



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA**



**PRESENCIA DE FACTORES
PROTECTORES FAMILIARES EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS
QUE SE ASISTEN EN POLICLINICAS
DE MONTEVIDEO EN AGOSTO-
SEPTIEMBRE DE 2016**

Autores:

Br. Araujo, Alejandro
Br. Cardozo, María José
Br. Fleitas, Nicolás
Br. González, Gabriel
Br. Nicolás, Yhumara

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

Tutores:

Prof. Lic. Adj. Enf. Esp. Ana Arada
Prof. Lic. Adj. Enf. Rosemary Carrillo

Montevideo, 2016

AGRADECIMIENTOS

El grupo investigador reconoce a las siguientes personas por el apoyo y la colaboración brindada, gracias a las cuales se logro llevar adelante esta etapa y proceso final de la carrera con éxito:

- Tutoras: Lic. Adj. Esp. Ana Arada y Lic. Adj. Rosmary Carrillo,
- Funcionarios de las Policlinicas que acompañaron el proceso de Investigación,
- A todas las usuarias encuestadas que colaboraron en esta investigación,
- Y a los familiares y amigos de cada uno de nosotros que nos acompañaron y apoyaron en este proceso.

MUCHAS GRACIAS!!!

INDICE

<u>RESUMEN</u>	<u>3</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>4</u>
<u>FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA</u>	<u>6</u>
<u>OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN</u>	<u>20</u>
<u>METODOLOGÍA</u>	<u>21</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>26</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>40</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>47</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>52</u>

RESUMEN

Con el presente trabajo se propuso investigar la presencia de factores protectores en las adolescentes embarazadas que se asisten en policlínicas de Montevideo entre el mes de agosto y setiembre de 2016.

Para llevar a cabo esta investigación de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, seleccionando una muestra no probabilística de adolescentes embarazadas que se asistieron en dicho centro asistencial desde el 8 de agosto al 5 de setiembre. El instrumento empleado fue una entrevista, previamente se solicitó un consentimiento informado de los participantes al fin de garantizar aspectos éticos.

Se partió de una muestra de 38 usuarias cursando la etapa de adolescencia tardía de aquí se evaluaron los factores apoyo, protección y apego, analizando la presencia de factores protectores familiares en base a ellos.

En cuanto al nivel de instrucción de las usuarias el que predominó fue secundaria incompleta con un 68,42%, con un 60,53% de usuarias amas de casa que poseen una estructura familiar mediana; de tipo nuclear. Dichas adolescentes son Primigesta con un 65,79% y cursaban el segundo trimestre de embarazo.

En relación a los factores protectores familiares trabajados; en el factor apoyo se destacó el indicador **siempre** con un 47,37%, al igual que en el factor protección con un 68,42% en lo que respecta al factor apego el indicador predominante fue **a veces** con un 52,63%. Como evaluación general de la presencia de los factores protectores familiares presentes en las adolescentes embarazadas, el indicador que predominó fue el **siempre** con un porcentaje de 79,95%. Este estudio aportó un nuevo conocimiento y abre puertas a otras investigaciones sobre un tema de interés e importancia para nuestro país y la región.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó con el propósito de obtener el grado de la carrera Licenciatura en Enfermería.

La línea de investigación propuesta fue: la presencia de factores protectores en las adolescentes embarazadas que se asisten en Policlínicas de Montevideo. Realizando entrevistas a las mismas en base a un instrumento creado por el grupo.

La importancia del tema se ve reflejada en la salud familiar, ya que la familia como grupo social cumple funciones determinadas para el individuo, las cuales se transmiten formando conductas protectoras y/o de riesgo para la salud, más en una etapa de cambios como es la adolescencia y más aun con un embarazo en curso. Se destaca que el embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido motivo de preocupación desde distintos ámbitos de la sociedad, los sistemas sanitarios y el Estado, por el compromiso que ello implica en el desarrollo de los jóvenes para una adecuada inserción en el mundo adulto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es un pilar primordial en los procesos de salud y enfermedad, si bien ha sufrido una gran transformación a lo largo de los años, esta sigue siendo la red de apoyo más potente y eficaz que tiene el hombre para ajustarse a la vida social, generando experiencias potenciadoras de salud en forma constructiva (protectoras) o de riesgo (patógenas). La misma, toma un rol fundamental en la toma de decisiones y comportamientos implicados en los hábitos saludables, así como también en las decisiones sobre el uso de servicios sanitarios. Según Eleana Oyarzún; estos factores actúan por ende como buffers o amortiguadores de los factores de riesgo a los cuales cada individuo se ve expuesto a lo largo de su vida. El embarazo y la maternidad generan un cambio en la disposición general de la familia, provocando diferentes sentimientos entre la unidad familiar. Es por ello que en la medida que se vean fortalecidos los vínculos familiares, es posible aminorar los efectos negativos de los mismos y con ello disminuir las conductas de riesgo.

Cuando el embarazo se da en una etapa tan temprana como es la adolescencia, se presentan una serie de cambios biológicos y psicológicos, generando una inestabilidad en este grupo etario.

Es fundamental el apoyo familiar en la adolescente embarazada; para conocerlo se propuso investigar:

¿Están presentes los factores protectores familiares en adolescentes embarazadas que se asisten en Policlínicas de Montevideo?

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La enfermería como parte del equipo sanitario, es capaz de contribuir a la salud de la unidad familiar y de cada uno de sus miembros, mediante la planificación y aplicación

del Proceso de Atención de Enfermería en los diferentes servicios. Esto significa trabajar enfocado a los factores protectores, ya que los mismos permiten al equipo de salud establecer un plan de acción. Promoviendo y accionando los programas de salud comunitaria en el primer nivel de atención, con el objetivo de disminuir los factores de riesgo de la población desde una perspectiva proactiva.

A modo de conocimiento se realizó la búsqueda bibliográfica sobre el tema a investigar, tanto a nivel regional como nacional, observándose la escasez de investigaciones sobre el embarazo adolescente y sus factores protectores, prevaleciendo los estudios sobre los factores de riesgo en el mismo. A nivel regional se encontró un estudio realizado en Brasil (“Humanização e Integralidade na Atenção à Família: a percepção de mães sobre a gravidez de suas filhas adolescentes”), enfocado desde el punto de vista de la funcionalidad familiar y como esta influye de manera positiva en la maternidad adolescente. Dicho trabajo busco comprender, como el contexto familiar puede servir como factor de riesgo, o como factor protector ante la gestación y la maternidad en la adolescencia. Los resultados obtenidos de dicho estudio, revelan que dentro los factores de riesgo están las dificultades en el relacionamiento familiar, múltiples gestas en la adolescencia, falta de educación sexual, escaso apoyo familiar, situaciones de violencia, entre otros; como factores protectores se encontraron: relacionamiento familiar satisfactorio, apoyo recibido de la familia, y aceptación del embarazo.

En cuanto a lo nacional el embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido motivo de preocupación desde distintos ámbitos de la sociedad, los sistemas sanitarios y el Estado, por el compromiso que ello implica en el desarrollo de los jóvenes para una adecuada inserción en el mundo adulto. Existen dificultades en los adolescentes con hijos (en particular para las mujeres) para continuar sus estudios y transitar esta etapa evolutiva con un apoyo familiar y un desarrollo psíquico adecuado, de manera de alcanzar una estabilidad emocional sólida que no comprometa su desarrollo social y cultural futuro, ni tampoco que modifique su actual rol dentro del círculo familiar.

En cuanto a estudios socio demográficos según Censo del 2011 del Instituto Nacional de Estadísticas, UNFPA, ONU 2013, se puede ver que tanto en Latinoamérica, como en Uruguay, las causas del embarazo adolescente se ven relacionadas directamente con las desigualdades socioeconómicas, culturales y de género. Su existencia está asociada a la escasa capacidad de elección que poseen en esta etapa de su vida, y además de las disminuidas oportunidades de progreso en su estilo de vida. Las condiciones de vida críticas de los hogares en que viven las jóvenes aumenta la vulnerabilidad respecto al embarazo precoz y en algunas ocasiones no deseados.

