	6,67
No	28	0,93	93,33
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



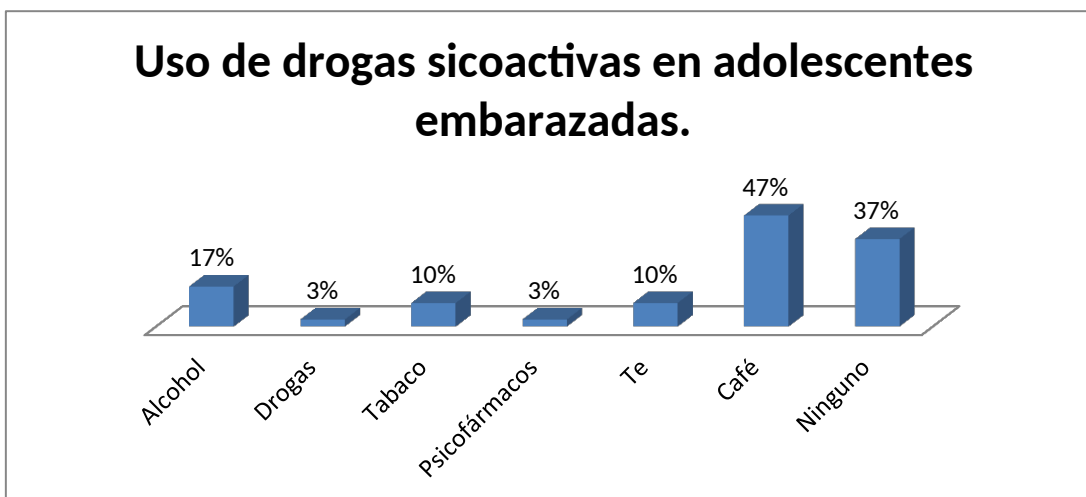
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Un 93,33% de las adolescentes no trabaja actualmente y un 6,67% si lo hace.

**Tabla N°6 Uso de drogas sicoactivas en adolescentes embarazadas.**

Sustancia Sicoactiva	FA	FR	FR%
Alcohol	5	0,17	17
Drogas	1	0,03	3
Tabaco	3	0,10	10
Psicofármacos	1	0,03	3
Te	3	0,10	10
Café	14	0,47	47
Ninguno	11	0,37	37

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



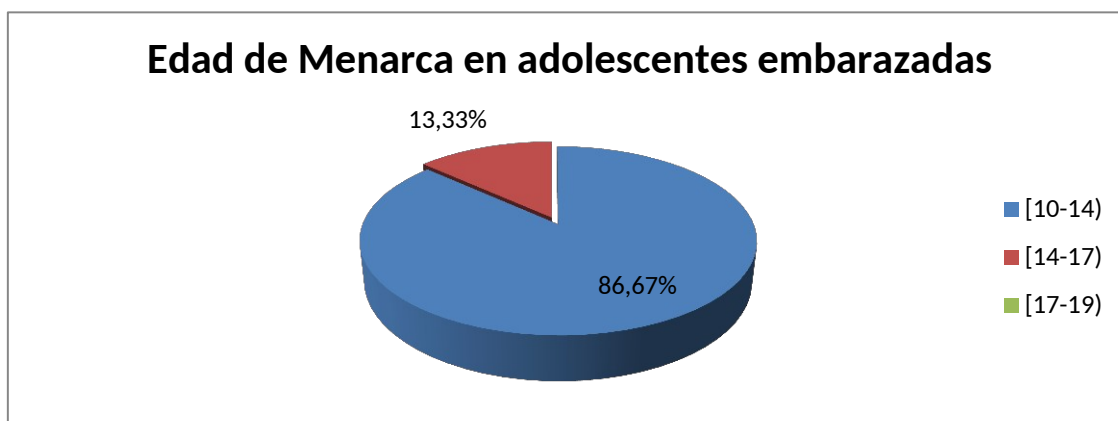
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la muestra podemos decir que el 47% consume café durante el embarazo, el 37% no consume ninguna de las sustancias de la consulta, el 17% consume alcohol durante el embarazo, el 10% consume tabaco y el 10% consume Te durante el embarazo; un 3% drogas durante el embarazo y un 3% consume Psicofármacos. La muestra es multimodal situándose la principal en las adolescentes que consumen café con un 47% del total de la muestra.

**Tabla N°7 Edad de Menarca en adolescentes embarazadas**

Edad	FA	FR	FR%
[10-14)	26	0,87	86,67
[14-17)	4	0,13	13,33
[17-19]	0	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 83,67% de la muestra tuvo su menarca en la adolescencia temprana, y el 13,37% en la adolescencia media.

**Tabla N°8 Educación sexual en las adolescentes.**

Educación Sexual	FA	FR	FR%
Si	25	0,83	83,33
No	5	0,17	16,67
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

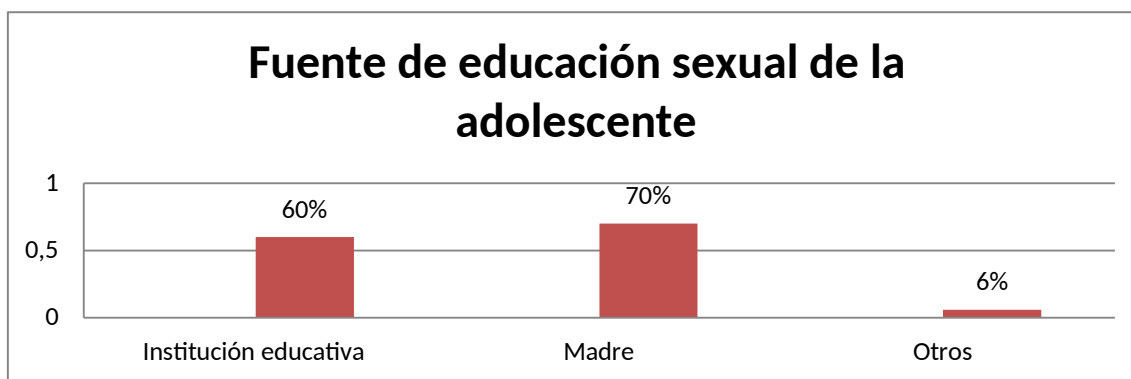
El 83,33% de las adolescentes recibió educación sexual, el restante 16,67% no lo recibió. La moda de la muestra se ubica en la categoría de las adolescentes que recibieron educación sexual.



**Tabla N°9 Fuente de educación sexual de las adolescentes.**

Fuente de educación sexual	FA	FR	FR%
Institución educativa	19	0,6	60%
madre	22	0,7	70%
Otros	2	0,06	6%

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De las adolescentes que recibieron educación sexual, se puede establecer que el 70% recibió educación sexual por parte de su madre, un 60% recibió educación en instituciones educativas y el 6% de otras fuentes.

**Tabla N°10 Edad de inicio de la actividad sexual de las adolescentes.**

Edad	FA	FR	FR%
[10-14)	4	0,13	13,33
[14-17)	24	0,80	80,00
[17-19]	2	0,07	6,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

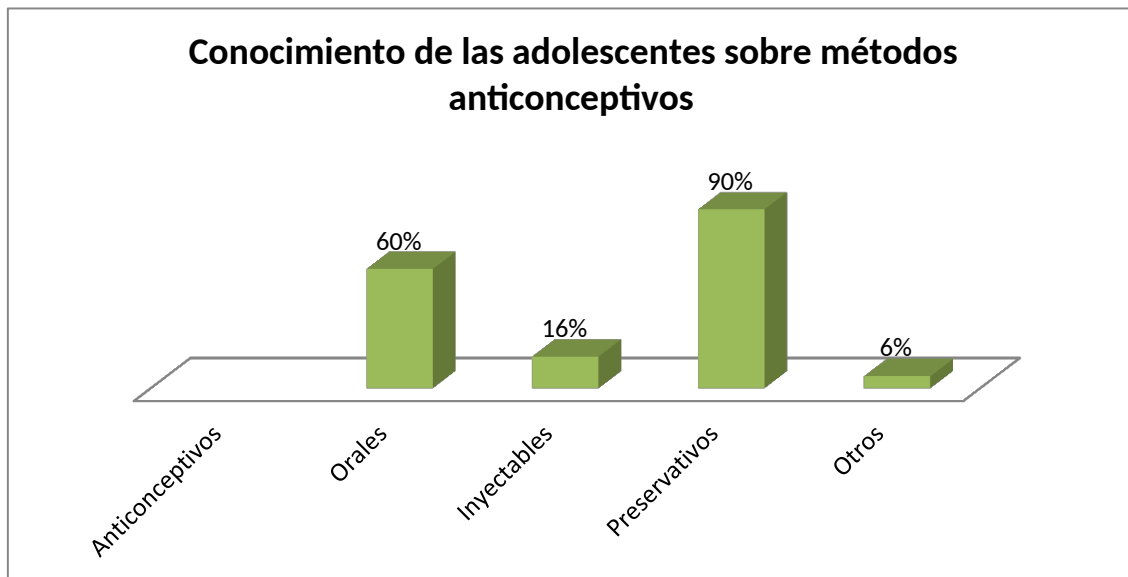
El 80 % de las adolescentes inició su actividad sexual en la adolescencia media, el 13,33% en adolescencia temprana y el 6,67% en la adolescencia tardía. La moda está dada en el rango de la adolescencia media (14-17) años.

La moda muestral se ubica en las adolescentes de entre 14-17 años.

**Tabla N°11 Conocimiento de las adolescentes sobre métodos anticonceptivos.**

Métodos anticonceptivos	FA	FR	FR%
Anticonceptivos Orales	18	0,6	60
Inyectables	5	0,16	16
Preservativos	27	0,9	90
Otros	2	0,06	6

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se observó que el 90% de las adolescentes reconoce los preservativos como método anticonceptivo, el 60% conoce los Anti conceptivos orales, el 16% sabe lo que son los anticonceptivos inyectables y el 6% conoce otro tipo de métodos.

**Tabla N°12 Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.**

Uso de método	FA	FR	FR%
Si	23	0,77	76,67
No	7	0,23	23,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 76,67% de las adolescentes utilizó algún método de anticoncepción, el 23,33% no lo utilizó. La moda muestral está ubicada en las adolescentes que sí usó métodos anticonceptivos alguna vez.

**Tabla N°13 Presencia de embarazos anteriores en la adolescente.**

Embarazo anterior	FA	FR	FR%
Si	28	0,93	93,33
No	2	0,07	6,67
Total	30	1	100



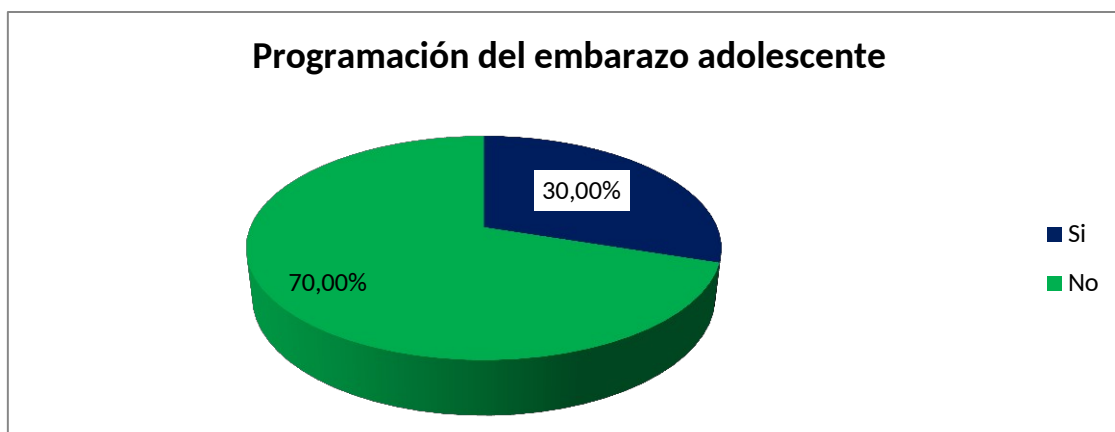
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 93,33% de las adolescentes tuvo embarazos anteriores al actual, y el 6,67% es primigesta. Aquí se observó que la moda muestral se ubica en las adolescentes que han tenido embarazos anteriores.

**Tabla N° 14 Programación del embarazo adolescente.**

Programación	FA	FR	FR%
Si	9	0,30	30
No	21	0,70	70
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



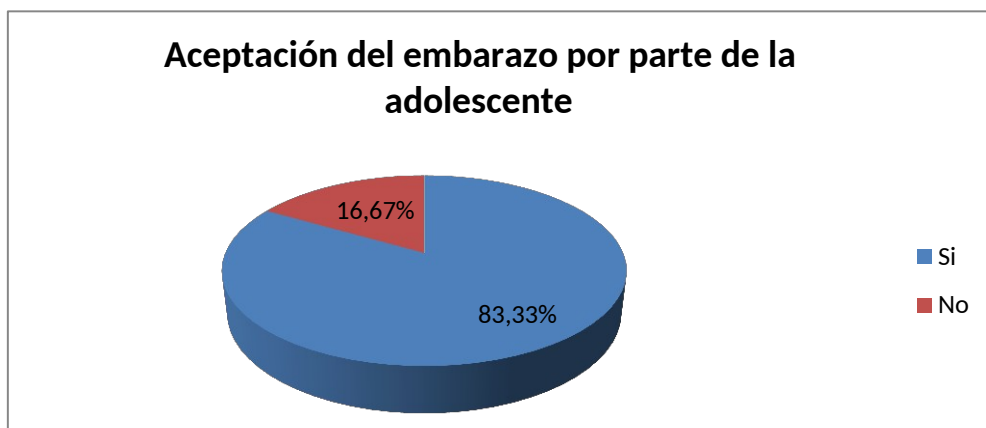
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 70% de las adolescentes no programó el embarazo y el 30% sí programó el mismo. Moda ubicada en adolescentes que no programaron el embarazo.

**Tabla N°15 Aceptación del embarazo por parte de la adolescente.**

Aceptación	FA	FR	FR%
Si	25	0,83	83,33
No	5	0,17	16,67
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos



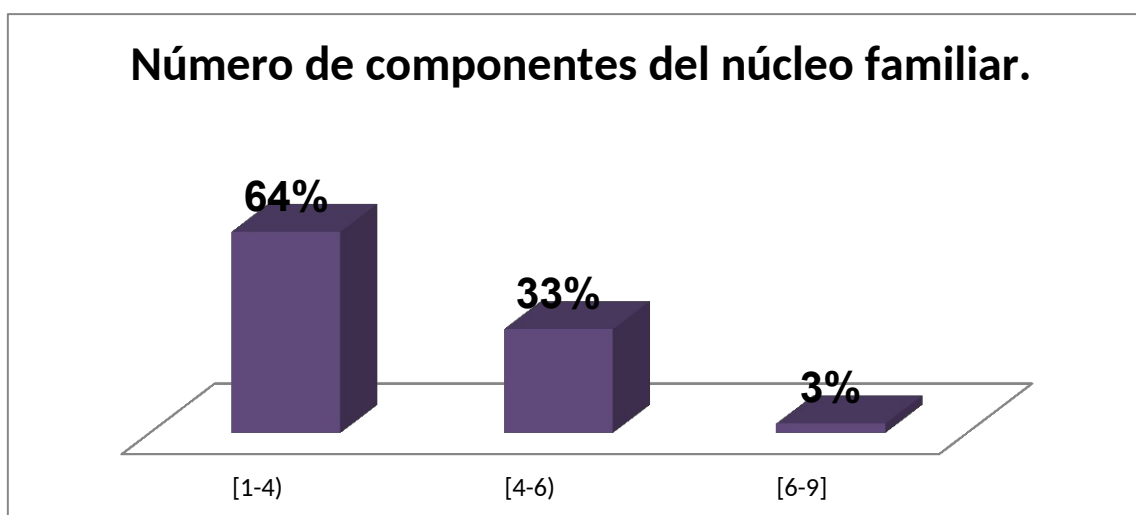
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 83,33% de las adolescentes aceptó su estado de gravidez y el 16,67% no lo aceptó. La moda se encuentra en las adolescentes que aceptan el embarazo.

**Tabla N°16 Número de los Componentes del núcleo familiar.**

N° Componentes	FA	FR	FR%
[1-4)	19	0,64	64
[4-6)	10	0,33	33
[6-9]	1	0,03	3
Totales	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 64% de las adolescentes convive con un rango de personas de entre 1-3 individuos en su núcleo, el 33% convive con un rango de personas de entre 4-6 componentes y el 3% convive con un rango de entre 7-9 personas. La moda muestral se encuentra en el rango de adolescentes que consta de un núcleo familiar tipo comprendido entre 1-3 integrantes.