En cuanto a investigaciones nacionales recientes (Agosto de 2016), el Grupo Intersectorial sobre Embarazo en Adolescentes presento en el estudio “Embarazo en adolescentes: desigualdad y segmentación social” que: el nivel de fecundidad de adolescentes en Uruguay es elevado y resistente al descenso, el país presenta cifras de 60 por mil mujeres de 15 a 19 años en 2014, en relación al promedio mundial que es de 45 por mil. En el último quinquenio el 17% de los nacimientos totales han sido de adolescentes mujeres menores a 20 años. En 2015, nacieron 7371 hijos de adolescentes tardías, en cambio en la adolescencia temprana solo se registraron 122 nacimientos. Las cifras del estudio también muestran una segregación territorial, por ejemplo, mientras en Carrasco no hay hijos/as de madres adolescentes, en Casavalle hay un/a hijo/a de cada 5 adolescentes. Por dicho motivo el MSP se plantea para el año 2020, disminuir al 13% el embarazo en este grupo etario, que refleja, de una base de 58.2/1000NV a 48/1000NV.

En este sentido, el proceso de atención de enfermería debe orientarse hacia el cuidado de la salud integral de la familia, ayudando a estas y a las adolescentes a identificar los recursos disponibles para adoptar las estrategias de afrontamiento apropiadas.

MARCO TEORICO

Según Salleras Sanmartí la salud es el “logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y su colectividad”¹

Dentro de los diferentes tipos de servicios sanitarios, la Atención Primaria en Salud (APS), está orientada hacia la atención, promoción y prevención, la cual se encuentra en constante evolución y es fundamental en la práctica de profesionales de salud y de otros sectores como educación, servicio social, y medio ambiente. La declaración de Alma Ata define a la Atención Primaria en Salud como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; auto cuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.²

La enfermería comunitaria, como parte del equipo de profesionales del primer nivel de atención, está dedicada al cuidado y a la prevención no sólo de la salud del individuo sino también de la familia y, especialmente, de la comunidad. Esta es una importante rama de la ciencia ya que tiene que ver con el paso y el establecimiento de hábitos, conductas y cuidados que no sólo cuiden la salud de una persona de manera específica, si no que supongan el mantenimiento de un ambiente comunitario seguro y saludable para todos sus integrantes. Para que esto se lleve a cabo el equipo de enfermería deberá ser responsable, investigando en conjunto con la población para conocer las necesidades de atención a la salud. Poseen los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, trabajan, estudian, se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso. Este equipo deberá ser capaz de conformar un equipo interdisciplinario que trabaje en coordinación con otros

actores sanitarios, instituciones y sectores, realizando las funciones de Asistencia, Docencia e Investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.³

La familia cumple un rol central en la salud de sus miembros y en especial en los estilos de vida individuales, siendo un pilar fundamental para el accionar de los profesionales del primer nivel de atención.

En cuanto a la familia, su concepto ha sufrido transformaciones durante el transcurso de la humanidad, desde épocas inmemorables era una unidad consolidada para la subsistencia entre sus miembros. Con el desarrollo del mismo, la unidad de las personas fue de vital importancia para el vínculo de vida del Hombre y la sociedad. La formación básica de la familia contaba con un hombre y una mujer, los cuales se unían en matrimonio. Los hombres cumplían la función de sustentar a la unidad familiar, y las mujeres realizar las labores domésticas, y la formación de los hijos. En los tiempos modernos la familia busca obtener un mejor estar económico, disminuyendo la cantidad de integrantes de la misma, la figura de la mujer cobra un mayor valor en la esfera laboral, y la educación de los hijos recae en las instituciones educativas. En la actualidad la masividad de divorcios, la transformación dinámica de la vida conyugal pasando a la unión libre como método de convivencia, el abandono del hogar por parte de uno de los integrantes, la revolución sexual, la búsqueda de la equidad de género, la edad en la cual se empiezan a gestar hijos, entre otros cambios socio culturales, han dado al concepto de familia varios giros.⁴

Dentro de la dinámica familiar la misma puede caracterizarse: por el número de miembros (pequeña de 2 a 3 miembros, mediana entre 4 y 6 miembros, y familia grande de 7 o más miembros), por la ontogénesis (formación) de la familia (nuclear: es la integrada por una pareja que tenga hijos o no, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia; nuclear típica estaría representada por la pareja con un hijo más y en dependencia del número de hijos puede variar el tamaño de la misma; familia extensa

o extendida presencia de dos generaciones o más; familia mixta o ampliada cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras, puede incluir otros parientes y amigos). No todas las familias tanto nucleares como extensas están representadas con los dos padres. Si la pareja sufrió muerte, divorcio o separación de uno de los dos cónyuges y es nuclear puede denominarse familia mono-parental. Si falta un miembro de una generación ya la familia tiene carácter de incompleta.

En segundo lugar, se encuentran las etapas del ciclo vital familiar, ya que el evento estresante podrá tener diferente importancia según incida en una familia recién establecida, o en una en etapa de extensión, o disolución. Es importante señalar aquí que se ha denominado “Ciclo vital familiar” al proceso de desarrollo en el cual transitan las familias, y el cual se distinguen una serie de etapas o fases marcadas por la ocurrencia de acontecimientos significativos de la vida. Existen una serie de acontecimientos indican el paso de una etapa a otra del ciclo vital. Éstos son llamados procesos normativos, y es el caso del matrimonio o emparejamiento, el nacimiento de un hijo, la salida de un hijo del hogar o la muerte de un cónyuge.⁴

La familia es objeto de estudio de gran interés que va en aumento, dada a que existen distintos elementos (componentes de la funcionalidad familiar) que interactúan de forma diferente, y dependiendo del tipo de familia, estos pueden desarrollar de manera positiva o negativa, lo que en la actualidad llamamos factores protectores o de riesgo, determinando la salud en la comunidad.

En el caso que los componentes de la funcionalidad familiar se desarrollen de manera positiva, generan factores protectores familiares que actúan como amortiguadores de situaciones adversas que afrontan el individuo o la familia; modifican, atenúan o neutralizan una situación problemática y por ende las circunstancias detectables asociadas con la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Ya sean por factores psicológicos, sociales o recursos personales el objetivo será cambiar el impacto del riesgo. Los factores protectores que actúan como amortiguadores de situaciones adversas que afrontan el individuo o la familia; modifican, atenúan o

neutralizan una situación problemática y por ende las circunstancias detectables asociadas con la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Ya sean por factores psicológicos, sociales o recursos personales el objetivo será cambiar el impacto del riesgo⁵.

Los factores protectores apuntan a la construcción de fortalezas cambiando conductas de forma integral hacia la familia.

Cada grupo familiar tiene su propia forma de relacionarse, convivir y de usar herramientas que le permiten generar conductas protectoras, esa diferencia generará una identidad familiar. Por dicho motivo, se entenderá a la familia como un subsistema social abierto, donde existen elementos interactuantes que el comportamiento de uno modifica el resto. La salud de la familia dependerá de la interacción de factores personales (psicológicos, biológicos sociales); los propios del grupo familiar y su funcionalidad; de la estructura y economía familiar; de la etapa del ciclo familiar que se transcurra; del afrontamiento a las crisis y del modo de vida de la comunidad y de la sociedad.

Dichos elementos amortiguadores que busquen equilibrar suceso adverso son los factores protectores familiares:

- El apego y vínculo familiar: se refiere a la fuerza de los lazos entre los integrantes de la familia y la conexión que exista entre ellos.
- Diferenciación de roles dentro de la familia: que permitan normas y pautas de conducta claras y estables.
- Apoyo mutuo entre los miembros de la familia.
- Cercanías fraternales. Fomentando las relaciones familiares con al menos un pariente.
- Manejo del estrés eficazmente.

- La familia brinda protección y cariño
- Fomenta las relaciones de apoyo con los adultos afectivos.
- Comparten las responsabilidades entre la familia.⁶

Los componentes de la funcionalidad familiar (como factor protector) son:

- **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Desempeño de roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.⁷

La dinámica familiar se encuentra en constante cambio, adaptándose entre otros al desarrollo físico y etario de cada uno de sus integrantes, entre ellos la adolescencia, que refleja cambios importantes en el desarrollo y crecimiento de la familia.

Según la OMS la adolescencia es una fase de la vida humana que comprende el período desde los 10 hasta los 19 años de vida. Es una fase de transición entre la infancia y la adultez. Esta transición se traduce en cambios físicos, psicológicos y comportamentales, crisis, adaptación al nuevo cuerpo y nuevas actitudes frente a la vida. Debido a los cambios que ocurren en su cuerpo el adolescente se prepara biológicamente para experimentar su sexualidad. Por este motivo la temática de responsabilidad sexual se torna más delicada durante la adolescencia, debido a las inseguridades que ocasiona el comienzo de la actividad sexual, así como los conflictos y dudas derivado de la construcción de la identidad que permanece sin terminar en esta etapa. ⁸

Define la adolescencia temprana como un período de cambios físicos, mentales, emocionales, sociales y grandes cambios hormonales. Comprende desde los 10 hasta los 14 años de edad. La adolescencia tardía comprende desde los 15 hasta los 19 años y se define como un período de crecimiento físico, mental y emocional rápido e intenso en el que el adolescente continuará afirmando su independencia y buscando su propia identidad en el mundo. ⁸

Por todos los cambios propios de la etapa adolescente, una gestación dentro de la misma provoca un cambio aun mayor, tanto físico como psicológico y/o social. El embarazo, es un estado fisiológico, que se origina cuando dos gametos, uno masculino (espermatozoide) y uno femenino (ovulo), se unen (fecundación) para formar un huevo o cigoto; el mismo se trasladara al útero para implantarse, donde se empezara a desarrollar las diferentes etapas del desarrollo fetal. El proceso desde la fecundación, hasta la implantación es de aproximadamente 7 días. Es aquí, donde comienza el desarrollo de la placenta, en el cuál, se origina un órgano único, autónomo y transitorio, que cumplirá la función de unión e intercambio gaseoso y de nutrientes entre, las estructuras fetales y maternas; además cumple funciones endocrinas, las cuales

regularan y mantendrán el embarazo. A los 12 días de la fecundación, comienza el período embrionario, donde crecen las nuevas estructuras, culminando en la 8ª semana desde la fecha de la fecundación o en la 10ª semana de la fecha de la última menstruación (F.U.M.), donde comenzara el período fetal, en el cual, las estructuras principales, ya existen, las cuales crecen y maduran hasta el término de la gestación. A partir de la 12ª semana empiezan a observarse las manos con todos los dedos y los pies, y comienza la osificación del nuevo ser. Esta es la fecha límite, para que una mujer, amparada por el Decreto 293/010 reglamentario de la ley número 18.987, 1º de diciembre del 2008, pueda interrumpir voluntariamente el embarazo.

En las próximas semanas, el feto se irá desarrollando, pasando por tres períodos, el período fetal inmaduro, que va desde la semana 10ª desde el F.U.M hasta la 24ª semana. En la semana 18ª aparecerán visibles los órganos sexuales externos. El subsiguiente período corresponderá desde la semana 25ª a la 36ª, donde el período fetal prematuro, dará viabilidad al ser que se está desarrollando y mejorara la sobrevida extrauterina, ya que se desarrolla el aparato respiratorio y todo el sistema circulatorio; en dicho período es donde se produce el mayor desarrollo de sus órganos, ergo, aumentara de forma considerable su tamaño y su peso. Finalizaran dichas etapas, con el período fetal a término, desde la semana 37ª a la 40ª semana, terminando de alcanzar su peso y tamaño. Todo esto, se desarrollara en un medio acuoso llamado líquido amniótico, donde se encuentran electrolitos, lípidos, vitaminas, hormonas, entre otras sustancias que favorecen el desarrollo y el crecimiento intrauterino del feto. Desde la fecundación hasta el parto, se cursan 9 meses de profundos cambios. Dentro del cuerpo de la embarazada, se producen múltiples cambios, el cuál observaremos brevemente:

El Aparato respiratorio: el crecimiento del útero provoca que el diafragma se eleve y que la respiración se realice con los músculos del tórax sin la ayuda de los músculos abdominales, provocando una sensación de mayor dificultad al respirar junto a un

aumento en la frecuencia respiratoria. Según avanza el embarazo se produce un incremento en la necesidad de volumen respiratorio y de cantidad de oxígeno.

El sistema cardiovascular: El gasto cardíaco de la mujer embarazada aumenta hasta un 50% desde el inicio al final de la gestación debido al incremento de la frecuencia cardíaca de 15% a 20%(al final del embarazo), por la resistencia periférica. También se produce un 45% de aumento del volumen sanguíneo o volemia que permite un adecuado flujo en útero y placenta. Lo cual generara edemas en miembros inferiores.

El aparato urinario: En la madre se produce dilatación de la pelvis renal, cálices y los uréteres, provocando aumento del espacio muerto urinario. El incremento del espacio muerto urinario unido al crecimiento de la vascularización renal y el mayor volumen intersticial ocasionan aumento en la longitud del riñón, de aproximadamente 1 cm., en comparación con el riñón de la mujer no gestante. Por ende, existen mayores pérdidas hidroelectrolíticas.

Sistema endocrino: en el embarazo se producen muchos cambios en la actividad y los niveles hormonales. Se produce un incremento en los niveles de estrógenos, progesterona y otras hormonas, así como cambios en el metabolismo de los carbohidratos. Lo cual puede generar una diabetes gestacional. Estos cambios son necesarios para cubrir los requerimientos metabólicos de la madre y del crecimiento del feto, cuya principal fuente de alimento es la glucosa que se halla presente en la sangre materna.

Aparato locomotor: durante la gestación, la mujer experimenta numerosos cambios destinados a adaptar su organismo al embarazo. Se produce un aumento en el volumen y peso de los pechos, un aumento del volumen uterino, la parte baja de la espalda se curva y el centro de gravedad se desplaza, aumenta el peso corporal, las articulaciones ganan elasticidad y existe un menor retorno venoso en las piernas debido al aumento de tamaño del útero. ⁹

Dichos cambios, generaran ciertas manifestaciones sintomatológicas, como ser el nauseas, vómitos, mareos, cansancio que acompañaran a la embarazada durante todo el proceso. Dicho proceso gestacional, hace compleja la situación de una adolescente embarazada, y la hace de interés para los programas nacionales de salud.⁹

El embarazo adolescente no se ha logrado disminuir en Uruguay desde el 2011 (13.9%), siendo en el año 2013 (como última cifra del I.N.E) de un 16% de madres adolescentes. Por el aumento en esta cifra, el MSP se plantea para el año 2020, disminuir a 13% el embarazo en este grupo etario, que refleja, de un 58.2/1000NV a 48/1000NV. Según Varela, Pollero y Fostik parece existir una resistencia a la disminución de la gestación adolescente, causada por la alta fecundidad de los estratos más desaventajados de la población: “las jóvenes con menos años de educación y las que viven en hogares con condiciones de carencias críticas son madres en edades más tempranas”.¹⁰

Las madres adolescentes se ven perjudicadas socialmente, ya que comúnmente dejan sus estudios y proyectos de vida para asumir un papel maternal. El soporte para hacer frente a esta situación no siempre está presente, ya sea por la dinámica y afección de esa gestación en la familia o por el nivel socioeconómico de la misma. En vista de lo expresado anteriormente sumado a los cambios y conflictos propios de la etapa adolescente, el embarazo se identifica como una situación difícil para la misma tanto desde el punto de vista personal, familiar y social.

Frente a este contexto; la atención y el apoyo del equipo de salud representan un eje fundamental en la prevención, promoción y tratamiento de la salud, tanto para el bebe, la adolescente y su familia.¹⁰

Comprender el significado del embarazo para la familia de la joven es fundamental, ya que en general son figuras importantes para el apoyo de la adolescente. Por lo tanto, en la relación familia- adolescente, los sentimientos están involucrados y es necesario explorar estas relaciones, ya que hay una interrupción de los planes futuros con origen en el embarazo precoz.¹¹

El contexto familiar puede servir a la vez como un factor de riesgo o de protección durante el embarazo y la maternidad adolescente.

Los factores protectores familiares hacia esa adolescente, pueden presentarse tanto antes, como durante y posterior a la gestación.¹²

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Conocer la presencia de los factores protectores familiares en las adolescentes embarazadas que se asisten en policlínicas de Montevideo, entre los meses agosto y setiembre del 2016.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a la población según variables sociodemográficas y estructura de la familia.
- Identificar factores protectores que brinda la familia a la población seleccionada.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño general del estudio:

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

La investigación se llevo a cabo en Policlínicas de Montevideo, entre el 8 de Agosto al 5 de Setiembre del 2016.

Universo de estudio: conformado por las usuarias adolescentes embarazadas que se asisten en Policlínicas de Montevideo.