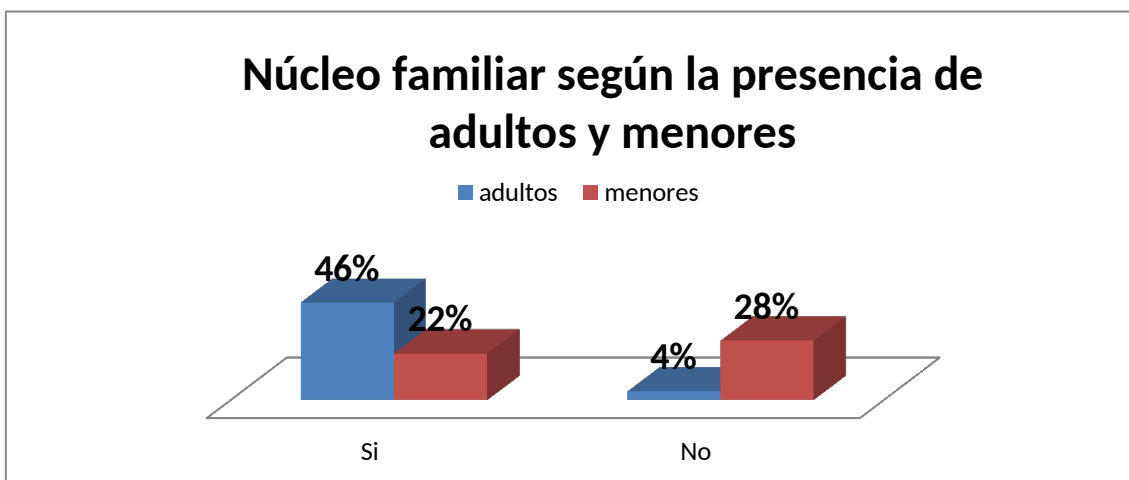
**Tabla N° 17 Núcleo familiar según la presencia de adultos y menores .**

Núcleo Familiar	Si	No	Totales
Adultos	28	2	30
Menores	13	17	30
Totales	41	19	60

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Núcleo Familiar	Si	No	Totales
Adultos	46%	4%	50%
Menores	22%	28%	50%
Totales	68%	32%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En esta tabla vemos que el 46% de las adolescentes convive con adultos y el 4% no vive con adultos; el 28% de las adolescentes no tienen menores en su núcleo familiar y el 22% si los tiene.

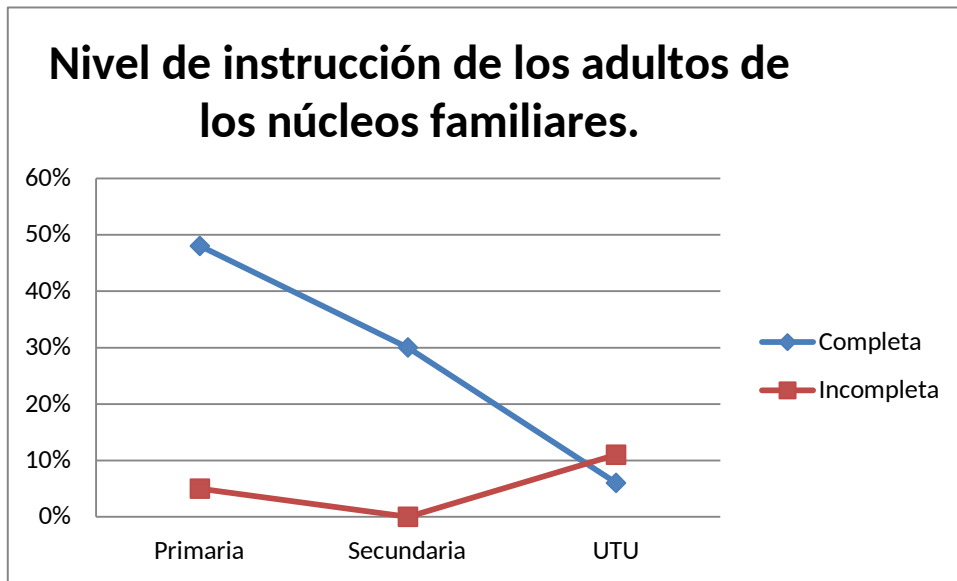
**Tabla N° 18 Nivel de Instrucción de los adultos de los núcleos familiares.**

<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>Completa</b>	<b>Incompleta</b>	<b>Totales</b>
<b>Primaria</b>	18	2	<b>20</b>
<b>Secundaria</b>	11	0	<b>11</b>
<b>UTU</b>	2	4	<b>6</b>
<b>Terciaria</b>	0	0	<b>0</b>
<b>Totales</b>	<b>31</b>	<b>6</b>	<b>37</b>

**Fuente: Instrumento de recolección de datos**

<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>Completa</b>	<b>Incompleta</b>	<b>Totales</b>
<b>Primaria</b>	48%	5%	<b>53%</b>
<b>Secundaria</b>	30%	0	<b>30%</b>
<b>UTU</b>	6%	11%	<b>17%</b>
<b>Terciaria</b>	0	0	<b>0</b>
<b>Totales</b>	<b>84%</b>	<b>16%</b>	<b>100</b>

**Fuente: Instrumento de recolección de datos.**



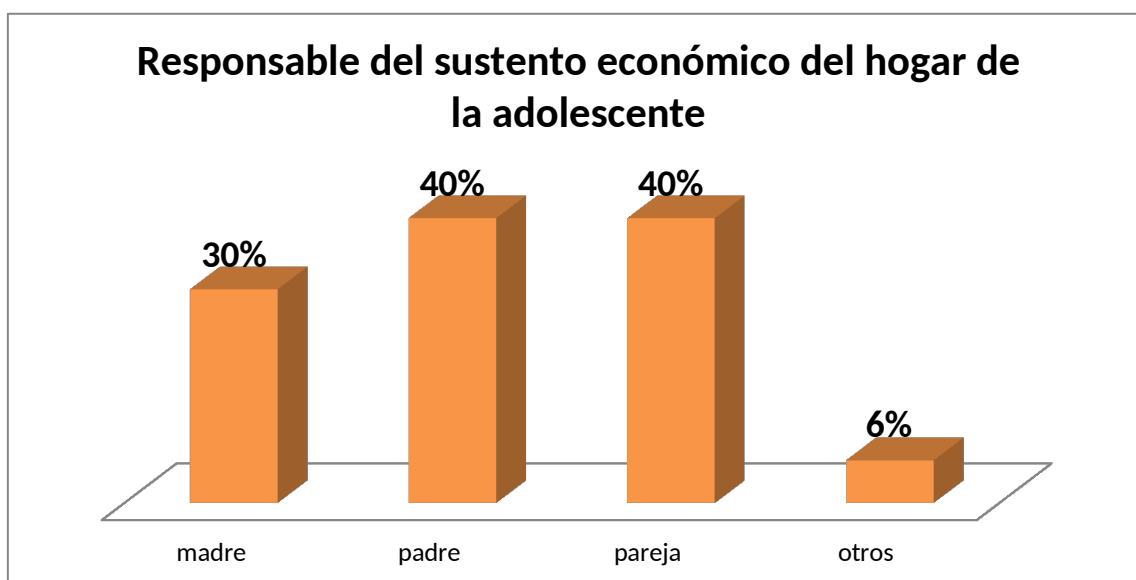
**Fuente:** Instrumento de recolección de datos.

Esta tabla nos refleja claramente que el nivel de instrucción de los adultos con los que conviven las menores es bajo con un 90%, del total de adultos que componen el núcleo familiar. La moda muestral se encuentra en la categoría de los adultos solo con primaria completa.

**Tabla N°19 Responsable del sustento económico del hogar de la adolescente.**

Sustento	FA	FR	FR%
madre	10	0,3	30
padre	13	0,4	40
pareja	13	0,4	40
otros	2	0,06	6

Fuente: Instrumento de recolección de datos



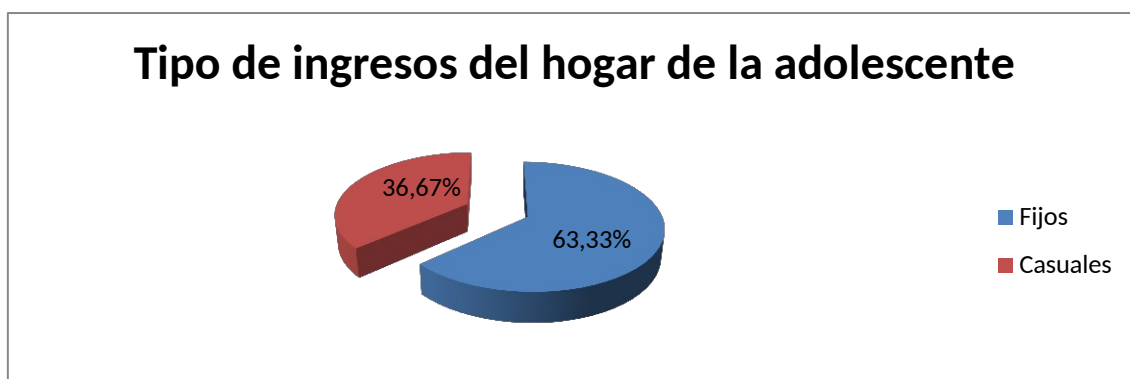
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se encontró que para 40% de la muestra el sustento del hogar proviene del padre de la adolescente y el 40% es la pareja de la misma, en el 30% es la madre y el 6% es otra persona del núcleo familiar. Esta muestra es bimodal, donde las mismas son el Padre y el concubino de la adolescente.

**Tabla N°20 Tipo de ingresos del hogar de la adolescente.**

Ingresos	FA	FR	FR%
Fijos	19	0,63	63,33
Casuales	11	0,37	36,67
Totales	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



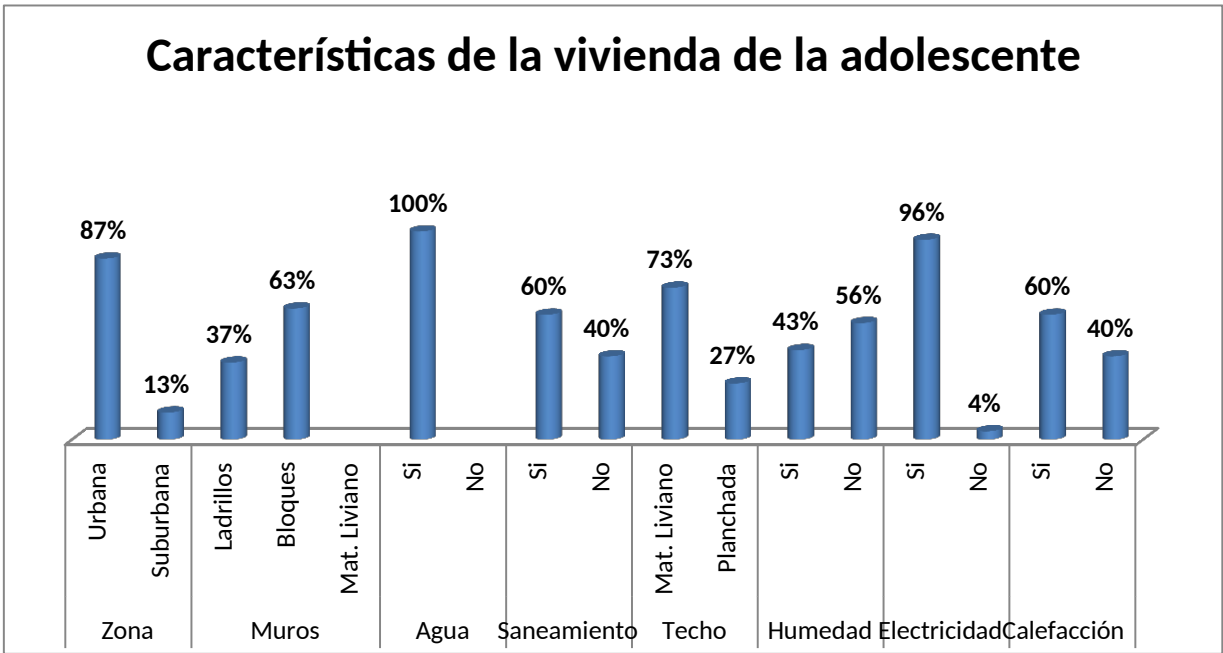
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En el 63,33% de los hogares de las adolescentes tienen ingresos fijos para su sustento y en el 36,67% de los hogares los ingresos son casuales. La moda muestral se encuentra en los hogares con ingresos fijos.

**Tabla N°21 Características de la vivienda de la adolescente.**

Vivienda	Características	FA	FR	FR%	N=30
<b>Zona</b>	Urbana	26	0,87	87,0	
	Suburbana	4	0,13	13	
<b>Muros</b>	Ladrillos	11	0,37	37	
	Bloques	19	0,63	63	
	Mat. Liviano*	0	0	0	
<b>Agua</b>	Si	30	1	100	
	No	0	0	0	
<b>Saneamiento</b>	Si	18	0,6	60	
	No	12	0,4	40	
<b>Techo</b>	Mat. Liviano*	22	0,73	73	
	Planchada	8	0,27	27	
<b>Humedad</b>	Si	13	0,43	43	
	No	17	0,56	56	
<b>Electricidad</b>	Si	29	0,96	96	
	No	1	0,04	4	
<b>Calefacción</b>	Si	18	0,6	60	
	No	12	0,4	40	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos.

La vivienda se caracterizó por ubicarse en zona urbana en el 87% de los casos, así como presentar muros de bloques en el 63% de los casos, el 73% de las viviendas cuentan con techo liviano; el 100% tiene agua potable en sus domicilios, el 60% tiene saneamiento; el 96% cuenta con suministro de luz eléctrica, el 56 % no tiene humedades en los muros de su casa y el 60 % cuenta con algún sistema de calefacción.

**Tabla N°22 Vínculo de amistad con otras adolescentes embarazadas**

Amistad con otras adolescentes embarazadas	FA	FR	FR%
Si	12	0,40	40
No	18	0,60	60
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 60% de las adolescentes no tuvo amigas que hayan estado embarazadas previamente, el 40% si las tuvo. La moda de la muestra está dada en las adolescentes que no tienen amigas embarazadas adolescentes.



**Tabla N 23 Presencia de hermanas adolescentes embarazadas .**

Hermanas adolescentes embarazadas	FA	FR	FR%
Si	7	0,23	23,33
No	23	0,77	76,67
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 76,67% de la muestra no tuvo hermanas que hayan estado embarazadas siendo adolescentes, el 23,3% si las tuvo. La moda está marcada en las adolescentes que no han tenido hermanas embarazadas adolescentes.

**Tabla N°24 Soporte emocional en la adolescente embarazada.**

Soporte emocional	FA	FR	FR%
Si	25	0,83	83,33
No	5	0,17	16,67
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 83,33% refirió tener soporte o contención emocional por parte de sus seres queridos, el 16,67% no lo tuvo. Moda en las adolescentes que contaron con soporte emocional.

**Tabla N°25 Actividades recreativas en las adolescentes embarazadas.**

Actividad Recreativa	FA	FR	FR%
Si	9	0,30	30
No	21	0,70	70
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 70% de las adolescentes no realizó actividades recreativas, el 30% si lo hizo.

Moda dada en adolescentes que no realizaron ninguna actividad recreativa.

**Tabla N° 26 Actividades deportivas en las adolescentes embarazadas.**

Deportes	FA	FR	FR%
Si	3	0,10	10
No	27	0,90	90
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



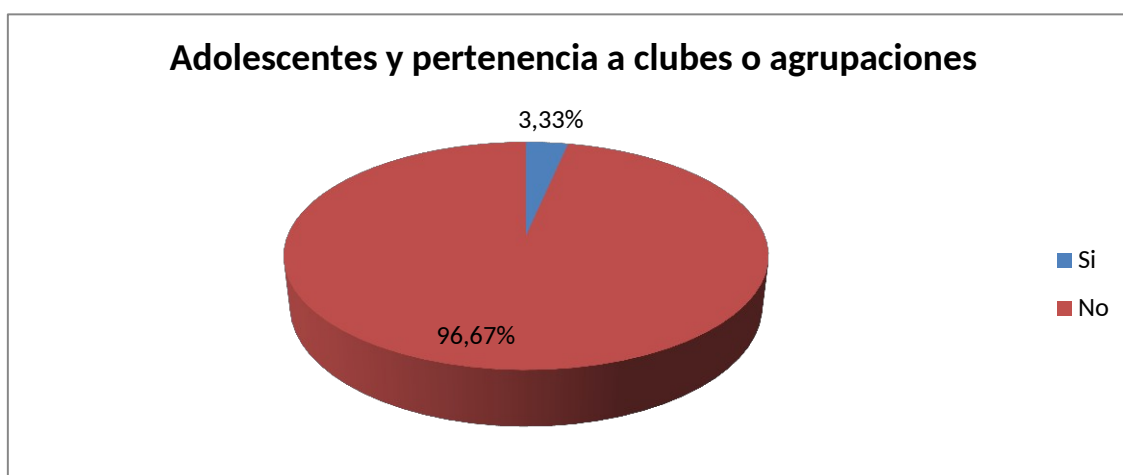
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 90% de las adolescentes no realizó actividades deportivas, el 10% restante si lo hizo. Muestra unimodal dada en adolescentes que no realizaron actividades deportivas.

**Tabla N°27 Adolescentes y pertenencia a clubes o agrupaciones.**

Club o agrupación	FA	FR	FR%
Si	1	0,03	3,33
No	29	0,97	96,67
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



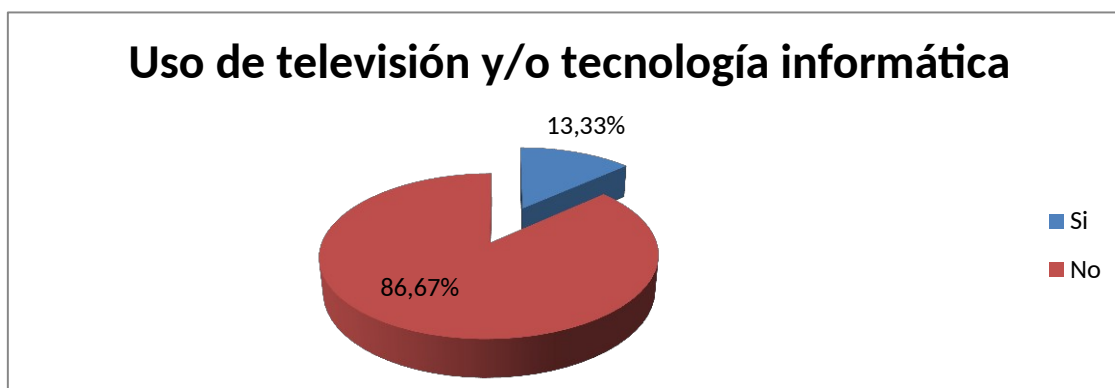
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 96,67% de las adolescentes no pertenecía a ningún club o agrupación social, el restante 3,33% si pertenecía. Muestra unimodal dada en adolescentes que no pertenecían a ningún club o social o agrupación.

**Tabla N° 28 Uso de televisión y/o tecnología informática.**

Telecomunicaciones	FA	FR	FR%
Si	4	0,13	13,33
No	26	0,87	86,67
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 86,67% de la muestra negó usar medios de telecomunicación (específicamente televisión y/o equipos informáticos). Muestra unimodal dada en adolescentes que no tuvieron contacto con medios de comunicación como la televisión e informática.

## DISCUSION

De acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud Pública en Uruguay aproximadamente 7000 adolescentes se encuentran cursando embarazos o han dado a luz. Las madres adolescentes proceden en su gran mayoría de medios socio- económicos deficitarios, familias desestructuradas, con una gran deserción estudiantil. El embarazo adolescente se ha convertido en un gran problema de la salud pública, ya que el 25% de los nacimientos se produce en el sector público existiendo un riesgo médico y socio-económico. Dentro de las consecuencias del mismo se encuentran también, el desempleo, mayor número de hijos, relaciones de pareja conflictivas, aumento de enfermedades de transmisión sexual. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano comprendida entre la niñez y la etapa de adulto joven. La OMS determina la misma entre los 10 y 19 años, caracterizada por profundos cambios físicos, psicológicos, sociales que determinan confusiones, cambios de rol, comienzo de la independencia afectiva y social. Se constató en nuestra investigación que las edades prevalentes en las adolescentes embarazadas de la ciudad de Durazno, usuarias de ASSE, están delimitadas en el rango de la adolescencia tardía (17-19 años) con un 53,33% de la muestra y en segundo lugar en adolescencia media con un 46,67%, no se constataron en la muestra embarazadas en adolescencia temprana actualmente. Coincidiendo con las estadísticas nacionales podemos ver una correlación en cuanto a las edades de las adolescentes. El estudio reveló que el 83.67% tuvieron

su menarca en la adolescencia temprana y el 13.37% en la adolescencia media. Comparando estos valores se ha demostrado que las adolescentes que tardaron más tiempo en embarazarse desde su menarca, tienen menos riesgos de salud, para sí y para sus hijos, en nuestra muestra observamos un 46,67% de adolescentes que presentan un mayor riesgo durante el transcurso del embarazo. Las cifras de adolescentes embarazadas a nivel nacional informan que el 80% de las adolescentes embarazadas tiene pareja estable, coincidiendo con esta tendencia en la ciudad de Durazno el 83.33% tiene pareja actualmente y el 16.67% no la tiene. El 80 % de las adolescentes iniciaron su actividad sexual en la adolescencia media, el 13,33% en adolescencia temprana y el 6,67% en la adolescencia tardía. El 83,33% de las adolescentes ha recibido educación sexual, el restante 16,67% no la ha recibido. Las adolescentes en nuestro país reciben educación sexual de parte de la madre como primera fuente de educación y de las instituciones como segunda fuente; nuestros resultados coinciden con datos a nivel nacional que revelan la existencia de un alto nivel de conocimiento sobre el acceso a servicio de anticoncepción y deja visualizar que el problema no reside aquí. En nuestro estudio se logró establecer que el 70% recibió educación sexual por parte de su madre, un 60% recibió educación en instituciones educativas y el 6% de otras fuentes. La relación nivel educativo de los adultos y educación sexual que brindaron a sus hijas plantea la interrogante sobre la calidad de dicha educación; a nivel nacional se ha demostrado que a mayor nivel educativo y grado de supervisión parental de la madre es menor la incidencia de embarazo lo



que coincide con nuestra muestra. Se comprobó que el 90% de las adolescentes reconoce los preservativos como método anticonceptivo, el 60% conoce los anticonceptivos orales, el 16% conoce los anticonceptivos inyectables y el 6% conoce otro tipo de métodos. El 76,67% de las adolescentes ha utilizado algún método de anticoncepción, el 23,33% no lo ha utilizado. Esto nos permite inferir la escasa información que poseen las adolescentes sobre el correcto uso de los métodos anticonceptivos. En general en diversos estudios a nivel nacional los adolescentes son malos usuarios de métodos anticonceptivos comparados con los jóvenes y los adultos dado que estos los abandonan con mayor frecuencia o eligen métodos menos efectivos. El 93,33% de las adolescentes ha tenido embarazos anteriores al actual, y el 6,67% es primigesta. Estas cifras coinciden con las cifras nacionales e internacionales, que demuestran que es muy alto el porcentaje de adolescentes que alrededor de uno o dos años luego del primer embarazo incurren en una nueva gesta. La alta prevalencia de la reiteración del embarazo sugiere que la prevención debe estar enfocada en la madre adolescente existiendo características que aumentan el grado de vulnerabilidad a la repetición de un embarazo como lo son: deserción escolar, pareja estable, deseo de un nuevo embarazo, resultado de un primer embarazo (aborto, muerte fetal, recién nacido prematuro, muerte neonatal). El 83,33% de las adolescentes acepta su estado de gravidez, aun cuando el 70% no programó su embarazo y el 16,67% no lo acepta.

Las tendencias reflejan en general un bajo nivel de instrucción con un 63,33% de la muestra que cuenta con primaria completa y un 36,66% de la muestra que logró completar secundaria. También se puede observar que la moda está dada en adolescentes que tienen secundaria completa. El bajo nivel educativo a nivel mundial, coincide con la población de estudio en Durazno. Las adolescentes de la muestra en un 70% no concurren a ninguna Institución Educativa actualmente, y un 30% continúan asistiendo. La deserción estudiantil es muy marcada y está comprobado por diversos estudios a nivel mundial (UNFPA) que cuanto más tiempo permanezca alejada de las instituciones educativas la adolescente, menos posibilidades de reinserción a los sistemas educativos tiene. En cuanto al nivel educativo del núcleo familiar de las adolescentes en estudio, conformado por los adultos, mostraron que el 90% de ellos tienen solo enseñanza primaria completa, lo que revela que también en los adultos el bajo nivel educativo no sería de apoyo para continuar su educación y posterior inserción en el mercado laboral. Un 93,33% de las adolescentes no trabaja actualmente y un 6,67% si lo hace. En nuestro país la condición laboral de los adolescentes es compleja, dado que INAU no autoriza que los menores de 18 años trabajen salvo excepciones muy puntuales donde el trabajo a desempeñar no vulnere la integridad física y psíquica del adolescente y con la debida autorización por parte del tutor legal del menor. Es por esto que los adolescentes tienen poca inserción laboral además de que los que consiguen un trabajo en general están trabajando irregularmente, con bajos salarios y sin beneficios sociales. El 64% de las adolescentes convive con un

rango de personas de entre 1-3 individuos en su núcleo familiar, el 33% convive con un rango de personas de entre 4-6 componentes y el 3% convive con un rango de entre 7-9 personas. La moda muestral se encuentra en el rango de adolescentes que consta de un núcleo familiar tipo comprendido entre 1-3 integrantes en el núcleo sin incluir la muestra. Se encontró que en el 40% de la muestra el sustento del hogar es el padre de la adolescente y el 40% es la pareja de la misma, en el 30% es la madre y el 6% es otra persona del núcleo familiar. En el 63,33% de los hogares de las adolescentes tienen ingresos fijos para su sustento y en el 36,67% de los hogares los ingresos son casuales (changas, zafras). De acuerdo a las cifras del nivel educativo de los adultos (90% primaria completa) que son sustento del hogar relacionado con el nivel de ingresos podemos inferir que los mismos resultan insuficientes, en especial en las familias extensas. La vivienda se caracteriza por ubicarse en zona urbana en el 87% de los casos, así como presentar muros de bloques en el 63% de los casos, el 73% de las viviendas cuentan con techo liviano; el 100% tiene agua potable en sus domicilios, el 60% tiene saneamiento; el 96% cuenta con suministro de luz eléctrica, el 56 % no tiene humedades en los muros de su casa y el 60 % cuenta con algún sistema de calefacción.

En la población en estudio se demostró que el 47% consume café durante el embarazo, el 37% no consume ninguna de las sustancias de la consulta, el 17% consume alcohol durante el embarazo, el 10% consume tabaco y el 10% consume Te durante el embarazo; un 3% drogas durante el embarazo y un 3%

consume Psicofármacos. En este aspecto vemos en nuestros resultados una alta tasa de consumo de cafeína en la embarazada con los riesgos que conlleva su consumo en dosis tóxicas (>300 mg/día), este estudio no cuantificó las cantidades de cafeína consumida por cada adolescente embarazada pero sí deja a la vista aquellas que son más vulnerables. El 60% de las adolescentes no tiene amigas que hayan estado embarazadas previamente, pero el 40% sí, las tiene. En este aspecto se diferencia de la media nacional, donde el tener: madre, hermana o amigas con embarazos en su adolescencia es prevalente aunque no determinante.

El 76,67% de la muestra no tiene hermanas que hayan estado embarazadas siendo adolescentes, el 23,3% sí, las tiene. El 83,33% refiere tener soporte o contención emocional por parte de personas significativas, el 16,67% no lo tiene. El 70% de las adolescentes no realizan actividades recreativas, el 30% si lo hacen. Moda dada en adolescentes que no realizan ninguna actividad recreativa. El 90% de las adolescentes no realiza actividades deportivas, el 10% restante si las hace. El 96,67% de las adolescentes no pertenece a ningún club o agrupación social, el restante 3,33% si pertenece. Estas cifras revelan el sedentarismo y la escasa inserción social de las adolescentes embarazadas en estudio. El 86,67% de la muestra niega usar medios de telecomunicación específicamente televisión y/o equipos informáticos. Estas cifras difieren con las obtenidas en estudios realizados en adolescentes que residen en ciudades como Montevideo así como en otras grandes ciudades del país, donde los

medios para acceder a la informática están más organizados y son más accesibles. La televisión en el interior del país se ofrece a través de las redes de televisión por cable, lo que significa una erogación económica a las que familias con bajos recursos económicos no pueden acceder.

## CONCLUSION

El embarazo y el parto en adolescentes pueden tener consecuencias negativas para la salud física y mental y el bienestar social de las mismas, su rendimiento educativo y su potencial de obtener ingresos. Los orígenes de estos efectos están en la persistente desigualdad de género, en la discriminación en estructuras legales, sociales y económicas, lo que genera estigmatización, marginalización y viola derechos humanos fundamentales. Cuando se le niega la información y los servicios para prevenir el embarazo se menoscaba su autonomía. Así mismo constituyen violación de sus derechos e impedir su concurrencia a la escuela por estar embarazada, o se las exige, a casarse o son víctimas de violencia o coacción sexual.

Es en este aspecto que las estrategias de las organizaciones nacionales e internacionales han encaminado sus esfuerzos para la prevención del embarazo adolescente. Desde el punto de vista de los derechos humanos de los niños y adolescentes el primer factor que se debe tener en cuenta es el derecho a la educación. La misma debe comprender la educación sexual y reproductiva a niños y adolescentes así como estrategias para mantener por más tiempo a los mismos escolarizados. En nuestro país el estado ha provisto de herramientas para conseguir este objetivo en el ámbito de la salud, aun

cuando en las instituciones educativas la formación del educador no sea la óptima. El equipo de salud cuenta con programas al respecto que deberían articularse con los centros educativos: primaria y secundaria para coordinar actividades de educación para la salud, tanto de promoción, prevención, cuidados y auto-cuidados a una población infantil y adolescente que los incorpore como valores para su futuro. Así también, es de vital importancia la integración de los adultos responsables de los niños y adolescentes en esta tarea de educación. La formación continua del personal de salud es fundamental a la hora de desarrollar esta tarea con esta población tan vulnerable, adquiriendo un papel de relevancia el Licenciado en Enfermería quienes dentro del equipo de Enfermería tiene una formación adecuada para el desempeño de la educación sexual con un enfoque holístico y biomédico, siendo de vital importancia el brindar atención eficiente, eficaz y de calidad. El estudio realizado pone en evidencia que la educación es la herramienta fundamental para la prevención y/o disminución del embarazo adolescente. También se comprobó que el mayor porcentaje de embarazos adolescentes ocurre en familias disfuncionales, percibido por las adolescentes como forma de escapar de las mismas. En el equipo de salud el profesional de enfermería es quien debe coordinar, crear estrategias de acuerdo al medio y a la población que está bajo su cuidado, implementar los planes de atención a la población más vulnerable desde el punto de vista socioeconómico y cultural, con empatía y respeto por sus creencias y valores.

## **SUGERENCIAS**

Ofrecer por parte de las instituciones educación sexual a los adolescentes pero con un enfoque holístico y biomédico. Quienes deben educar en esta temática son aquellos profesionales que están capacitados para la misma como somos los Licenciados en Enfermería o aquellos que se capaciten específicamente en educación para la salud.

Abrir las puertas de las instituciones a los padres de los adolescentes para que estos también se involucren en el proceso educativo del adolescente, mediante talleres, educación para la salud, participación y actividades familiares.

Reforzar los conocimientos de la adolescente sobre métodos anticonceptivos, y planificación familiar dentro de los Centros prestadores de salud trabajando en coordinación con las instituciones educativas.

Identificar redes de apoyo para estas madres con el fin de contribuir en el desempeño del nuevo rol al que se van a ver enfrentadas, además de incorporar a los padres, familia, o cuidadores como agentes primarios de formación, reforzando la información que ellos manejan.

Identificar oportunamente en el control prenatal, factores de riesgo para orientar a la madre, pareja y/o cuidador a los servicios y programas pertinentes con la



finalidad de prevenir complicaciones para la madre y su hijo. Identificar factores de vulnerabilidad de la adolescente para un nuevo embarazo utilizando como apoyo el resto del equipo multidisciplinario con el que cuenta el equipo asistencial en nuestro país.

Plantear estrategias para que la adolescente no deserte de las instituciones educativas, brindándoles otras opciones de estudio como por ejemplo seguimiento de cursos a distancias a través de plataformas virtuales para adolescentes embarazadas, donde la herramienta informática hoy es de fácil acceso a todos los adolescentes y solo faltaría la instrumentación por parte del Ministerio de Educación y Cultura articulado con ASSE.

## **NORMAS ETICAS**

Se tomaron muchas precauciones al momento de realizar la recolección de la muestra dado que estamos tratando con sujetos de derecho menores de edad.

Se realizaron gestiones de consulta ante INAU, sección jurídica (Dr. Edgard Marzarini) y se pidió asesoramiento a psicólogos (Lic.enPsic. A. Bosch) y asistentes sociales (Lic. en Trabajo Social Alejandro Castro) que nos brindaron herramientas muy valiosas de como debíamos abordar la temática y ser más eficientes y eficaces al momento de realizar la recolección de la muestra.

No se realizó consentimiento informado a la población, pero si se le solicitó el consentimiento verbal dado que en todo momento se brinda confidencialidad de la identidad de las adolescentes y por ser la muestra recolectada directamente en la institución y por estudiantes de Facultad de Enfermería quienes probaron el uso de la herramienta, es que se otorga fiabilidad a la muestra.







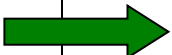
Se seleccionó un entorno físico dentro de la institución que brindara un clima adecuado y seguro a la población para asegurar aún más la confidencialidad de la información brindada por las adolescentes.

Se realizaron las solicitudes de campo por escrito y se obtuvieron formalmente las mismas las cuales se adjuntan.

# ANEXOS

- Anexo 1..... Cronograma de Gantt
- Anexo 2.....Protocolo de Investigación
- Anexo 3..... Autorización de campo
- Anexo 4..... Instrumento de recolección de datos
- Anexo 5..... Tablas y gráficos.