Población: todas las adolescentes embarazadas que se asistan en Policlínicas de Montevideo entre Agosto-Setiembre de 2016.

Unidad de muestreo: Cada una de las adolescentes embarazadas que fueron entrevistadas.

Método de selección de muestra: Fue no probabilístico, por conveniencia.

Unidad de Observación: las adolescentes embarazadas que concurren a controles en Policlínicas de Montevideo los días en que se realizo la recolección de datos.

Criterios de Inclusión: Para incluirlas en la muestra debieron cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Tener entre 10 y 19 años de edad.
- Aceptar participar de dicha investigación
- No tener discapacidad física motora, intelectual y sensorial

Recolección y Procesamiento de datos:

Se realiza un instrumento para la recolección de datos diseñado por los investigadores para lograr cumplir los objetivos planteados (Anexo 1); y consentimiento informado, a fin de garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos, luego se deja constancia escrita de que los datos obtenidos fueron de forma voluntaria y usados exclusivamente con fines académicos de acuerdo con la Declaración de Helsinki, en relación a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

(Anexo 2). Una vez realizado el instrumento se solicita autorización por medio escrito a las Policlínicas de Montevideo para la realización de la investigación. Posterior a esto se realiza prueba piloto, para la cual es necesaria la autorización por parte de la usuaria a través del consentimiento informado. La misma se lleva a cabo el primer día en una de las Policlínicas seleccionadas para la recolección de la muestra, para probar la efectividad del instrumento realizado. Se efectúa mediante la entrevista por parte de los investigadores, aplicando el instrumento elaborado a cada una de las usuarias que cumplen con las normas de inclusión, y que allí concurren el día seleccionado. Al no presentarse ningún inconveniente, se da por finalizada la prueba piloto.

Seguidamente se realiza la recolección de datos, implementando el cuestionario a cada integrante de la muestra, de acuerdo al cumplimiento de aspectos éticos y criterios de inclusión. Esta actividad está a cargo del grupo investigador, quienes concurren a consultas en Policlínicas de Montevideo seleccionadas, en el turno matutino y tarde, de lunes a viernes, en el periodo de un mes calendario. Con los datos obtenidos de cada variable se procede a tabular y graficar los mismos para visualizar resultados finales de la investigación realizada.

VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
1 EDAD	Duración o la medida del tiempo de la existencia de una persona, desde su nacimiento.	Años cumplidos desde su nacimiento hasta la fecha expresados por la encuestada	<u>Adolescencia Temprana</u> : Desde los 10 hasta los 14 años; <u>Adolescencia Tardía</u> : Desde los 15 a los 19 años	Cuantitativa, ordinal
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	Ultimo nivel educativo alcanzado por la adolescente	primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, UTU, estudios terciarios	Cualitativa, ordinal
OCUPACION	Actividades que realiza una persona por la cual recibe a cambio o no, una remuneración	condición actual en cuanto a quehaceres	Ama de casa Empleada Trabajadora independiente Estudiante.	Cualitativa, ordinal
NUMERO DE GESTAS	caracterización de la embarazada por el número de gestas	número de embarazos cursados	Primigesta. Secundigesta Multípara	Cuantitativa, ordinal
TRIMESTRE DE GESTACIÓN	Término utilizado para determinar qué tan avanzado está el embarazo.	Desde el primer día del último ciclo menstrual a la fecha actual	Primer Trimestre: De Fecha de Última Menstruación a 13 semanas Segundo Trimestre: De 14 a 27 semanas Tercer Trimestre: De 28 a Fecha Probable de Parto	Cuantitativa, ordinal
ESTRUCTURA FAMILIAR	Caracterización de la familia por el número de miembros que la componen	Número de personas expresadas por la encuestada que viven en su	Pequeña: 2 a 3 miembros, Mediana: 4 y 6 miembros Grande 7 o más	Cuantitativa, ordinal

		domicilio	miembros	
--	--	-----------	----------	--

A continuación se presenta la escala que se empleo (Likert-3) y como se interpretó la puntuación obtenida.

Siempre: 3 puntos

A veces: 2 puntos

Nunca: 1 punto

Interpretación: posterior a cada entrevista se sumaron los puntos aplicados a cada respuesta, de cada factor protector familiar seleccionado y se clasifíco según su puntuación de la siguiente manera:

1. 6 puntos: siempre,
2. 5 y 4 puntos: a veces,
3. 3 y 2 puntos: nunca.

En base a dicha puntuación, se realizó una escala de puntos, para definir la presencia de factores protectores familiares en las adolescentes embarazadas:

- 1- De 6 a 9 puntos: Según la adolescente los factores protectores no están presentes nunca, o en muy pocas ocasiones.
- 2- De 10 a 13 puntos: Los factores protectores están presentes a veces.
- 3- De 14 a 18 puntos: Los factores protectores que brinda la familia a la adolescente están presentes siempre o en todas las ocasiones.

RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados obtenidos en la recolección de datos:

Tabla 1: Distribución de la Población según Edad

Etapas:	FA	FR%
Adolescencia Temprana	0	0
Adolescencia Tardía	38	100
Total:	38	100

Fuente: Entrevistas.

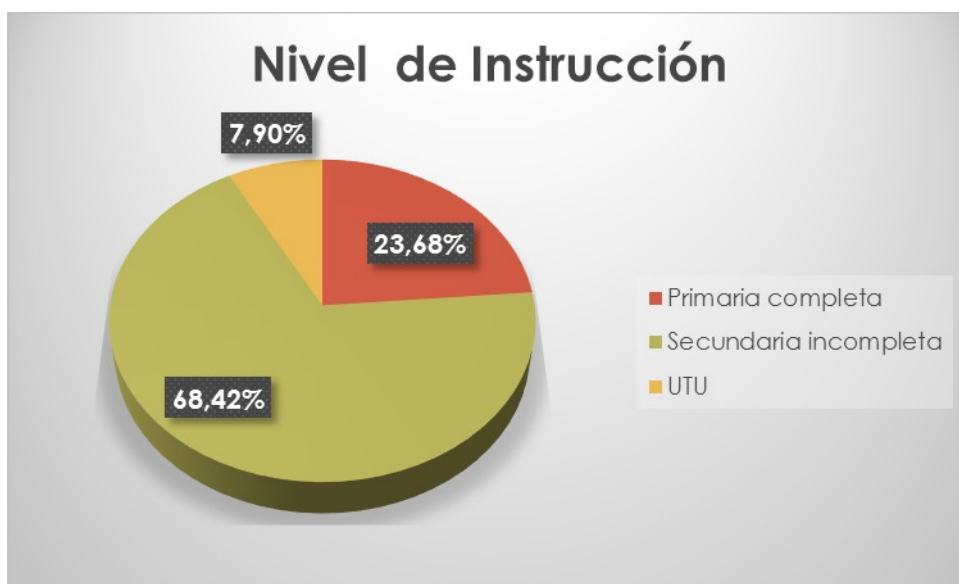
En la correspondiente tabla se observa que el rango etario predominante es la Adolescencia Tardía.

Tabla 2: Distribución de la Población según Nivel de Instrucción

Nivel de Instrucción:	FA	FR%
Primaria incompleta	0	0
Primaria completa	9	23,68
Secundaria incompleta	26	68,42
Secundaria completa	0	0
UTU	3	7,90
Otros estudios terciarios	0	0
Total:	38	100

Fuente: Entrevistas.