**CRONOGRAMA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y SOCIALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ASSE DE LA CIUDAD DE DURAZNO- URUGUAY, NOVIEMBRE 2013.**

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Revisión del protocolo									
Presentación del protocolo									
Autorización de campo									
Prueba piloto y recolección final de datos									
Análisis de datos									
Evaluación de datos									
Correcciones									

**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**CATEDRA MATERNO INFANTIL**

**Carrera Escalonada – Generación 2010**

**CARACTERISTICAS FAMILIARES Y SOCIALES DE  
LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS USUARIAS  
DEL CENTRO DE SALUD DE ASSE DE LA CIUDAD DE  
DURAZNO- URUGUAY, NOVIEMBRE 2013.**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**Tutores Autoras**

***Lic. Enf. Alicia Pérez***

**Maríel Cabrera,**

**C.I.1.967.997-1**

***Lic. Enf. Sandra Pignataro***

**Claudia Echenagucia**

**C.I.3.903.350-9**

**Gladys Godoy,**

**C.I.3.481.687-9**

**Rosario Machin,**

**C.I.3.655.699-6**

**Sonia Ramirez,**

**C.I.4.077.047**

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realiza en la ciudad de Durazno República Oriental del Uruguay. Es un estudio descriptivo cualitativo de corte transversal que investiga las características familiares y sociales de las adolescentes embarazadas usuarias del Centro de Salud de ASSE de la ciudad de Durazno. Realizado por un grupo de cinco estudiantes de Carrera Escalonada de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República Oriental del Uruguay. El estudio se realizará en una muestra de 30 (que es la totalidad de las adolescentes de la ciudad en el momento) adolescentes provenientes del Centro de Salud de ASSE que atiende exclusivamente a esta población; dentro del subgrupo atención al embarazo adolescente. El tiempo estipulado para la realización de la investigación es de un mes. La temática para el día Mundial de la Población 2013 está dedicado al embarazo adolescente “19 de cada 100 chicas menores de 18 años dan a luz en países en desarrollo. Tres de las mismas no llegan a los 15 años de edad. El objetivo del Día Mundial de La Población en su edición de 2013 es sensibilizar sobre los problemas que conlleva el embarazo adolescente. El fin es asegurar que todos los embarazos sean deseados, todos los nacimientos seguros y que todos los niños puedan desarrollar su potencial.”(1) Tomando la premisa de este año, es que nuestro equipo de trabajo intenta describir las características sociales y familiares de la adolescente embarazada que pueden explicar e influir sobre la ocurrencia del embarazo. De esta forma poder aportar estrategias futuras para la prevención del embarazo en las adolescentes.

(1) UNFPA, Estado de la Población Mundial, Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes, UNFPA Uruguay Agosto 2013

De acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud Pública en Uruguay aproximadamente 7000 adolescentes se encuentran cursando embarazos o han dado a luz.(2) Las madres adolescentes proceden en su gran mayoría de medios socio- económicos deficitarios, familias desestructuradas, con una gran deserción estudiantil. El embarazo adolescente se ha convertido en un gran problema de la salud pública, (25% de los nacimientos en el sector público) siendo de riesgo médico y socio-económico. Dentro de las consecuencias del mismo se encuentran la deserción estudiantil, el desempleo, mayor número de hijos, relaciones de pareja conflictivas, aumento de enfermedades de transmisión sexual. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano comprendida entre la niñez y la etapa de adulto joven. La OMS determina la misma entre los 10 y 19 años. Caracterizada por profundos cambios físicos, psicológicos, sociales que determinan confusiones, cambios de rol, comienzo de la independencia afectiva y social.

Se ha comprobado que en la situación familiar actualmente los cambios de rol influyen en la crianza y educación de los hijos. Madres y padres que deben trabajar, mujeres jefas de hogar con hijos a cargo, los que sienten una suerte de abandono de parte sus padres. La adolescencia se caracteriza por ser la etapa del desarrollo en que el “niño-adulto” necesita de referentes y modelos a seguir, donde la contención y el apoyo familiar son de vital importancia así como el establecimiento de límites que los orienten en sus elecciones y comportamientos que a la postre serán los determinantes de su vida adulta. Por otra parte el adolescente puede tener creencias equivocadas por ejemplo: desconocimiento, desinformación, exploración de la sexualidad. Dentro de los factores familiares podemos considerar la falta de afecto, maltrato físico (incluso abuso sexual) falta de comunicación y orientación, situación familiar conflictiva, familias muy estrictas o muy permisivas. Nuestra actitud como profesionales de enfermería junto a nuestras acciones en la educación se deben reflejar entonces nuestra preocupación por disminuir los riesgos de embarazos no deseados y detectar cuáles son los factores en el núcleo familiar que puedan explicar cuáles son las adolescentes con mayor riesgo de embarazarse y proponer acciones que sean útiles dentro del sistema sanitario que puedan contribuir con los objetivos planteados.

(2) [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)



## FUNDAMENTACIÓN

Preocupa a la sociedad más de lo que ésta quisiera admitir, el aumento de los embarazos en adolescentes un grave problema de la salud pública a nivel mundial, si bien el número mayor de embarazadas adolescentes se encuentran en los países subdesarrollados o en desarrollo. El embarazo y la maternidad adolescente se convierten en un desafío tanto para los padres adolescentes como para sus hijos, que afectan su salud integral, la de sus familias, la sociedad y el estado. La repercusión social y económica implica deserción escolar y menos oportunidades educativas, lo que incide en el aumento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando al fortalecimiento del círculo de la pobreza. Los adolescentes no planifican su vida sexual, en general, llegan a ella con la falsa creencia que no les va a pasar nada, sin saber cuan altas son las probabilidades de un embarazo en estas condiciones. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente unos 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros, iniciándose sexualmente cada vez a edades más tempranas. En nuestro país estudios realizados por parte del Ministerio de Salud indican que el mayor porcentaje de adolescentes tienen su debut sexual antes de los 15 años. En este orden el comienzo de las relaciones sexuales a edades cada más tempranas son una decisión sobre la que influyen o interactúan una serie de factores internos como la falta de información, exploración de la sexualidad, falta de recursos preventivos y/o la resistencia a usarlos, sentimientos de omnipotencia que caracterizan a la adolescencia, falta de interés por el estudio, la familia, actividades comunitarias, escape de familias disfuncionales. En el orden familiar la percepción de la falta de afecto, por parte del adolescente, el maltrato físico y psicológico incluyendo el abuso sexual, la falta de comunicación e información por parte de sus familias son factores que se repiten en las situaciones de embarazos en adolescentes. En el orden social son factores predisponentes el uso de drogas psicoactivas, que limitan el control de los impulsos, el cumplimiento de asignación de género de su entorno como lo son la iniciación sexual y la procreación como forma de probar la feminidad o masculinidad, crecer en comunidades donde el embarazo adolescente es común y se considera algo natural, entornos empobrecidos ser hija de madre adolescente. Todos estos factores al unirse hacen percibir al adolescente poca o ninguna oportunidad para el éxito, con la planificación de un proyecto de vida que les permita la superación personal.

## JUSTIFICACION

Según el informe del año 2013 del Fondo para la Población mundial “19 de cada 100 chicas menores de 18 años dan a luz en países en desarrollo. Tres de las mismas no llegan a los 15 años de edad. El objetivo del Día Mundial de La Población en su edición de 2013 es sensibilizar sobre los problemas que conlleva el embarazo adolescente. El fin es asegurar que todos los embarazos sean deseados, todos los nacimientos seguros y que todos los niños puedan desarrollar su potencial”. Hoy día 20.000 adolescentes en el mundo dan a luz, 200 de ellas morirán a causa del embarazo o complicaciones en el parto. El 7.3 millones de adolescentes son madres cada año, de las cuales 2 millones tienen menos de 15 años; para 2030, podrían ser 3 millones de niñas, si no se revierte la tendencia. Estas y otras preocupantes cifras forman parte del Informe Estado de la Población Mundial 2013, “MATERNIDAD EN LA NIÑEZ: Enfrentar el reto del embarazo adolescente”, que se presenta hoy simultáneamente en más de 150 países. En Uruguay, como en otras partes del mundo, las causas del embarazo adolescente deben buscarse en las desigualdades socioeconómicas, culturales y de género. De esta forma poder aportar estrategias futuras para la prevención del embarazo en las adolescentes, que no se ha logrado descender en los últimos años teniendo Uruguay la tasa más alta de embarazadas adolescentes con 60 por 1000 superando la media mundial de 49 por 1000. Dado estos antecedentes es que describiremos las características familiares y sociales de la población de adolescentes embarazadas de la ciudad de Durazno, usuarias del Centro de Salud de ASSE donde se centraliza a toda la población antes mencionada para el control de su embarazo y seguimiento.

(3)[www.elpaisdigital.historico.elpais.com.uy/130224/pnacio-69812/nacional/embarazo-adolescente-unos-7000-casos-al-año/](http://www.elpaisdigital.historico.elpais.com.uy/130224/pnacio-69812/nacional/embarazo-adolescente-unos-7000-casos-al-año/)

## MARCO TEÓRICO

### Definición y características

#### La palabra adolescencia procede del termino latino adolescere que significa crecer, acercarse a la madurez

Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual...) así como de la de autonomía individual. En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y personas significativas. Hasta entonces ha vivido en dependencia emocional de sus mayores los que eligen sus amigos, compañeros de juegos Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. El adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.

**La Organización Mundial de la Salud (OMS)** estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 % de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año. (4) La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera las siguientes fases:

#### Adolescencia temprana, de los 10 a 13 años:

-Biológicamente, es el periodo peri-puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por sus padres e inicia amistades básicamente de su mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no

(4) <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupan mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

### **Adolescencia media, de los 14 a los 16 años:**

Es la adolescencia propiamente dicha, cuando prácticamente ha completado sus cambios somáticos. Psicológicamente es la etapa de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos es la edad de promedio del inicio de experiencia y actividad sexual se sienten invulnerables y adoptan conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física pretenden poseer un cuerpo muy atractivo y se muestran fascinados por la moda.

### **Adolescencia tardía, desde los 17 a los 19 años:**

Casi no presentan cambios físicos, aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus pares comienzan a perder jerarquía. Adquieren importancia las relaciones íntimas y sus valores presentan una perspectiva más real, desarrollando su sistema de valores propios con metas vocacionales reales. Es importante conocer estas etapas por las que pasan todos los adolescentes, con las variaciones individuales y culturales para comprender sus actitudes especialmente durante un embarazo, sabiendo que una adolescente que se embarace se comportara de acuerdo a la etapa la vida que este transitando, sin madurar a etapas posteriores ya que son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

**El Día Mundial de La Población 2013 trata el embarazo adolescente, reafirmando el derecho de las personas a planificar sus familias.**

El Día Mundial de la Población reafirma el derecho de las personas a planificar sus familias. (5) Cada año el Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA) lanza un tema para desarrollar en las actividades del Día Mundial de La Población. En cuanto a la planificación familiar y la salud reproductiva, la

(5) <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

temática de 2013 va aún más allá. Esta edición trata El embarazo en la adolescencia que pone en peligro los derechos, la salud, la educación y el potencial de demasiadas niñas adolescentes, privándolas de un futuro mejor. Según informa el UNFPA, 19 de cada 100 chicas menores de 18 años dan a luz en países en desarrollo. Tres de las mismas no llegan a los 15 años de edad. Unos 16 millones de chicas menores de 18 años dan a luz cada año. Otras 3,2 millones se someten a abortos en condiciones inseguras. La gran mayoría -cerca del 90%- de las adolescentes embarazadas de los países en desarrollo están casadas. Para muchas el embarazo no es una decisión, sino consecuencia de la discriminación, de la violación de sus derechos (incluido el matrimonio infantil), el resultado de una educación inadecuada o de la coerción sexual. De acuerdo a los informes del Ministerio de Salud Pública, en Uruguay, todos los años se registran unos 7.000 embarazos adolescentes en el país. De ellos, más de un centenar corresponden a jóvenes menores de 15 años. Abusos, violencia familiar y falta de educación son parte del contexto, pero hay nuevos factores, entre los que menciona que los cambios de la adolescencia están comenzando antes, no ya con los cambios puberales. Las niñas y niños están adelantando etapas, argumentando que hay nuevas expectativas y deseos que parecen adelantar los procesos lógicos. Recibiendo un estímulo constante desde los medios de comunicación, También hay un sostén familiar inestable, escasa estructura familiar y una generalizada falta de nivel educativo alrededor del embarazo adolescente las situaciones de violencia son muy frecuentes, en distintos grados, pero son frecuentes. Preocupa la falta de estudios. En todos los casos, las embarazadas dejaron de estudiar antes. No por el embarazo. Hicieron Primaria, pero nunca hicieron el pasaje de la escuela al liceo. La directora del Programa de Salud Adolescente del Ministerio de Salud, Susana Grunbaum señala que ha visto casos de embarazos en niñas de 12 años. La mayoría de los cuales son productos de abuso sexual. Pero, ¿cómo enfrentarse a una niña de 12 años que tiene que cursar un embarazo y afrontar la responsabilidad de ser madre? Grunbaum dice que el primer abordaje es preguntarle cómo lo ve ella, cómo vive la situación. La funcionaria señala que lamentablemente alrededor del embarazo adolescente las situaciones de violencia son muy frecuentes, en distintos grados.

### **Algunos mitos de las madres niñas**

Desde el Programa Nacional de Salud Adolescente sostienen que hay mitos en torno al embarazo adolescente. El primero es que la planificación en estos casos no existe, que siempre se da por descuido. De acuerdo a una investigación realizada por ese programa, se llegó a la conclusión que la mitad de las embarazos lo planificaron y la otra mitad, no. Otro de los mitos es que el padre es un ausente en los embarazos adolescentes. La mayoría de las entrevistadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) mantiene una relación de dos o más años con el padre de su hijo. También hay parejas separadas por problemas de “solución habitacional”, dice el informe.

### **Medidas para minimizar el embarazo adolescente**

En el mensaje por el Día Mundial de la Población 2013 del Secretario General de la ONU, Ban Ki-moon manifiesta que «si dedicamos atención y recursos a la educación, la salud y el bienestar de las adolescentes, éstas se transformarán en una fuerza aún más poderosa para el cambio positivo de la sociedad, que tendrá efectos en las generaciones venideras».

Por su parte, el Dr. BabatundeOsotimehin, en su mensaje como Director Ejecutivo del UNFPA por el Día Mundial de la Población 2013, manifiesta que «podemos cambiar esto y debemos hacerlo». Y en la línea de buscar ese cambio están algunas medidas que este organismo internacional estima necesarias para conseguirlo:

Ampliar el acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva y salud sexual para los jóvenes, especialmente las jóvenes adolescentes más pobres y vulnerables.

Ampliar la educación integral sobre sexualidad dentro y fuera de las escuelas.

Eliminar el matrimonio en la infancia.

Cuestionar las leyes y políticas restrictivas que limitan el acceso de las niñas a los servicios, entre ellas, las leyes que estipulan que la niña debe contar con un permiso por escrito del padre, la madre o el esposo, para tener acceso a los anticonceptivos.

### **Beneficios de minimizar el embarazo adolescente**

Así pues, el UNFPA prevé unos beneficios si sus acciones se llevan a cabo con éxito:

- Se contribuye a proteger los derechos de los adolescentes.
- Se previene que las niñas adolescentes tengan demasiados hijos en una etapa demasiado temprana de sus vidas.
- Se reducen sustancialmente las tasas de crecimiento de la población.
- Cuando la procreación ocurre en etapas de la vida posteriores a los veinte años, se beneficia la salud de los lactantes.
- Las inversiones en las niñas adolescentes contribuyen a dar respuesta a otros problemas mundiales de gran magnitud. Entre ellos, la inseguridad económica, la urbanización y migración acelerada, el SIDA, y las crisis humanitarias, cada vez más frecuentes y graves.

Informe de UNFPA sobre Satisfacción de las necesidades de las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva

## **¿Cuándo es posible que haya un embarazo adolescente?**

### **Falta de comunicación padres- hijos**

Es un hecho que con frecuencia los primeros y mejores maestros de los jóvenes son los padres. “Los adolescentes cuyos padres hablan con ellos acerca del sexo desde temprana edad y les han comunicado actitudes saludables y han estado disponibles para responder a sus preguntas, tienden a esperar un poco más para iniciar su actividad sexual”<sup>6</sup>

La situación de la familia hoy es diferente, existe una mayor tolerancia, libertad de expresión, dialogo al mismo nivel pero también hay mas falta de respeto de los hijos a los padres y viceversa así como un “libertinaje” notorio por falta de disciplina, autoridad, respeto y tiempo de convivencia.

Tanto los medios de comunicación como la familia y la sociedad, en general, como se ha mencionad antes son incapaces de proyectar un mensaje claro sobre el sexo y las responsabilidades que conlleva. En general los adolescentes poseen poca información real y útil, en cuanto a mecanismos esenciales que tienen que ver con la reproducción. Saben muy poco acerca de la edad en que la mujer y el hombre pueden procrear y mucho menos acerca de la maternidad y paternidad responsable.

<sup>6</sup>Papalia, Diane y WendkoosOlds, Sally. Editorial Desarrollo Humano, Mac Graw Hill, octava edición, 2001

## **IMPLICACIONES SOCIALES DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTES**

El embarazo y la maternidad adolescentes son experiencias difíciles que afectan la salud integral de los padres adolescentes y sus hijos, familiares y la sociedad en sí. (6) Entre los factores que predisponen al embarazo adolescente se encuentran las oportunidades disponibles en la vida. En determinados estratos sociales los adolescentes tienen hijos "deseados", que más que deseados son aceptados voluntariamente, cuando las opciones de vida se limitan a seguir en la casa paterna o a la vida conyugal y la maternidad. Otros factores a tener en cuenta son el acceso a los servicios de salud, educativos, informativos, las expectativas socio culturales, las desigualdades de género, las aspiraciones y los niveles económicos. Por ello cuando una adolescente se encuentra embarazada, cuanto más elevado es su nivel económico mayores son las opciones que encuentra para enfrentar el problema. Las principales son el aborto, la adopción, casarse y en última instancia ser madre soltera. La decisión que adopte dependerá del apoyo de su pareja, familia y de la sociedad. Cuando la decisión es casarse la pareja adolescente no puede establecer un hogar independiente por razones económicas y si permanece soltera, continuando su embarazo sufre de grandes carencias y dificultades, el grado de esto depende de si cuenta con el apoyo familiar. Generalmente vive un ambiente de rechazo familiar y social por no estar casada, creándose una mayor dependencia económica y afectiva. Son múltiples los factores que tienen influencia en el aumento de los embarazos adolescentes, siendo estos resultados del comportamiento sexual humano y esto depende de normas culturales y sociales. Cada sociedad está ligada a normas características, influyendo notablemente en el comportamiento sexual. Si consideramos el embarazo adolescente, desde este aspecto, vemos que los factores de orden psicosocial son múltiples y ocurren en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos.

### **¿Cómo enfrentar la formación de la sexualidad con los jóvenes?**

La orientación sexual como parte de una educación sexual integral tiene sentido porque la sexualidad es aprendible porque es una necesidad humana y es un derecho. "Si la sexualidad es aprendible, debe entonces hacer para el potencial humano a desarrollar en la niñez y en la juventud a través de una buena orientación sexual", Romero. L (2000). Desde la perspectiva de la promoción del bienestar sexual sería mucho más importante educar para aprender actitudes, valores y habilidades para aprender a ser mejores hombres y mujeres, aprender a hacer mejores parejas y llegar a una maternidad y paternidad responsable. Se confunde educar la sexualidad con la

(6)[www.asomeb.org/memorias2010/.../EMBARAZO\\_ERASO.pptx](http://www.asomeb.org/memorias2010/.../EMBARAZO_ERASO.pptx)



prevención, desconociéndose la diferencia entre el enfoque supresivo y el enfoque centrado en la promoción del bienestar. Si bien es cierto que la orientación sexual tiene una función preventiva, su función primordial es formativa. La formación en autonomía conduciría a que los jóvenes estructuren recursos internos para afrontar responsablemente la vida sexual. Este objetivo no podría lograrse en unas cuantas sesiones de orientación sexual, será producto de un proceso complejo e intencional de formación que debe iniciarse a edades tempranas tanto en la familia como en la escuela. La misión de la familia, escuela, estado y la sociedad sería brindar todos los conocimientos, valores, actitudes y habilidades para que en forma autónoma puedan iniciar responsable y constructivamente su vida sexual, en el momento que cada cual lo considere. Es indispensable que los padres se ocupen y atiendan a sus hijos para propiciar la comunicación de este modo disminuir las problemáticas sociales como el embarazo, drogadicción, alcoholismo entre otros. El acercamiento entre padres e hijos abrirá el diálogo y fortalecerá la confianza. BOLETIN N° 38 de la Red de Gestores sociales de las Naciones Unidas establece que “en la familia está la responsabilidad inicial de la formación de los futuros ciudadanos, es ella quien debe entregar a la sociedad personal útiles y responsables que hagan parte de la vida política y cívica”.

¿Cómo enfrentar un embarazo de un hijo sin que sea un trauma familiar?.

Es necesario recordar que muchas familias que no tuvieron la oportunidad de prevenir el embarazo de una joven tienen que enfrentar lo que significa una nueva vida familiar con este nuevo ser que se incorporará a la familia. Si bien los varones también sufren las dificultades de ser padres muy tempranamente, por lo general sus familias participan menos del problema y no deben hacerse cargo de la crianza del bebé. La familia que asuma esta responsabilidad es la que deberá aprender a reorganizarse y a mejorar la relación de modo de prevenir que otro hijo viva la misma experiencia. El primer paso de los jóvenes es comunicárselo a sus padres, paso muy difícil y que requiere de harto valor de parte de los jóvenes. A veces este paso se retrasa más tiempo del que debería ya que el fracaso. Otro de los pasos importantes a seguir, es dejar de vivir el embarazo adolescente como una vergüenza o La madre y/o el padre del bebé deben asumir que el hijo es de ellos y que los abuelos no están a cargo de cuidarlo ni hacerse responsables, salvo frente a necesidades puntuales de estudio o trabajo. No es recomendable que las madres dejen de estudiar, como tampoco lo es el obligar a la pareja a casarse, si es que no lo desean, porque las uniones de personas inmaduras terminan generalmente en separaciones tempranas y problemas de relación a los que no es bueno exponer a los niños pequeños. Todos además el tener a un nieto en la casa puede ser una hermosa razón para reunificar a familias que tenían poca comunicación, ya que

el bebé es un interés común para todos, y permite que se expresen los afectos y el cariño en todos los integrantes de la familia. Uno de los riesgos en esta etapa de aceptación del nuevo miembro de la familia, pueden ser los celos entre los hermanos, que pueden llevar a veces a que otro de los adolescentes de la familia se sienta desplazado y recurra a un embarazo para recuperar la atención sobre él o ella.

**MATERNIDAD ADOLESCENTE: UN RETO A NIVEL MUNDIAL. UNFPA:** “Por un mundo en que cada embarazo sea deseado, cada parto se realice sin riesgos y se plasme el potencial de cada joven”. Cuando una niña se queda embarazada, su presente y su futuro cambian radicalmente y rara vez para bien.(7) Puede terminar su educación, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia. Muchos países han adoptado la causa de prevenir el embarazo en adolescentes, en general con medidas tendientes a cambiar el comportamiento de las niñas. En esas medidas está implícita la creencia de que la niña es responsable de evitar el embarazo y la presunción de que si queda embarazada es ella la que está en falta. Es esta una forma errónea de abordar el tema, que no tiene en cuenta las circunstancias y las presiones sociales que conspiran contra las adolescentes y hacen que la maternidad sea un desenlace probable en su transición entre la niñez y la edad adulta. Una intervención basada en campañas publicitarias o la distribución de preservativos no resulta significativa para niñas que no tienen el poder de tomar decisiones significativas. Lo que se necesita es una nueva forma de enfrentar el desafío del embarazo en adolescentes. No concebir el comportamiento de la niña como un problema, sino ver que los reales factores que influyen sobre su comportamiento son la pobreza, la desigualdad de género, la falta de acceso a los servicios así como la opinión negativa sobre niñas y mujeres. El verdadero camino para disminuir el embarazo adolescente debe iniciarse desde la búsqueda de justicia social, desarrollo equitativo y ampliar los medios de acción de las niñas. El embarazo adolescente está entrelazado con problemas de derechos humanos. A una niña embarazada que se le presiona para que abandone la escuela se le niega el derecho a la educación así como la prohibición de acceso a métodos anticonceptivos o a la información prevención de ITS y embarazo se le niega el derecho a la salud. Al abordar el embarazo en adolescentes la verdadera medida de éxito o fracaso de los gobiernos, los organismos de desarrollo, la sociedad civil y las comunidades es si se logra satisfacer las necesidades de este grupo etario. Desde la perspectiva de derechos humanos, una niña que queda embarazada ve menoscabados sus derechos, la inversión en capital humano

(7)UNFPA%20Uruguay.htm

es esencial para proteger esos derechos, ayudándolas a desarrollar todo su potencial. La comunidad internacional está desarrollando una nueva agenda del desarrollo sustentable que sucederá a la Declaración del Milenio y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, después de 2015. Los gobiernos comprometidos a reducir la cantidad de embarazos en adolescentes deben comprometerse también a asegurar que se tengan en cuenta las necesidades, desafíos, aspiraciones, las vulnerabilidades y los derechos de los adolescentes, en especial de las niñas en esta nueva agenda de desarrollo. Hay 580 millones de adolescentes en el mundo y cuatro de cada cinco viven en países en desarrollo. Invirtiendo en ellas hoy se favorecerá todo su potencial para forjar el futuro de la humanidad. Las violaciones de derechos suelen ser una causa subyacente y con frecuencia, una consecuencia del embarazo en adolescentes. Las niñas que quedan embarazadas no pueden ejercer sus derechos tal y como están garantizados en tratados internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño, la que considera niño a toda persona menor de 18 años. Es en este sentido que cuando una niña no puede ejercer su derecho a la educación se torna más propensa a quedar embarazada. Si el embarazo resulta de una relación sexual forzada se menoscaban aún más sus derechos y si se le niega la asistencia a la escuela se menoscaban sus posibilidades de obtener mejores ingresos y aumentan las posibilidades de pasar el resto de su vida sumida en la pobreza y desigualdad.

El año pasado la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos publicó un informe revolucionario que fue el marco de las numerosas resoluciones del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre mortalidad y morbilidad materna como violaciones de derechos humanos e identificó algunas de las causas subyacentes del embarazo en adolescentes. El primer paso es analizar porque las adolescentes sufren más altas tasas de morbi-mortalidad sino también porque quedan embarazadas. El enfoque desde el punto de vista de los derechos humanos define el problema y lo aborda en términos de causas inmediatas y subyacentes, que determinan las posibilidades de resolver el problema a nivel local. Entre muchos factores el embarazo adolescente puede deberse a la falta de educación sexual integral, costumbres de género que afianzan el embarazo a edades tempranas, matrimonio a edades tempranas, altos niveles de violencia sexual o relaciones sexuales transaccionales, falta de servicios de salud adecuados para los más jóvenes, falta de métodos anticonceptivos económicos y accesibles, o una combinación de todos estos factores. *\*Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2012, párrafo 59.*

La combinación de desigualdades agrava la situación de las adolescentes, que viven en la pobreza, en zonas rurales o sufren alguna discapacidad, pertenecen a determinado grupo étnico, las que se encuentran con más obstáculos para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva,

información y en algunos casos son más propensas a sufrir de violencia sexual. Abordar el embarazo en adolescentes con protección de los derechos humanos amplía el marco normativo internacional que exige a los gobiernos a tomar medidas necesarias para que las niñas gocen de su derecho a la educación, la salud ya vivir sin violencia. Los niños tienen los mismos derechos humanos que los adultos, pero también se les garantizan protecciones especiales para abordar las desigualdades propias de su edad. La defensa de estos derechos puede ayudar a eliminar muchas de las condiciones que contribuyen al embarazo adolescente, mitigando las consecuencias que sufren las niñas, su hogar y su comunidad, terminando así con el círculo vicioso de violación de derechos, pobreza, desigualdad, exclusión y embarazo en adolescentes. A pesar de ello la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) ha reconocido la necesidad de facultar a los adolescentes para que puedan tomar decisiones basadas en información sobre su vida y han afirmado que los adolescentes tienen los mismos derechos humanos que los adultos, inclusive derechos reproductivos. Sin embargo, como no tienen la capacidad legal para actuar en su nombre, en muchos casos como titulares de derechos no cuentan con la capacidad ni la oportunidad de reclamar sus derechos. Esta falta de autonomía de la toma de decisiones junto con la condición social y económica baja y su vulnerabilidad física dificulta más que gocen y ejercen sus derechos.

### **Rol del Licenciado en Enfermería en el embarazo adolescente.**

Para evitar el embarazo en adolescentes las intervenciones del profesional de enfermería deben estar orientadas a permitir que las adolescentes sean partícipes de las políticas de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de lograr articular la política y la realidad sentida por las adolescentes, lo cual permite el empoderamiento alrededor de su sexualidad para la toma de decisiones responsables, autónomas y saludables. Brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad. Identificar redes de apoyo para estas madres con el fin de contribuir en el desempeño del nuevo rol al que se van a ver enfrentadas, además de incorporar a los padres, familia o cuidadores como agentes primarios de formación, reforzando la información que ellos manejan. Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como en los centros educativos, dicha educación debe estar reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes. Debiendo estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, promoviendo su salud integral en la búsqueda del desarrollo de un pensamiento crítico que le permita adoptar actitudes positivas frente a la sexualidad y toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo.

Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, de forma que esto no se transforme en una limitante al momento de ejercer los derechos en salud sexual y reproductiva. A través de la consejería en anticoncepción sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos anticonceptivos y el ejercicio de la sexualidad de manera libre, responsable y segura con el fin de evitar un segundo embarazo en adolescentes que ya son madres. Divulgar información veraz, confiable sobre las características, ventajas y efectos secundarios de los distintos métodos anticonceptivos, así como verificar el entendimiento de la misma, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos. Capacitar permanentemente a todo el personal de salud que brinda orientación a la población adolescente. Buscando lograr personal altamente capacitado y calificado para brindar atención integral a este grupo poblacional. Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente a fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual. Promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos. Ofrecer servicios amigables a la población adolescente, donde predomine la confianza, donde los jóvenes se sientan seguros, escuchados y sientan que su intimidad está siendo protegida.

## **OBJETIVO**

### **General**

Describir características familiares y sociales de las adolescentes embarazadas usuarias del Centro de salud de ASSE en la ciudad de Durazno.

### **Específicos**

Caracterizar la población de estudio.

Caracterizar la familia de las adolescentes.

Caracterizar los aspectos sociales de la población de estudio.

## **METODOLOGÍA**

## **Diseño metodológico**

El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal, socio epidemiológico. Se estudió a las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud de ASSE de Durazno donde todas son derivadas para el control del embarazo. La muestra está constituida por la totalidad de las embarazadas adolescentes que se controlan en el antes mencionado Centro de Salud en el mes de noviembre. Se elaboró una herramienta para la recolección de los datos que constó de 22 preguntas sencillas y de fácil comprensión para la población consultada, la misma fue puesta a prueba y se realizaron las correcciones pertinentes para dar cumplimiento a los objetivos, el cuestionario llevó aproximadamente 15 minutos por adolescente y fue realizada con el previo consentimiento verbal de las adolescentes.

Las variables Utilizadas son: Edad de la adolescente, presencia o no de pareja, nivel de instrucción de la adolescente, ocupación, inclusión en instituto educativo en la actualidad, consumo de drogas psicoactivas, menarca, educación sexual, responsable de la educación sexual, comienzo de la actividad sexual, métodos anticonceptivos, uso de métodos anticonceptivos, gestas, planificación familiar, componentes del núcleo familiar, nivel de instrucción del núcleo familiar, sustento económico del hogar, tipo de sustento económico, características de la vivienda, presencia de embarazo adolescente en hermanas y/o amigas, soporte emocional, actividades recreativas, inclusión

en agrupaciones o clubes sociales, actividades deportivas y acceso a medios de comunicación (televisión e informática).

Luego de obtenidos los datos se procedió al análisis de los mismos utilizando estadística descriptiva e inferencial, tabulando los datos mediante tablas de frecuencias (Frecuencia absoluta, frecuencia relativa y frecuencia relativa porcentual), y se detallaran medidas de posición como son la moda , se utilizó la herramienta informática mediante Planillas Excel con sus gráficos respectivos; por último se procederá a la descripción y análisis de los resultados obtenidos.Tabulación: se realizó mediante planilla electrónica dinámica. Utilizando programas Excel de Windows seven, tanto para la realización de las tablas como para la elaboración de los gráficos.

### **Criterios de inclusión**

- ☛ Adolescentes embarazadasde 10 a 19 años.
- ☛ Residentes en la Ciudad de Durazno.
- ☛ Que se encuentren cursando embarazo.
- ☛ Que acepten ser entrevistadas.

### **Criterios de exclusión**

- ☛ Todas aquellas usuarias que no cumplan con los requisitos anteriores.

Se procederá para la recolección de la muestra a usar una herramienta elaborada por las estudiantes afectadas a la investigación, que consta de un cuestionario dirigido.

En cuantos a los aspectos éticos se consultó en Sección Jurídica de INAU y nos explicaron que las únicas precauciones a tener es el conservar en el anonimato la identidad de la menor y que el cuestionario sea realizado con su consentimiento (solo alcanza con que sea verbal).

Recursos : habitación debidamente climatizada, iluminada, escritorio, dos sillas, lapicera o lápiz, impresiones de la encuesta.

Tabulación: se realizara mediante planilla electrónica dinámica.

Análisis: la información se procesara mediante estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central como la media.

## **RECURSOS ECONOMICOS ESTIMADOS**

Fotocopias.....\$ 700

Combustible.....\$ 500

Comunicaciones...\$ 800

## **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

### **EDAD**

Definición Conceptual: Tiempo de existencia desde el nacimiento.

Definición operativa: Edad actual expresada en años.

Clasificación de variable.cuantitativa discreta.



## **PAREJA**

**Definición Conceptual:** Personas que tienen entre sí alguna correlación o semejanza, especialmente formado por hombre y mujer, cada una de ellas se considera en relación afectiva con la otra.

**Definición Operativa:** pareja actual Sí

No

Variable cuantitativa, dicotómica

## **NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

**Definición Conceptual:** es el grado más elevado de estudios realizados y aprobados en el Sistema Educativo Nacional.

**Definición operativa:** Primaria Incompleta,

Primaria Completa

Secundaria Incompleta

Secundaria Completa,

UTU Completa,

UTU incompleta,

Terciario.