Gráfica 1: Distribución de la Población según Nivel de Instrucción



Fuente: Tabla 2

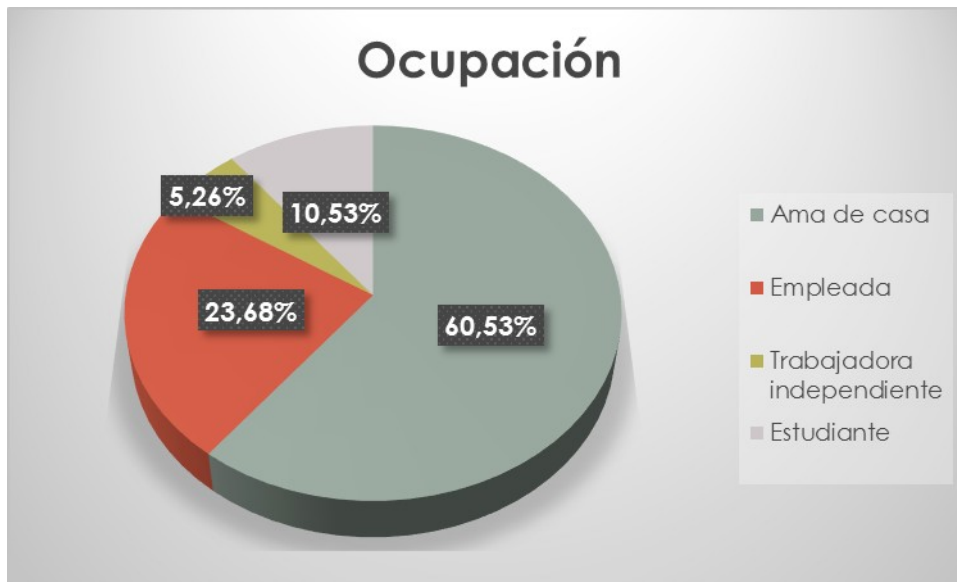
En relación a la gráfica se observa que las usuarias entrevistadas contaban en su gran mayoría con secundaria incompleta 68,42%, seguida por un 23,68% de primaria completa y en su minoría con UTU 7,90%.

Tabla 3: Distribución de la población según Ocupación.

Ocupación	FA	FR%
Ama de casa	23	60,53
Empleada	9	23,68
Trabajadora independiente	2	5,26
Estudiante	4	10,53
Total:	38	100

Fuente: Entrevistas.

Grafica 2: Distribución de la población según Ocupación.



Fuente: Tabla 3

Correspondiente a la gráfica, se observa que en la ocupación de las entrevistadas un 60,53% refiere ser ama de casa, un 23,68% es empleada, un 10,53% estudiantes, y un 5,26% son trabajadoras independientes; ninguna de las usuarias manifestó realizar una doble actividad.

Tabla 4: Distribución de la Población según Estructura Familiar

Estructura Familiar	FA	FR%
Pequeña	8	21,05
Mediana	21	55,26
Grande	9	23,69
Total:	38	100,00

Fuente: Entrevistas.

Gráfica 3: Distribución de la Población según Estructura Familiar



Fuente: Tabla 4

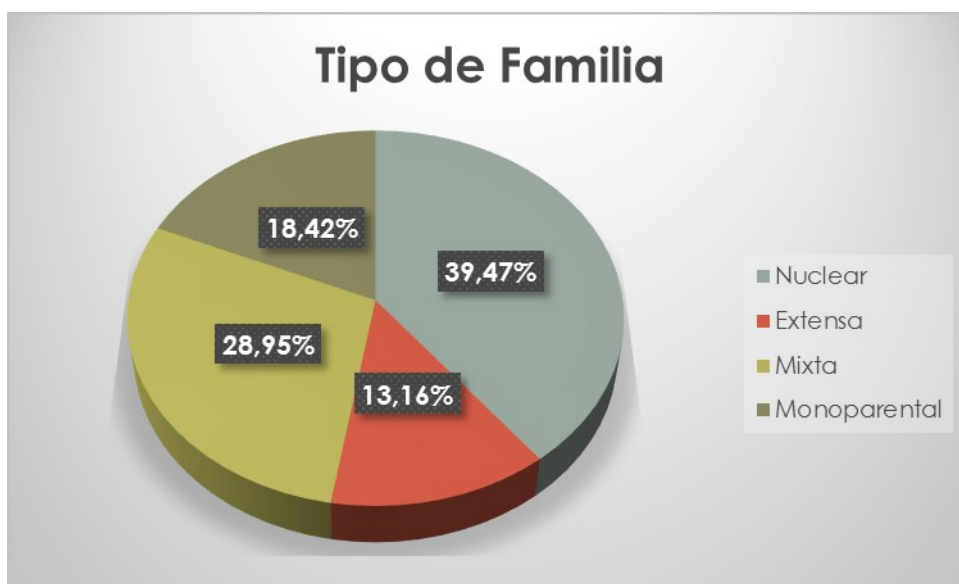
Referente a la gráfica la estructura familiar correspondió mayormente a una familia mediana (4 a 6 miembros) con un 55,26%, un 23,69% siguió la conformación de familias grandes (7 o más miembros) y con un 21,05% constituidas por familias pequeñas (1 a 3 miembros).

Tabla 5: Distribución de la Población según Tipo de Familia

Tipo de Familia:	FA:	FR%
Nuclear	15	39,47
Extensa	5	13,16
Mixta	11	28,95
Monoparental	7	18,42
Total:	38	100

Fuente: Entrevistas.

Grafica 4: Distribución de la Población según Tipo de Familia



Fuente: Tabla 6

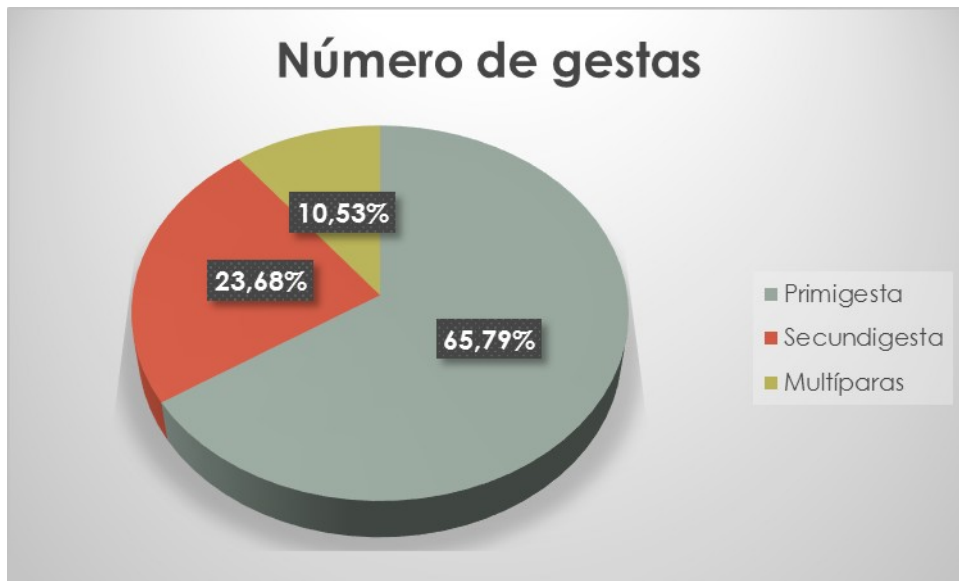
En la correspondiente gráfica de tipo de familia se pudo ver que un 39,47% pertenece a una familia nuclear; un 28,95% a una familia mixta; 18,42% una familia monoparental y un 13,16% a una familia extensa.

Tabla 6: Distribución de la población según número de gestas

Número de gestas	FA	FR%
Primigesta	25	65,79
Secundigesta	9	23,68
Múltiparas	4	10,53
Total:	38	100

Fuente: Entrevistas

Grafica 5: Distribución de la Población según Número de Gestas



Fuente: Tabla 5

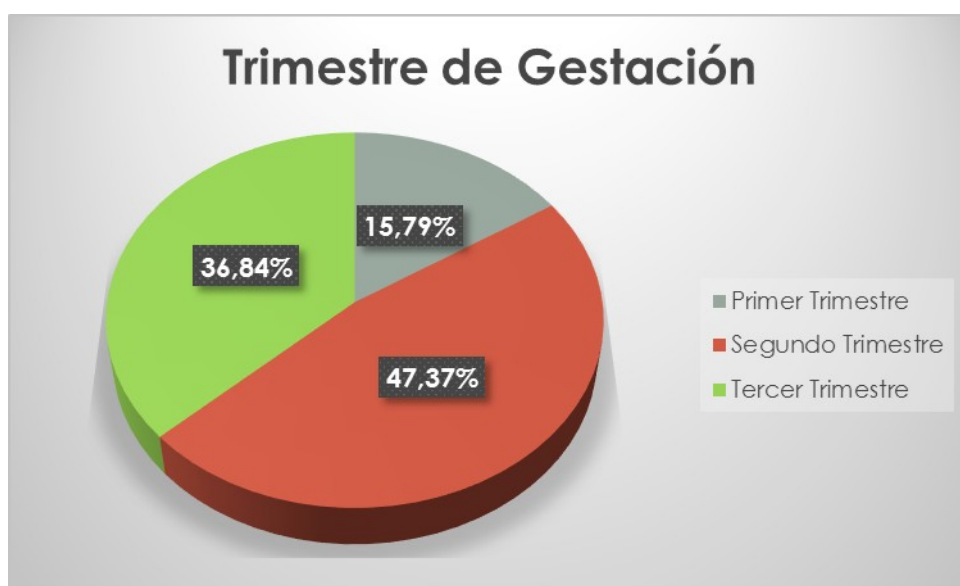
En referencia a la gráfica sobre el número de gestas que presentaron las usuarias se puede ver que un 65,79% eran Primigesta, un 23,68% eran secundigesta y el 10,53% eran múltiparas.

Tabla 7: Distribución de la Población según Trimestre de Gestación

Trimestre de Gestación	FA	FR%
Primer Trimestre	6	15,79
Segundo Trimestre	18	47,37
Tercer Trimestre	14	36,84
Total:	38	100

Fuente: Entrevistas.

Grafica 6: Distribución de la Población según Trimestre de Gestación



Fuente: Tabla 7

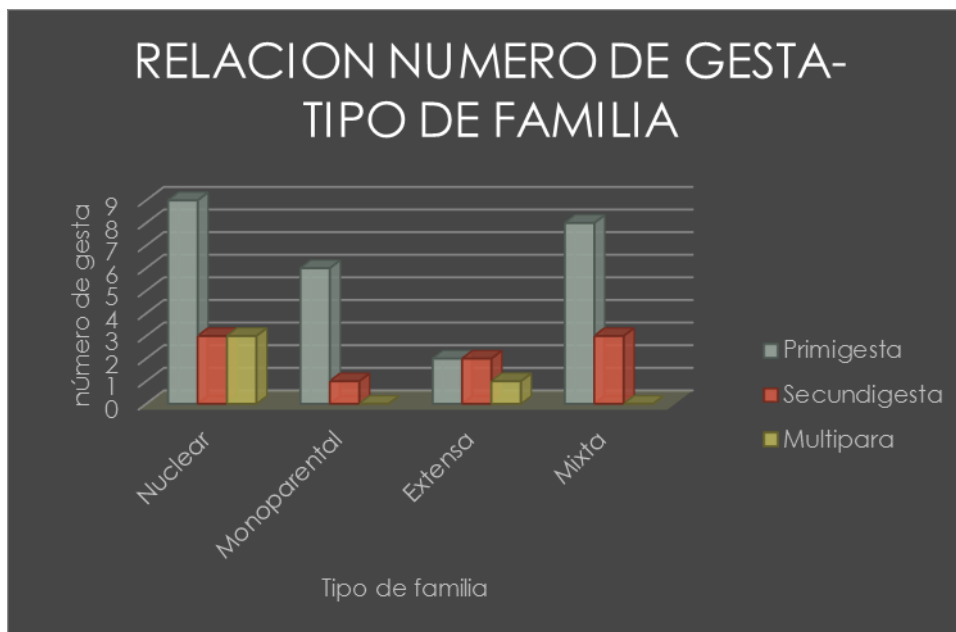
En base a la gráfica se puede observar que un 47,37% de las adolescentes cursaban el segundo trimestre, siguiendo el tercer trimestre con un 36,84%, y por último el 15,79% cursaba el primer trimestre

Tabla 8: Distribución de la Población según Número de gestas en relación a Tipo de Familia.

Nº de Gestas	Tipo de Familia							
	Nuclear		Monoparental		Extensa		Mixta	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Primigesta	9	60,00	6	85,71	2	40,00	8	72,73
Secundigesta	3	20,00	1	14,29	2	40,00	3	27,27
Multipara	3	20,00	0	0,00	1	20,00	0	0,00
Total	15	100	7	100	5	100	11	100

Fuente: Entrevistas

Grafica 7: Distribución de la Población según Número de gestas en relación a Tipo de Familia.



Fuente: Tabla 8

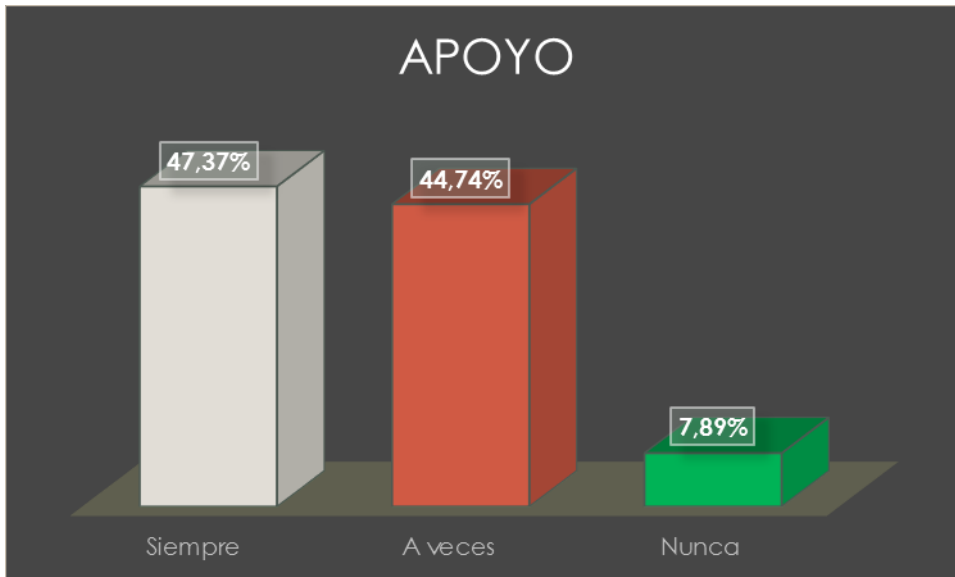
Acorde a la gráfica y tabla anterior se observa que de las familias nucleares la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas con un 60,00%; y con el mismo porcentaje de 20,00% son embarazadas secundigestas o múltiparas. En las familias monoparentales el 85,71% son adolescentes primigestas, el 14,29% son secundigestas y no se presentaron adolescentes múltiparas en este tipo de familia. En cuanto a las familias extensas representadas por el mismo porcentaje de 40,00% se ven igualadas las adolescentes primigestas y secundigestas, y el restante 20,00% son adolescentes múltiparas. En las familias mixtas el 72,73% de las adolescentes cursan su primer embarazo, y el restante 27,27% son secundigestas, en este tipo de familia tampoco se observa adolescentes múltiparas.

Tabla 9: Distribución de la Población según el factor protector familiar apoyo.

Apoyo	FA	FR%
Siempre	18	47,37
A veces	17	44,74
Nunca	3	7,89
Total:	38	100

Fuente: Entrevistas.

Grafica 8: Distribución de la Población según Factor Protector Familiar Apoyo



Fuente: Tabla 9

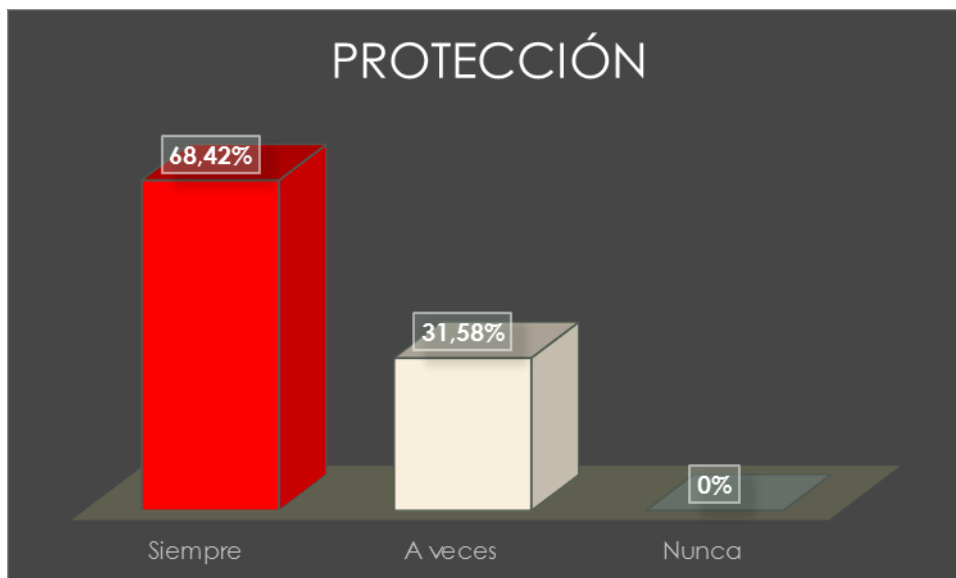
En lo que representa al factor protector apoyo se encontró **siempre** presente en un 47,37%; **a veces** 44,74% y **nunca** en tan solo un 7,89% de las adolescentes.