Variable cualitativa nominal ordinal.

## **SITUACIÓN LABORAL**

**Definición conceptual:** estar cumpliendo una profesión u oficio con la obtención de remuneración de algún tipo.

**Definición operativa:** Sí

No

Variable cualitativa dicotómica

## **CONDUCTAS ADICTIVAS**

Definición conceptual: una adicción es la dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación causada principalmente por la satisfacción que esta causa a la persona.

Definición operativa:

- Alcohol
- Drogas
- Tabaco
- Psicofármacos
- Te
- Café
- Ninguna

Variable cualitativa nominal

## **EDAD DE MENARCA**

Definición conceptual: es el término que se usa para definir la primera menstruación en una mujer, la que determina la maduración del aparato reproductor.

Definición operativa: edad expresada solo en años.

Variable cuantitativa discreta.

## **EDUCACION SEXUAL**

Definición conceptual: adquisición de conocimientos que deben brindarse a las personas, desde edades tempranas sobre la sexualidad, sus riesgos y consecuencias así como las herramientas para el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Definición Operativa: Institución educativa

madre

Otro

Variable: cualitativa nominal , dicotómica

## **ACTIVIDAD SEXUALES**

Definición conceptual: la actividad sexual en los humanos es una forma natural de intimidad física. Puede ejercerse con el propósito de la reproducción biológica, trascendencia espiritual, para expresar afecto o por placer y entretenimiento (conocido en este contexto como "gratificación sexual").

Definición operativa: Edad expresada solo en años.

Variable: cuantitativa discreta.

## **ANTICONCEPCION**

Definición conceptual: acción y efecto de impedir la concepción mediante el empleo de diversos métodos.

Definición operativa: ACO

Inyectable

Preservativo

Otros

Variable cualitativa nominal, dicotómica

## **EMBARAZO, GESTA**

Definición conceptual:El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. Se consulta a la adolescente si tuvo embarazos anteriores

Definición operativa: Sí

No

Variable cualitativa ordinal dicotómica.

### **EMBARAZO PROGRAMADO**

Definición conceptual: decisión compartida de una pareja en lograr la concepción.

Definición operativa: Si  
No

Variable cualitativa ordinal, dicotómica.

### **ACEPTACION DEL EMBARAZO**

Definición conceptual: sentimiento de beneplácito, conformidad, satisfacción generado por el hecho de encontrarse embarazada.

Definición operativa: Si  
No

Variable cualitativa ordinal, dicotómica

### **NÚCLEO FAMILIAR**

Definición conceptual: grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. Adulto es aquella persona que supera los 19 años de edad y menor aquel que no tiene aún 19 años cumplidos.

Definición operativa: N° de Adultos

N° de Menores de edad

Variable cuantitativa discreta

## **SUSTENTO ECONÓMICO**

Definición conceptual: se entiende por tal a todo tipo de aporte económico que recibe el núcleo familiar de la población en estudio, que provee de alimento y lo necesario para vivir.

Definición operativa: madre

padre

pareja

otros

Variable cualitativa nominal

## VIVIENDA

Definición conceptual: lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas. Se extrajeron datos de lugar donde se ubica la misma según área urbana o suburbana, cantidad de habitaciones (no se incluyen ni baño, ni cocina), de los muros el tipo de material con el que están contruidos entendiéndose por material liviano (chapa, cartón, nylon y otros), del techo se entiende por material liviano (chapa, cartón, nylon y otros); por presencia de humedad se entiende la evidencia visual de agua en paredes y/o evidencia de hongos o material desprendido a causa de los mismos; en cuanto a los servicios de luz, agua y saneamiento solo se consulta la presencia o ausencia de los mismos, por último en cuanto a calefacción se consulta si se tiene algún método para tolerar las estaciones frías del año (estufas, calentadores, etc).-

Definición operativa:

Zona	Urbana
	Sub Urbana
Habitaciones	Cantidad
Muros	Ladrillo
	Bloques
	Material liviano
Techo	Liviano
	Planchada
Humedad	Si
	No
Agua Potable	Si
	No
Electricidad	Si
	No
Saneamiento	Si
	No
Calefaccion	Si
	No

Variable cualitativa.

## **AMISTAD**

Definición conceptual: sentimiento de afecto, desinteresado entre dos o más personas, que se fortalece con el trato.

Definición Operacional: Amigas adolescentes embarazadas Sí

No

Variable cualitativa nominal, dicotómica

## **HERMANA**

Definición conceptual: personas que tienen el mismo padre y madre con respecto a otra en lazo de cosanguinidad.

Definición operativa: hermana/as adolescente/s embarazadas Sí

No

Variable: cualitativa, dicotómica

## **SOPORTE EMOCIONAL**

Definición conceptual: al hablar de apoyo emocional nos referimos a entrar en contacto con las emociones básicas que nos definen como individuos y como miembros de la especie humana, es decir, a aquel tipo de relaciones más simples que se originan en el interior de las familias, grupos tribales o clanes y que deberían mantenerse o ampliarse en agrupaciones sociales más grandes o complejas.

Definición operacional: Si

No

Variable cualitativa, dicotómica.

### **ACTIVIDAD RECREATIVA**

Definición conceptual: diversión para alivio del trabajo, divertir, alegrar o deleitar.

Definición operativa: Sí  
No

Variable cualitativa dicotómica.

### **CLUB O ASOCIACIÓN**

Definición conceptual: hace referencia a si la adolescente concurre a algún grupo recreativo organizado como por ej. Clubes deportivos, academias de canto, baile u otras disciplinas.

Definición operativa: Sí  
No

Variable cualitativa nominal dicotómica

### **ACTIVIDAD DEPORTIVA**

Definición conceptual: hace referencia a toda actividad física que realice la adolescente como por ejemplo: boleybol, Handbol, aeróbicos, etc.

Definición operativa: Sí  
No

Variable cualitativa nominal dicotómica



## **ACCESIBILIDAD MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

Definición conceptual: refiérase a si la población de estudio cuenta con acceso a medios de comunicación en su hogar. En este estudio solo decidimos saber si tiene televisión o equipos de informática.

Definición operativa: Sí

No

Variable cualitativa nominal dicotómica.

## **BIBLIOGRAFIA**

Díaz A., Sugg C., Valenzuela M, Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa, Hospital Santiago Oriente, Chile 2004

Facultad de Enfermería, Catedra de Enfermería Comunitaria UDELAR, Montevideo 2012

Hernandez M R y Col. Educación Sexual en la Adolescencia, Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico, Venezuela 2009

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Gerencia técnica de Niñez, Adolescencia y Familia, División Convenios

León P y Col. Revista Pediatría Electrónica, Embarazo Adolescente Facultad de Medicina Universidad de Chile 2008

Nogueira N, Alvarado H. Embarazo en Adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería, Departamento de Enfermería Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogota Colombia 2012

OMS Informe de un grupo de estudio de la OMS: Índices estadísticos de la salud de la familia, Serie de informes técnicos N° 587, Ginebra 1976

Paredes M, Los cambios en la familia en Uruguay: ¿hacia una segunda transición demográfica?, Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria Facultad de ciencias Sociales, 2005

Pineda E., Alvarado E.; Metodología de la Investigación, tercera edición, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. 2008

Real Academia Española, Diccionario de la lengua Española, 22ª edición Madrid España 2001

Rostagnol S, Grabino V et col. Prostitución infantil y adolescente Investigación “Historias en el silencio”, UNICEF URUGUAY, 2007

Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio P, Metodología de la Investigación Cuarta Edición, McGrawHill, Mexico 2006

UNICEF, UDELAR, Nuevas formas de familia: Perspectivas nacionales e internacionales, Montevideo Uruguay, noviembre 2003

[www. Cembra. Cl/ sogia/ pdf/ 2004/ x / 13embarazo.pdf](http://www.Cemera.cl/sogia/pdf/2004/x/13embarazo.pdf)

[www.docstoc.com/docs/96309257/2006](http://www.docstoc.com/docs/96309257/2006)

[www.monografias.com/...1/embarazo-la-adolescencia/.../](http://www.monografias.com/...1/embarazo-la-adolescencia/.../)

[www. \*\*Revistapediatria\*\*.cl/ vol 5 num1/5. html](http://www.Revistapediatria.cl/vol5num1/5.html)

[www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/.../enfermeria/.../embarazo.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/.../enfermeria/.../embarazo.pdf)

[http:// www. Unicef.org/ uruguay/ spanish/ libro\\_ familia. pdf](http://www.Unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf)

[Whqlibdoc.who.int/trs/who\\_trs\\_587\\_spa.pdf](http://Whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_587_spa.pdf)

[www,\*\*unicef\*\*.org/uruguay/spanish/libro\\_ \*\*familia\*\*.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf)

[www.unicef.org / uruguay / spanish / publications \\_ 6260. htm](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/publications_6260.htm)

[Rae.es/obras - académicas/ diccionarios/ diccionario – de – la – lengua – española](http://Rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola)



**SOLICITUD DE CAMPO DE ESTUDIO PARA TESIS FINAL DE INVESTIGACION**

Durazno 7 de Octubre de 2013

Sra. Directora Departamental de la Red de Atención Primaria Dra. Maria Bocchiardo

Las que firman, estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República nos dirigimos a Ud. para solicitar autorización para recoger información sobre las adolescentes embarazadas que se controlan en la RAP de Durazno en los CAP de la ciudad.

La información a que hacemos referencia son datos patronímicos, características familiares y sociales de la usuaria adolescente que se encuentra cursando un embarazo.

Garantizamos la confidencialidad de la información, así como que la misma sera utilizada solamente con fines de la investigación científica que nos ocupa.

Motiva esta tarea la elaboración de la Tesis Final de Investigación en la Cátedra Materno Infantil, de Carrera Escalonada a la Licenciatura de generación 2010 Facultad de Enfermería UDELAR. Este trabajo será tutoriado por Prof. Adj. Alicia Perez y Sandra Pignataro.

El grupo de estudiantes esta integrado por:

Mariel Cabrera Pertuy

Patricia Echanagucia

Gladys Godoy


Rosario Machin

Sonia Ramirez

Sin otro particular y agradeciendo su atención saludamos atentamente.

7/10/13

Recibido

  
Dra. MARIA BOCCHIARDO  
Directora Departamental de  
Atención Primaria  
ASSE - DURAZNO



Administración de los Servicios  
de Salud del Estado

DIRECCION DEPARTAMENTAL DE ATENCION  
PRIMARIA DE DURAZNO

Durazno, 7 de octubre de 2013.-

**Sras Estudiantes de Facultad de Enfermería de la UDELAR:**

ante vuestra solicitud para la realización de un trabajo de investigación sobre embarazadas adolescentes y sus características psico-sociales, no hay dificultad en que éste se realice en Policlínicas de la RAP, coordinando siempre previamente con el equipo de salud de la policlínica.

Se deberá siempre informar a la usuaria y al familiar, el objetivo del trabajo que están realizando y solicitar su consentimiento (verbal) a participar, garantizando la confidencialidad y anonimato de la información obtenida. En los datos patronímicos no deberá figurar nombre, apellido ni documentos identificatorios.

Quedando a sus órdenes para coordinaciones o dificultades que se puedan presentar, saluda a ustedes atentamente

  
Dra. MARIA BOCCHIARDO  
Directora Departamental de  
Atención Primaria  
ASSE - DURAZNO

---

Oficina de Secretaría Administrativa - Lunes a Viernes 09 a 19hs.  
Telefax 43621797 - Artigas Nº 663

## HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

Cuestionario N° \_\_\_\_\_

- 1) ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_
- 2) Tiene pareja actualmente? Sí\_\_\_ No\_\_\_
- 3) ¿Qué nivel educativo tiene?

Nivel	Completa	Incompleta
Primaria		
Secundaria		
UTU		
Terciario		

- 4) ¿Actualmente estudia? Sí\_\_\_ No\_\_\_
- 5) ¿Actualmente trabaja? Sí\_\_\_ No\_\_\_
- 6) ¿Durante el transcurso del embarazo usted consume :
  - a) Alcohol
  - b) Drogas
  - c) Tabaco
  - d) Psicofármacos
  - e) Te
  - f) Café
  - g) Ninguna
- 7) A - ¿A qué edad presentó su primera menstruación (Menarca)? \_\_\_\_\_  
B - ¿Recibió educación sexual? Si\_\_\_ No\_\_\_ Especifique donde:
  - a. Institución educativa\_\_\_\_\_
  - b. madre\_\_\_\_\_
  - c. otro\_\_\_\_\_
- 8) ¿A qué edad comenzó su actividad sexual? \_\_\_\_\_

9) A - ¿Que método/s anticonceptivos conoce?

- a. ACO\_\_\_\_
- b. Inyectable\_\_\_\_
- c. Preservativos\_\_\_\_
- d. Otros\_\_\_\_\_

B- ¿Ha utilizado alguno de ellos? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

10) ¿Tuvo embarazos anteriores? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

11) ¿El/Los embarazos han sido programados? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

12) ¿El embarazo ha sido aceptado por Usted? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

13) ¿con cuantas personas convive, especifique?

Adultos	
Menores	

13 A) ¿Qué nivel educativo tienen los adultos?

Nivel	Completa	Incompleta
Primaria		
Secundaria		
UTU		
Terciario		



14) ¿Quién es el sustento económico del hogar?

- a. madre
- b. padre
- c. pareja
- d. Otro\_\_\_

15) Las personas que sustentan su Hogar tienen ingresos: ?

Fijos	
Casuales	

16) VIVIENDA

Zona	Urbana	
	Sub Urbana	
Habitaciones	cantidad	
Muros	Ladrillo	
	Bloques	
	Material liviano	
Techo	Liviano	
	Planchada	
Humedad	Si	
	No	
Agua Potable	Si	
	No	
Electricidad	Si	
	No	
Saneamiento	Si	
	No	
Calefacción	Si	
	No	

17) ¿Tiene amigas adolescentes que estén o hayan estado embarazadas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

18) ¿tiene hermanas adolescentes que estén o hayan estado embarazadas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

19) ¿Tiene soporte emocional? Sí \_\_\_ No \_\_\_

20) A) ¿Tiene actividades recreativas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

B) ¿Pertenece a algún club o asociación? Sí\_\_\_ No\_\_\_

C) ¿Realiza actividad deportiva? Sí\_\_\_ No\_\_\_

D) ¿Acceso a televisión o informática? Sí\_\_\_ No\_\_\_

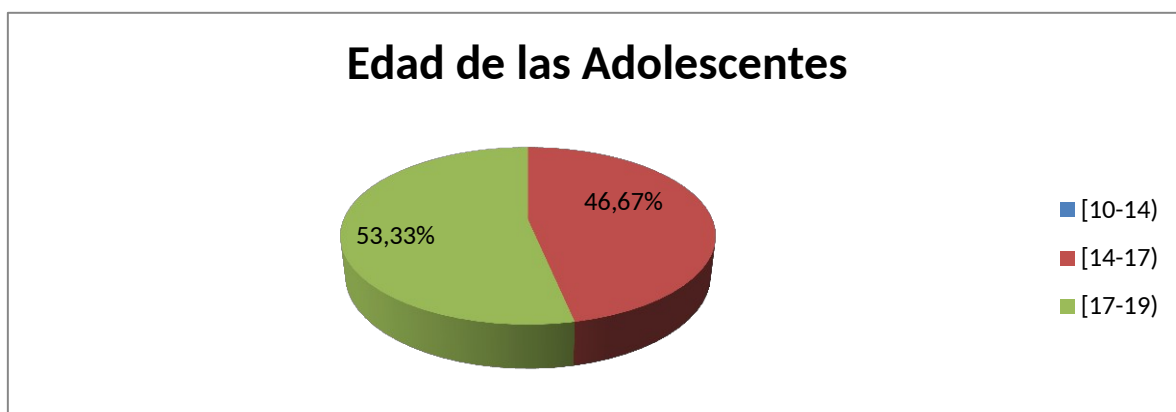


## RESULTADOS

### Nº1 Edad de la Adolescentes embarazadas del Centro de Salud ASSE de la ciudad de Durazno, en el mes de noviembre del 2013.