Tabla 10: Distribución de la Población según el factor protector familiar protección.

Protección	FA	FR%
Siempre	26	68,42
A veces	12	31,58
Nunca	0	0
Total:	38	100

Fuente: Entrevistas.

Grafica 9: Distribución de la Población según Factor Protector Familiar Protección



Fuente: Tabla 10

En lo referente al factor protector familiar Protección, un 68,42% estuvo de acuerdo con que lo encontraban **siempre** presentes y el otro 31,58% lo encontraba presente **a veces**.

Tabla 11: Distribución de la Población según el factor protector familiar apego.

Apego	FA	FR%
Siempre	17	44,73
A veces	20	52,63
Nunca	1	2,63
Total:	38	100

Fuente: Entrevistas.

Gráfica 10: Distribución de la Población según Factor protector familiar: Apego



Fuente: Tabla 11

Respecto al factor Apego; el 52,63% respondió encontrarlo **a veces** presente, siguiendo con el 44,73% que **siempre** lo encuentra presente, y solo un 2,63% no lo encuentra presente **nunca**.

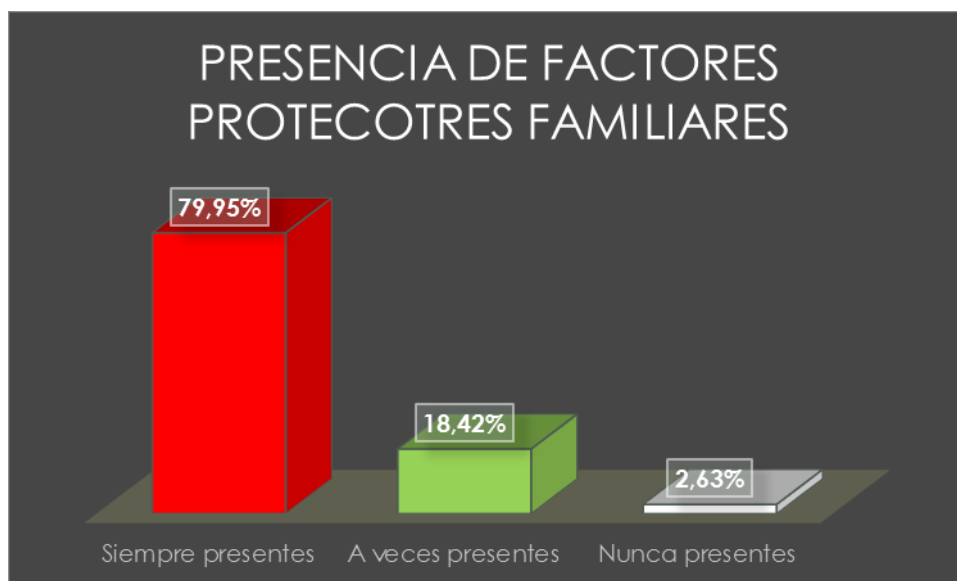
Tabla 12: Distribución de la Población según Presencia de Factores Protectores

Familiares

Presencia de Factores Protectores	FA	FR%
Siempre presentes	30	79,95
A veces presentes	7	18,42
Nunca presentes	1	2,63
Total:	38	100

Fuente: Entrevistas.

Gráfica 11: Distribución de la Población según la presencia de Factores Protectores Familiares



Fuente: Tabla 12

En cuanto a la presencia de factores familiares en las adolescentes embarazadas encuestadas se destacó el indicador **siempre presente** con el 79,95%, **a veces presente**, la incidencia fue de un 18,42% y solo un 2,63% de ellas respondió no encontrarlos **nunca presentes**.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos recabados de usuarias que se asistían en los servicios seleccionados, dentro del período correspondiente, se obtuvieron un total de 38 entrevistas.

En cuanto a los resultados que se desprendieron con respecto a la variable edad la incidencia total correspondió al rango de la adolescencia tardía de 15 a 19 años con un 100%; esto demuestra concordancia con las cifras actuales, en cuanto a que el embarazo incide principalmente en la adolescencia tardía, según lo expuesto por el Grupo intersectorial sobre embarazo en adolescentes en su último estudio de cifra en Agosto de 2016, que demuestra que de 7493 adolescentes embarazadas solamente el 1,63% corresponde a la franja etaria de 10 a 14 años.

Las usuarias entrevistadas contaban en su gran mayoría con secundaria incompleta 68,42%, seguida por un 23,68% de primaria completa y en su minoría con UTU 7,90%.

La selección de dicha variable fue importante para conocer el nivel de instrucción alcanzado por las usuarias, dando la pauta del nivel de conocimientos general de las mismas y allí ver reflejada la concordancia de edades con su nivel educativo actual; dichos datos reflejan que un porcentaje importante de las adolescentes no se encuentran acorde al nivel de instrucción que deberían tener; esto genera una vulnerabilidad socio-económica futura ya que en cuanto a la ocupación de las entrevistadas un 60,53% refiere ser ama de casa, un 28,94% trabajadora y un 10,53% estudiantes; ninguna de las usuarias manifestó realizar una doble actividad. Esto representa la condición actual de la muestra, se tiene un porcentaje no menor de adolescentes que perciben ingresos fijos mensuales, luego más de un 70% de estas adolescentes depende de un tercero para satisfacer sus necesidades básicas; y que solamente un 10% continúa sus estudios, se puede afirmar un importante número de abandono de estudios lo cual debería ser la actividad de mayor porcentaje de acuerdo con su edad. Los datos analizados se pueden relacionar directamente con estudios actuales (Agosto 2016) los cuales reflejan que la maternidad adolescente representa un problema de ciudadanía por la reclusión

doméstica y la limitación de la autonomía; el 57% de las adolescentes que son madres y que no tienen empleo, tampoco estudia; mientras que en el grupo de la misma edad que no son madres y que no tienen empleo, sólo el 9% no estudia.

También es importante destacar que de la población estudiada fue necesario conocer su estructura familiar que correspondió mayormente a una familia mediana (4 a 6 miembros) con un 55,26%, un 23,69% siguió la conformación de familias grandes (7 o más miembros) y con un 21,05% constituidas por familias pequeñas (1 a 3 miembros), este es un punto fundamental a destacar ya que la familia cumple roles importantes en todo lo relacionado a la conservación y protección de la salud, permitiendo al individuo el desarrollo de la confianza básica, la seguridad, la base de apoyo y la estabilidad psicológica que se requiere para la vida.

Referente al número de gestas, un 65,79% manifestó estar cursando su primer embarazo, seguidas por un 23,68% de secundigestas, y en último lugar solo un 10,53% de múltiparas. Reflejando que un tercio de la población seleccionada ya curso un embarazo anterior. En cuanto a esto la enfermería comunitaria cumple un rol fundamental para la toma de conciencia de este grupo etario, promoviendo su salud sexual y reproductiva con educación referente al tema. Con esto poder contribuir a las metas propuestas por el MSP para el año 2020 de una disminución de la natalidad en adolescentes.

En lo referente al tipo de familia se pudo ver que un 39,47% pertenece a una familia nuclear; un 28,95% a una familia mixta; 18,42% una familia monoparental y un 13,16% a una familia extensa. Viéndose a raíz de esto la preservación de la familia tradicional en el correr del tiempo, sin embargo el proceso familiar es muy dinámico ya que al nacimiento del futuro integrante la misma sufrirá una transformación y así también el rol que cumple la adolescente en esta familia actual, siendo madre e hija a la vez.

Se deduce escasa relación entre las variables número de gestas y tipo de familia, ya que al parecer una no condiciona la otra.

Podemos observar que un 47,37% de las adolescentes cursaban el segundo trimestre, siguiendo el tercer trimestre con un 36,84%, y por último el 15,79% cursaba el primer trimestre de gestación; este dato es de importancia para el estudio realizado ya que cuánto menos evolucionado está el embarazo más importancia toman los factores protectores familiares, que inciden sobre la decisión de llevar el embarazo a término o no, lo cual influye directamente sobre otros factores propios de la vida de la adolescente, como por ejemplo asumir el rol de futura madre.