Edad	FA	FR	FR%
[10-14)	0	0	0
[14-17)	14	0,47	46,67
[17-19]	16	0,53	53,33
Total	30	1,00	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

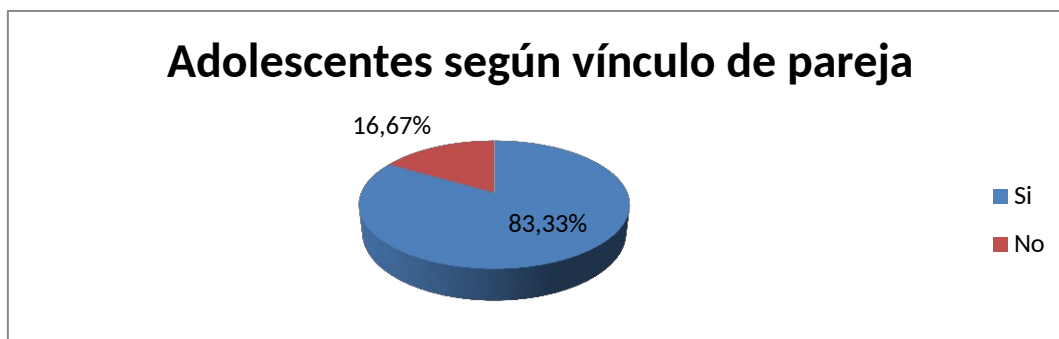


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°2 Adolescentes según vínculo de pareja**

Pareja	FA	FR	FR%
Si	25	0,83	83,33
No	5	0,17	16,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



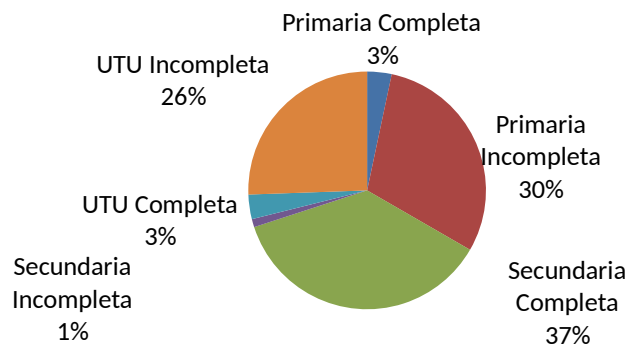
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°3 Adolescentes según nivel de instrucción**

Nivel de Instrucción	FA	FR	FR%
Primaria Completa	1	0,03	3
Primaria Incompleta	8	0,27	27
Secundaria Completa	10	0,33	33
Secundaria Incompleta	3	0,1	1
UTU Completa	1	0,03	3
UTU Incompleta	7	0,23	23
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

### Adolescentes según nivel de instrucción.



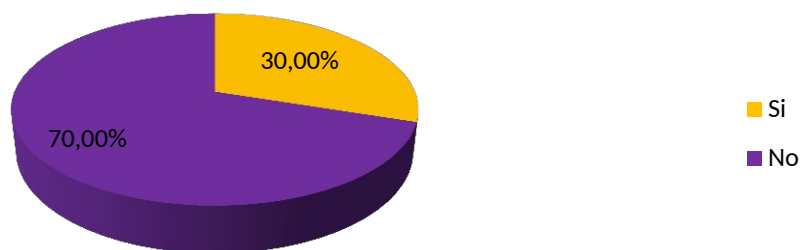
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

### Tabla N°4 Adolescentes según calidad de estudiante.

Concurre a institución educativa	FA	FR	FR%
Si	9	0,30	30,00
No	21	0,70	70,00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

### Adolescente según calidad de estudiante

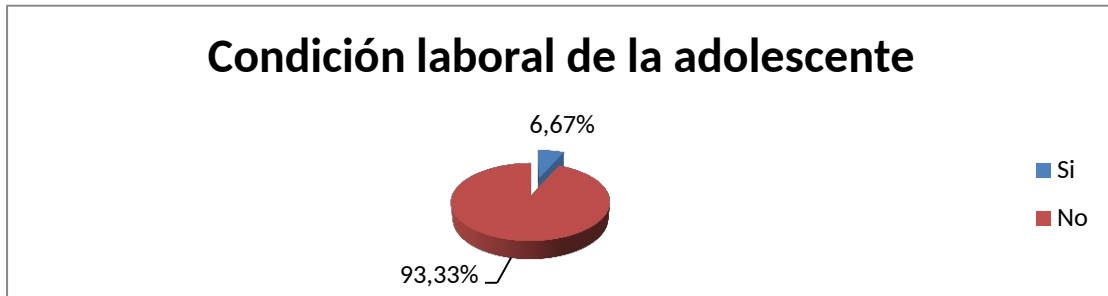


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°5 Condición laboral de la adolescente**

Trabaja	FA	FR	FR%
Si	2	0,07	6,67
No	28	0,93	93,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



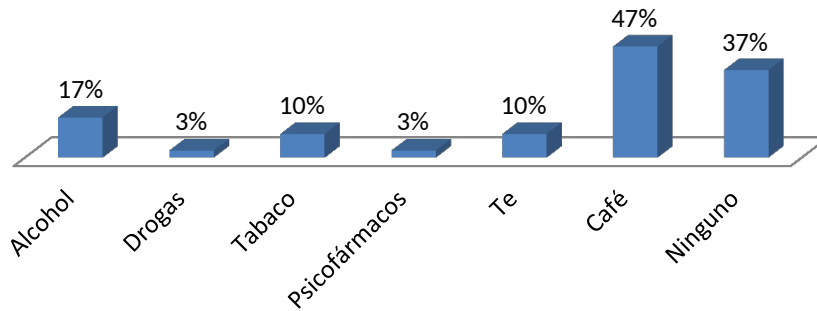
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°6 Uso de drogas sicoactivas en adolescentes embarazadas.**

Sustancia Sicoactiva	FA	FR	FR%
Alcohol	5	0,17	17
Drogas	1	0,03	3
Tabaco	3	0,10	10
Psicofármacos	1	0,03	3
Te	3	0,10	10
Café	14	0,47	47
Ninguno	11	0,37	37

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

### Uso de drogas sicoactivas en adolescentes embarazadas.



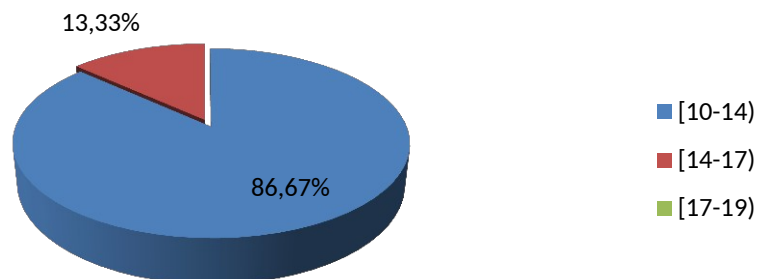
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla N°7 Edad de Menarca en adolescentes embarazadas

Edad	FA	FR	FR%
[10-14)	26	0,87	86,67
[14-17)	4	0,13	13,33
[17-19]	0	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

### Edad de Menarca en adolescentes embarazadas



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°8 Educación sexual en las adolescentes.**

Educación Sexual	FA	FR	FR%
Si	25	0,83	83,33
No	5	0,17	16,67
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

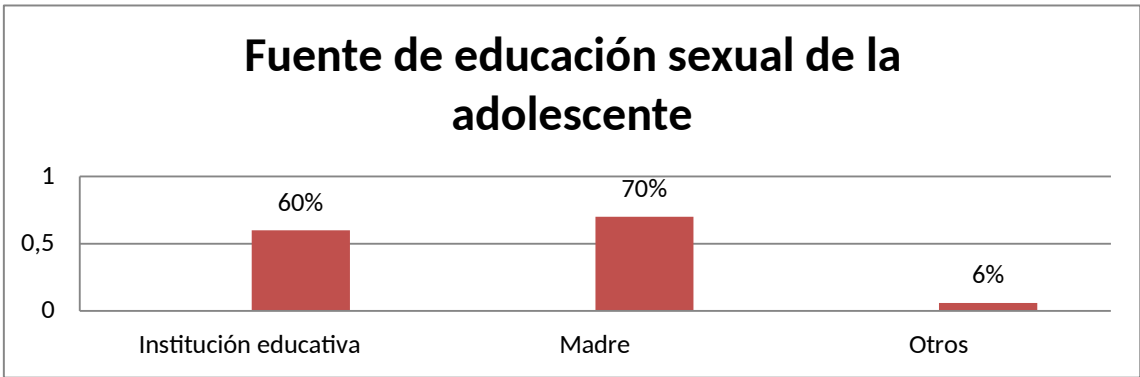


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°9 Fuente de educación sexual de las adolescentes.**

Fuente de educación sexual	FA	FR	FR%
Institución educativa	19	0,6	60%
madre	22	0,7	70%
Otros	2	0,06	6%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

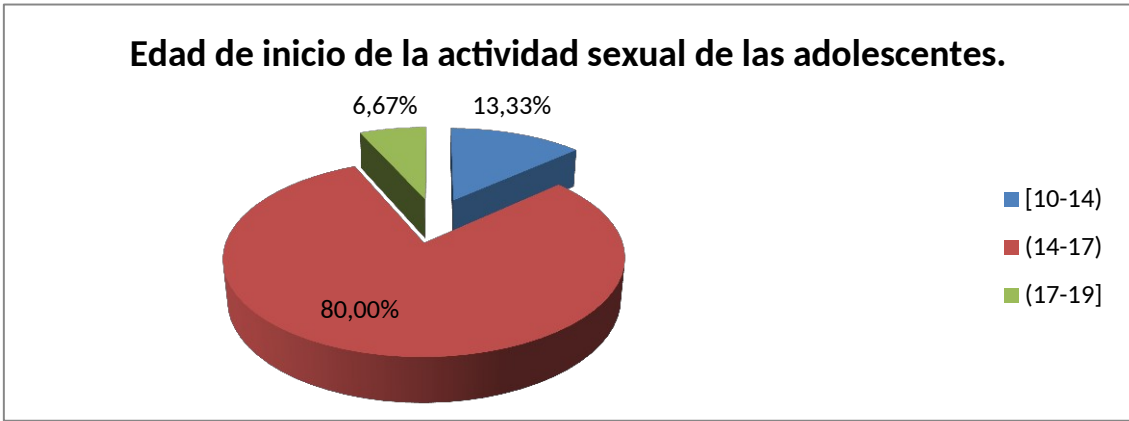


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°10 Edad de inicio de la actividad sexual de las adolescentes.**

Edad	FA	FR	FR%
[10-14)	4	0,13	13,33
[14-17)	24	0,80	80,00
[17-19]	2	0,07	6,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

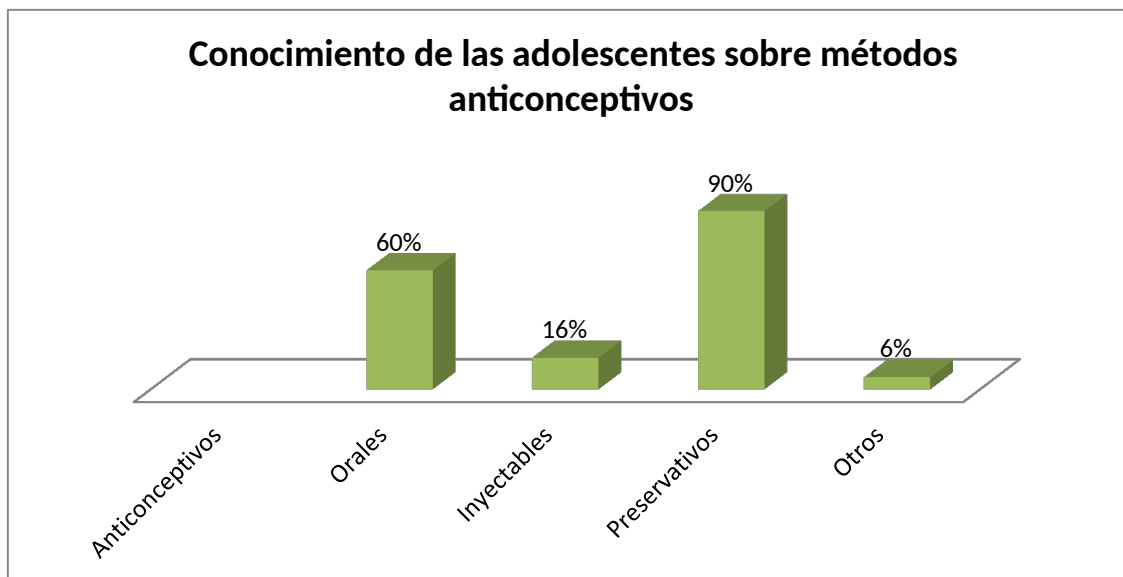


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°11 Conocimiento de las adolescentes sobre métodos anticonceptivos.**

Métodos anticonceptivos	FA	FR	FR%
Anticonceptivos Orales	18	0,6	60
Inyectables	5	0,16	16
Preservativos	27	0,9	90
Otros	2	0,06	6

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.



**Tabla N°12 Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.**

Uso de método	FA	FR	FR%
Si	23	0,77	76,67
No	7	0,23	23,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

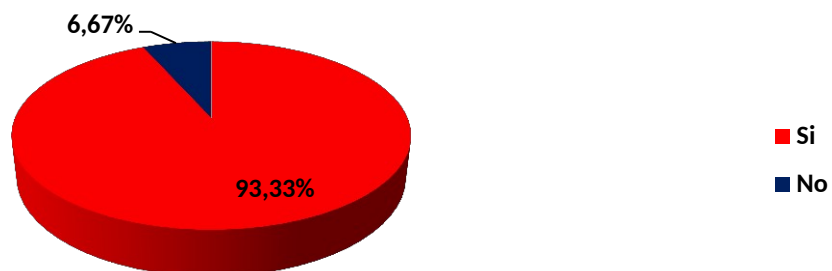


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°13 Presencia de embarazos anteriores en la adolescente.**

Embarazo anterior	FA	FR	FR%
Si	28	0,93	93,33
No	2	0,07	6,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

### Presencia de embarazos anteriores en la adolescente.



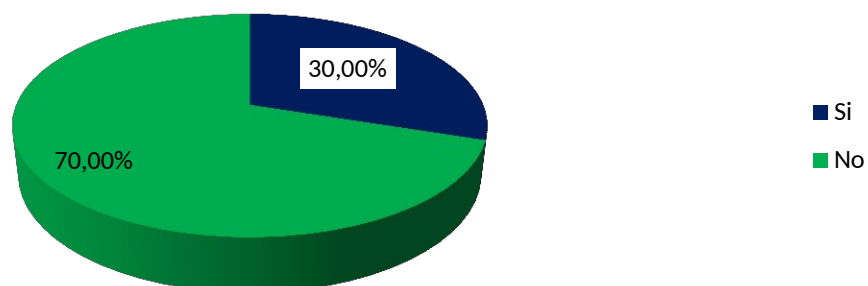
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla N° 14 Programación del embarazo adolescente.

Programación	FA	FR	FR%
Si	9	0,30	30
No	21	0,70	70
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

### Programación del embarazo adolescente

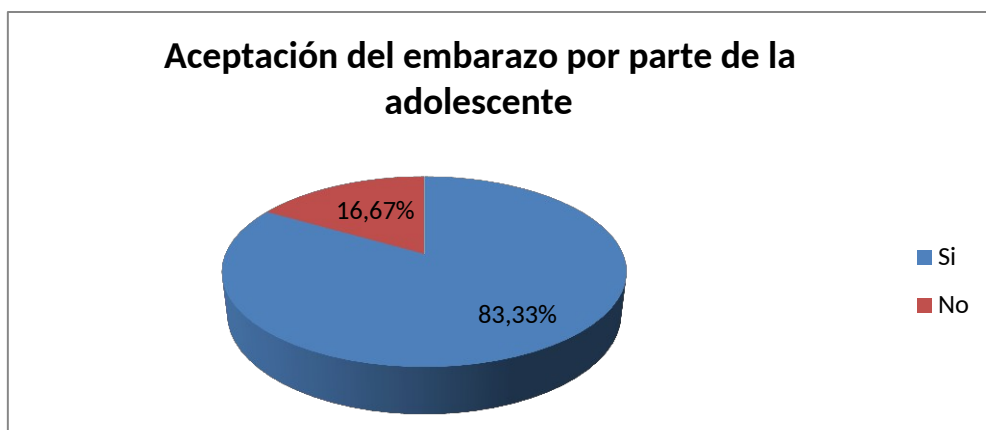


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°15 Aceptación del embarazo por parte de la adolescente.**

Aceptación	FA	FR	FR%
Si	25	0,83	83,33
No	5	0,17	16,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

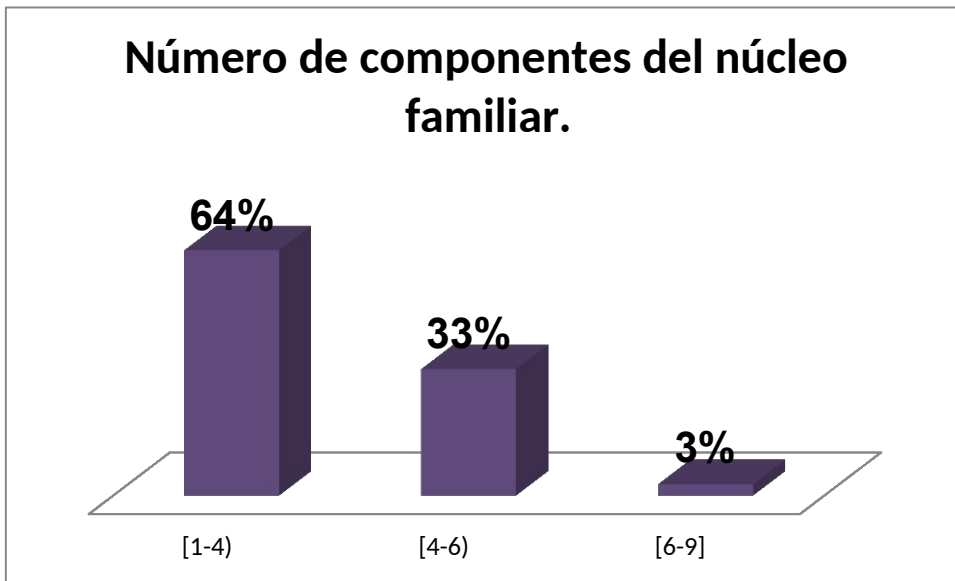


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°16 Número de los Componentes del núcleo familiar.**

N° Componentes	FA	FR	FR%
[1-4)	19	0,64	64
[4-6)	10	0,33	33
[6-9]	1	0,03	3
<b>Totales</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N° 17 Núcleo familiar según la presencia de adultos y menores .**

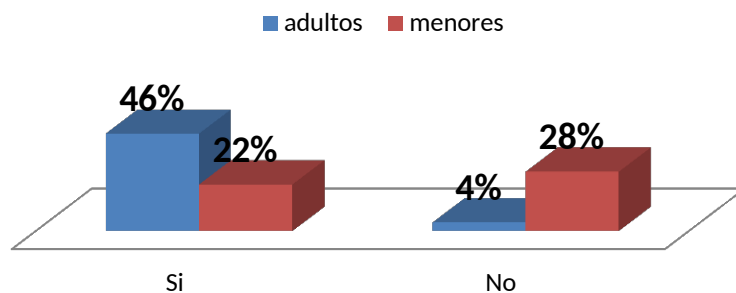
Núcleo Familiar	Si	No	Totales
Adultos	28	2	30
Menores	13	17	30
Totales	41	19	60

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Núcleo Familiar	Si	No	Totales
Adultos	46%	4%	50%
Menores	22%	28%	50%
Totales	68%	32%	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

## Núcleo familiar según la presencia de adultos y menores



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

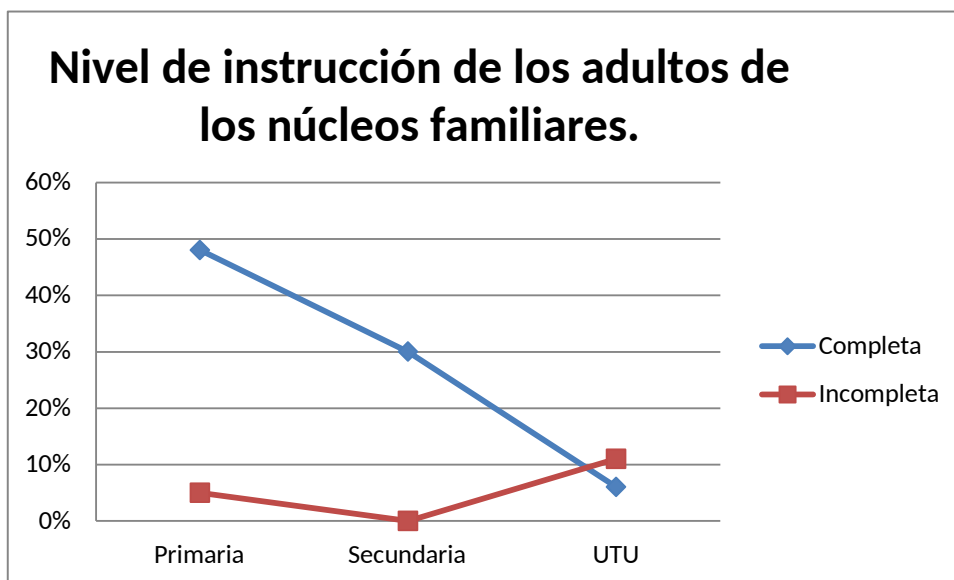
**Tabla N° 18 Nivel de Instrucción de los adultos de los núcleos familiares.**

Nivel de Instrucción	Completa	Incompleta	Totales
Primaria	18	2	20
Secundaria	11	0	11
UTU	2	4	6
Terciaria	0	0	0
<b>Totales</b>	<b>31</b>	<b>6</b>	<b>37</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nivel de Instrucción	Completa	Incompleta	Totales
Primaria	48%	5%	53%
Secundaria	30%	0	30%
UTU	6%	11%	17%
Terciaria	0	0	0
<b>Totales</b>	<b>84%</b>	<b>16%</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

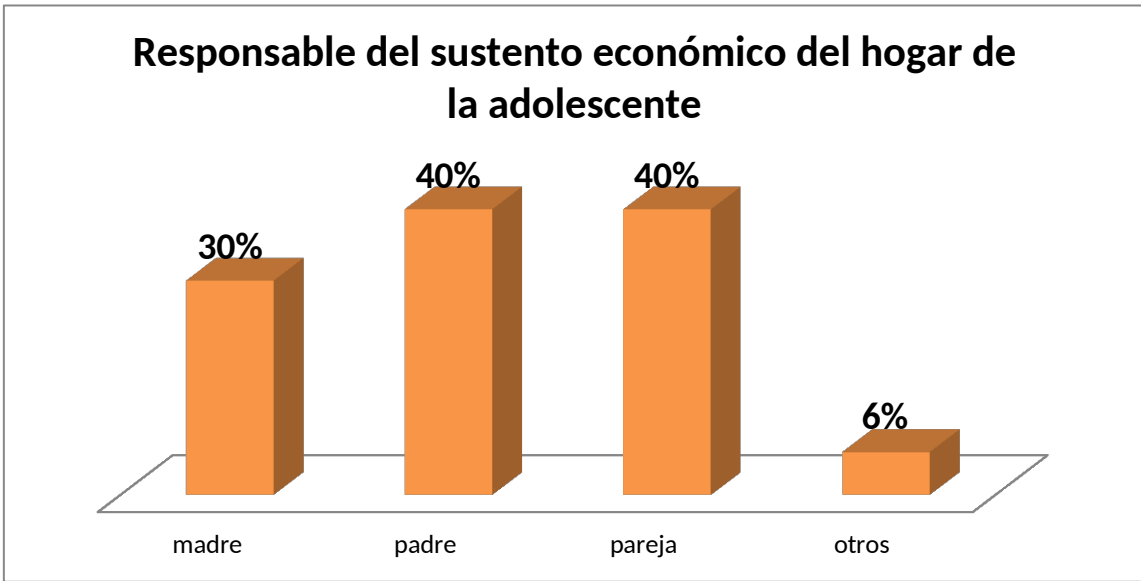


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°19 Responsable del sustento económico del hogar de la adolescente.**

Sustento	FA	FR	FR%
madre	10	0,3	30
padre	13	0,4	40
pareja	13	0,4	40
otros	2	0,06	6

Fuente: Instrumento de recolección de datos



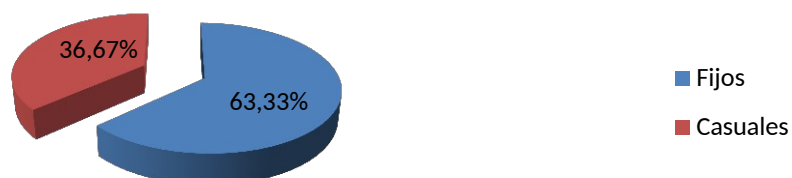
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°20 Tipo de ingresos del hogar de la adolescente.**

Ingresos	FA	FR	FR%
Fijos	19	0,63	63,33
Casuales	11	0,37	36,67
Totales	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

## Tipo de ingresos del hogar de la adolescente



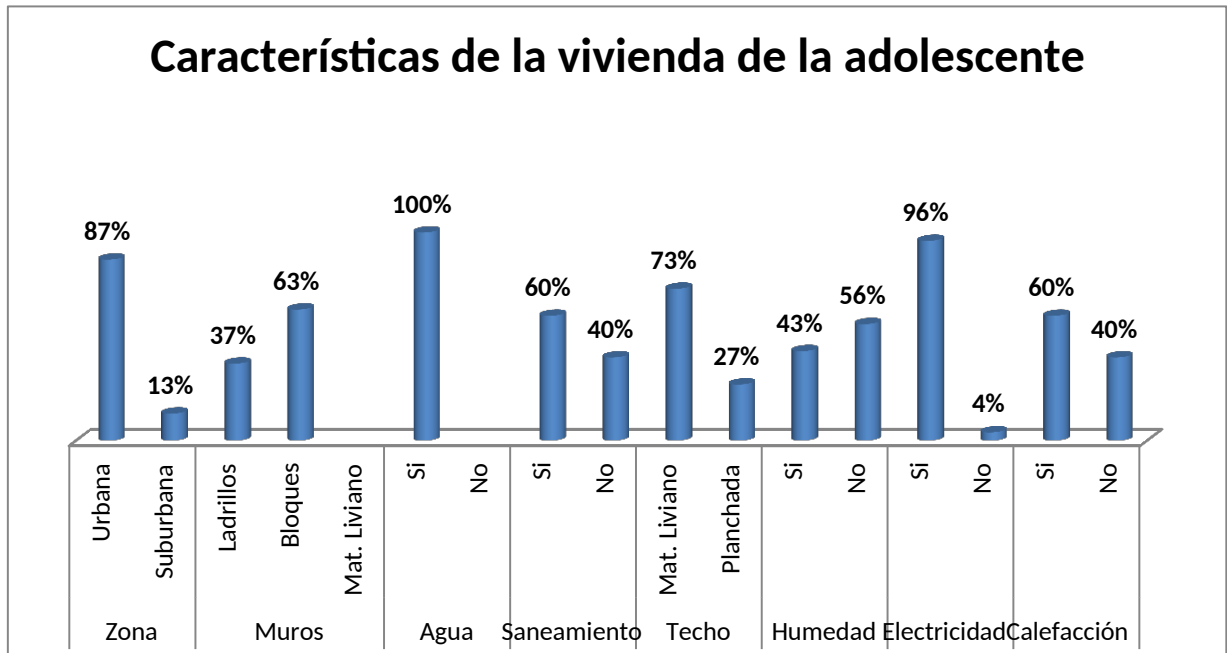
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla N°21 Características de la vivienda de la adolescente.

Vivienda	Características	FA	FR	FR%	N=30
<b>Zona</b>	Urbana	26	0,87	87,0	
	Suburbana	4	0,13	13	
<b>Muros</b>	Ladrillos	11	0,37	37	
	Bloques	19	0,63	63	
	Mat. Liviano*	0	0	0	
<b>Agua</b>	Si	30	1	100	
	No	0	0	0	
<b>Saneamiento</b>	Si	18	0,6	60	
	No	12	0,4	40	
<b>Techo</b>	Mat. Liviano*	22	0,73	73	
	Planchada	8	0,27	27	
<b>Humedad</b>	Si	13	0,43	43	
	No	17	0,56	56	
<b>Electricidad</b>	Si	29	0,96	96	
	No	1	0,04	4	
<b>Calefacción</b>	Si	18	0,6	60	
	No	12	0,4	40	



Fuente: Instrumento de recolección de datos.



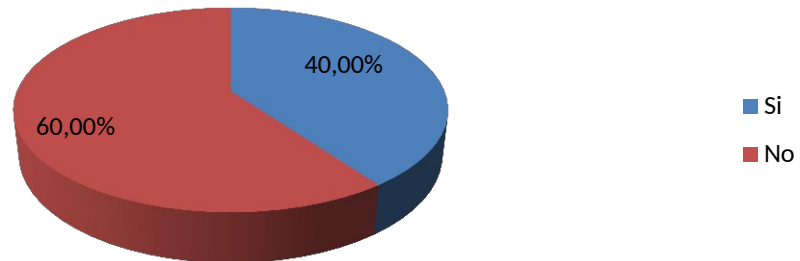
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°22 Vínculo de amistad con otras adolescentes embarazadas**

Amistad con otras adolescentes embarazadas	FA	FR	FR%
Si	12	0,40	40
No	18	0,60	60
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

### Vínculo de amistad con otras adolescentes embarazadas



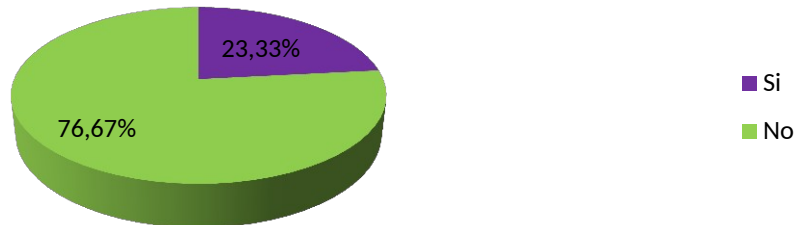
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N 23 Presencia de hermanas adolescentes embarazadas .**

Hermanas adolescentes embarazadas	FA	FR	FR%
Si	7	0,23	23,33
No	23	0,77	76,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

### Presencia de hermanas adolescentes embarazadas



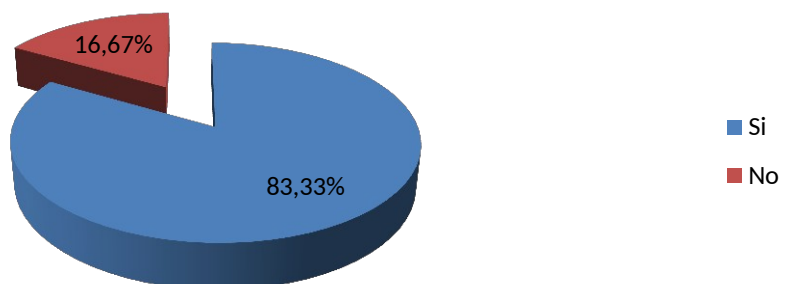
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla N°24 Soporte emocional en la adolescente embarazada.

Soporte emocional	FA	FR	FR%
Si	25	0,83	83,33
No	5	0,17	16,67
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

### Soporte emocional de la adolescente embarazada



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°25 Actividades recreativas en las adolescentes embarazadas.**

Actividad Recreativa	FA	FR	FR%
Si	9	0,30	30
No	21	0,70	70
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



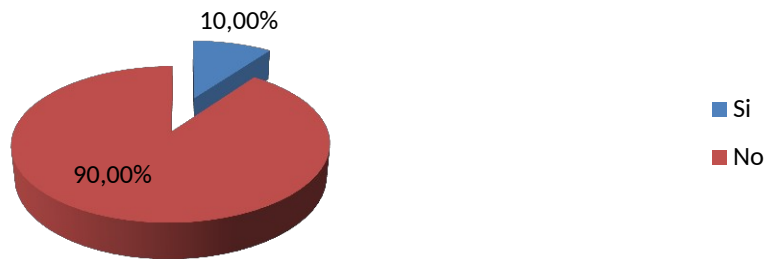
Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Tabla N° 26 Actividades deportivas en las adolescentes embarazadas.**

Deportes	FA	FR	FR%
Si	3	0,10	10
No	27	0,90	90
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

### Actividades deportivas en las adolescentes embarazadas



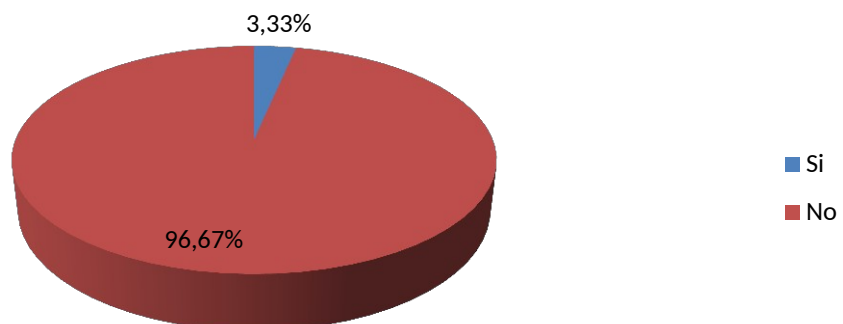
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla N°27 Adolescentes y pertenencia a clubes o agrupaciones.**

Club o agrupación	FA	FR	FR%
Si	1	0,03	3,33
No	29	0,97	96,67
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

### Adolescentes y pertenencia a clubes o agrupaciones

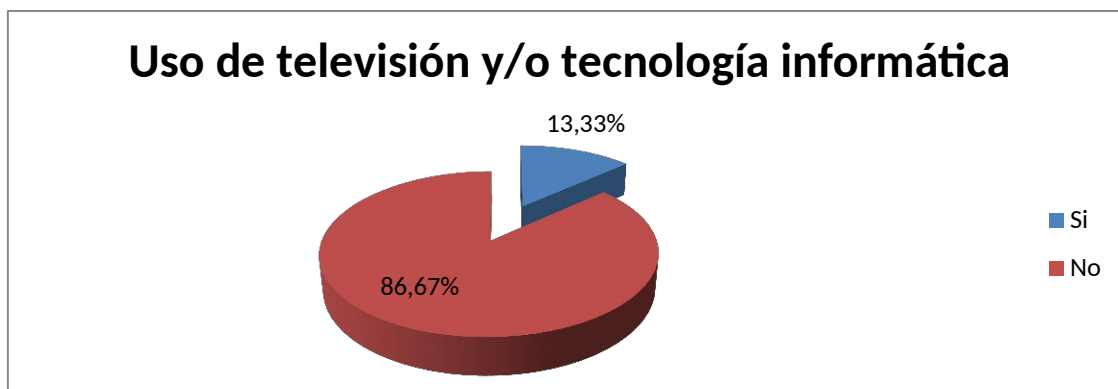


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla N° 28 Uso de televisión y/o tecnología informática.

Telecomunicaciones	FA	FR	FR%
Si	4	0,13	13,33
No	26	0,87	86,67
Total	30	1	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.