Al analizar los factores protectores familiares seleccionados de manera individual en las 38 usuarias encuestadas se desprenden los siguientes datos:

El factor protector apoyo se encontró **siempre** presente en un 47,37%; **a veces** 44,74% y **nunca** en tan solo un 7,89% de las adolescentes, de esta manera se evaluó tanto el apoyo emocional familiar como el apoyo económico, el cual toma aun más importancia al encontrarnos que su mayoría son amas de casa y su sustento económico proviene directamente de terceros. En cuanto al apoyo emocional se percibe una cierta estabilidad y comunicación, brindándole seguridad y sostén en esta etapa de cambios que atraviesa. En lo referente al factor protector familiar Protección, un 68,42% percibe tenerlo **siempre** presente y el otro 31,58% lo encontraba presente **a veces**. Estos números reflejan que sus familias brindan la seguridad que necesitan para enfrentar la realidad de un cambio que genera ciertos temores y riesgos, por ende, este factor genera un sentimiento de resguardo frente a una realidad nueva.

Respecto al factor Apego; el 52,63% respondió encontrarlo **a veces** presente, siguiendo por el 44,79% que **siempre** lo encuentra presente, y solo un 2,63% no lo encuentra presente **nunca**. Como vínculo afectivo, el apego genera la proximidad física y el contacto como un recurso terapéutico, preventivo y optimizador, aporta bienestar y posibilita otros niveles en la relación con sus familiares, que se verán reflejados en el vínculo afectivo con su embarazo y su hijo al nacer; y que generarán el desarrollo de otros factores protectores familiares que no estaban presentes o que estaban presentes en un valor muy bajo. El equipo de salud familiar debe tomar en cuenta los valores de éste

y los demás factores, que de no estar presentes pueden generar conductas de riesgo para la salud del adolescente.

En cuanto a la presencia de factores protectores familiares, se destacó el indicador **siempre** con el 79,95% según las encuestadas. Dicho indicador reflejó la importancia de la familia ya que a pesar de las transformaciones ocurridas por avances científicos-técnicos, la familia sigue siendo la red de apoyo más potente y eficaz que tiene el hombre para ajustarse a la vida social, generando experiencias potenciadoras de salud en forma constructiva (protectoras) o de riesgo. Cabe destacar que los factores protectores familiares siguen siendo de vital importancia ya que la familia es el pilar de cada individuo, porque brinda estabilidad psicológica y emocional favoreciendo el mantenimiento de la salud. En cuanto al indicador **a veces** presente, la incidencia fue de un 18,42% que representó la ausencia de factores protectores en ocasiones o de uno de ellos en las familias de las adolescentes. Siendo positivo dicho dato ya que mostró una minoría de familias que no presentaron factores protectores, solo un 2,63% de ellas respondió no encontrarlos presentes **nunca**. Esto remarcó que no siempre se gestaron procesos que actuaron como protectores de salud o desencadenantes de una enfermedad. No siempre la familia es fuente de apoyo y amortiguadora de procesos estresantes. Frecuentemente la vivencia de problemas intrafamiliares precipita reacciones o respuestas de estrés, más aún en la etapa adolescente, acentuada con el embarazo, dando lugar al inadecuado control de la salud en cualquier individuo de la familia.

CONCLUSIÓN

En cuanto a la conclusión del trabajo realizado se puede destacar que se cumplió con los objetivos planteados de la investigación y se obtuvo una participación positiva por parte de las usuarias y del personal de salud de las Policlínicas a las que se asistió.

En primer lugar se caracterizó la población teniendo en cuenta las variables sociodemográficas tales como edad, nivel de instrucción y estructura familiar, lo que nos permitió conocer la población que asistió al centro de salud.

Para la recolección de datos el instrumento fue probado mediante un plan piloto el cual se realizó con el fin de evaluarlo para luego aplicarlo a la muestra objetivo.

En lo que respecta a los factores protectores se logró identificar aspectos positivos pudiendo encontrar existencia de los mismos en las familias según la percepción de la entrevistada.

Los factores protectores familiares satisfacen a los miembros de las familias, destacando a la adolescente embarazada como objeto de referencia en este estudio, promoviendo de manera eficaz su salud, funcionando como un pilar de apoyo para cursar una etapa de muchos cambios tanto físicos como psicológicos y de rol en la sociedad, incrementada aun mas con el embarazo. Es de aquí que se destacan las pautas para una promoción de los factores protectores familiares con el fin de prevenir factores de riesgo que generen situaciones estresantes en la etapa adolescente.

Como futuros licenciados de enfermería dicha investigación nos brindó herramientas para desempeñarnos desde una perspectiva psico-emocional, en donde la familia será una base inicial e importante para cada individuo, donde los adolescentes representan el futuro de la sociedad, generando salud y evitando enfermedades.

Este estudio nos aportó un nuevo conocimiento y abre puertas a otras investigaciones sobre un tema de importancia nacional como regional, que representa un gran potencial para la asistencia primaria en salud, en busca de nuevas tácticas de promoción y prevención de posibles factores de riesgo a este problema estudiado y discutido. En cuanto a sugerencias para futuras investigaciones, sería considerable profundizar el

embarazo adolescente y la segmentación social del mismo, e identificar la presencia de los factores protectores familiares en los diferentes ámbitos sociales y si existe una variación entre los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía Citada:

- 1- Salleras Sanmartí L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
- 2- Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud: principios y métodos. 2a. ed. México: OPS; 1987.
- 3- Martínez Riera JR, Casado Pino R del. Manual práctico de enfermería comunitaria. 2a. ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- 4- Louro Bernal I, Infante Pedreira O, Cuesta Freijomil D de la, Pérez González E, González Benítez I, Pérez Pileta C, et al. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p. 11.
- 5- Jadue G, Galindo A, Navarro L. Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia encontrados en una comunidad educativa en riesgo social. Estud Pedagóg 2005; 31(2): 43-55.
- 6- Payá B, Castellano G. Consumo de sustancias: factores de riesgo y factores protectores. Fundación de Investigaciones Sociales AC Alcohol-Infórmate 2005.
- 7- Louro Bernal I, Infante Pedreira O, Cuesta Freijomil D de la, Pérez González E, González Benítez I, Pérez Pileta C, et al. Manual para la intervención en la salud familiar. Op cit. p. 26.
- 8- Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2015. Disponible en: www.who.int/suggestions/faq/es/ [consulta: 20 nov 2015].
- 9- Schwarcz R, Fescina R, Duverges C . Obstetricia. 6a ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.

10- Varela Petito C, Pardo I, Lara C, Nathan M, Tenenbaum M. La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo. [Internet]. 2014. Disponible en:
http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas_fasciculo_3_Fecundidad.pdf/b5f4c7da-2efb-4d1d-8d24-62894ba09c3e [consulta: 20 abr 2016].

11- Araújo Almeida de J, Halboth NV, Araújo A. Humanização e integralidade na atenção à família: a percepção de mães sobre a gravidez de suas filhas adolescentes. O Mundo da Saúde [Internet] 2012; 36(3): 475-48. Disponible en:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/humanizacao_integralidade_atencao_familia_percepcao.pdf [consulta: 15 nov 2015].

12- Dapieve Patias N, Reginato Gabriel M, Garcia Dias AC. A família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e maternidade na adolescencia. Estudos e Pesquisas em Psicologia [Internet] 2013; 13(2): 586-610. Disponible en:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n2/v13n2a11.pdf> [consulta: 15 nov 2015].

Bibliografía Consultada:

- Kozier B. Enfermería Fundamental, Tomo I. España: MCGRAW-HILL / Interamericana De España; 1989. Capítulo 28, pág. 729-742.
- Varela Petito C., Fostik A.. Maternidad en la adolescencia en el Uruguay: incorporación anticipada y precaria a la vida adulta. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR; setiembre de 2010. Con disponibilidad web:
http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_52_Varela%20y%20Fostik.pdf Fecha de acceso: 22 de noviembre de 2015

- Berrenechea C., Menoni T, Lacava E, Monge A., Acosta C., Crosa S., Gabrielzyk I., Carrillo R. Actualización en Salud Comunitaria y Familiar: Herramientas Metodológicas para el Trabajo en Primer Nivel de Atención. Montevideo: Comisión Sectorial de Educación Permanente. Universidad de la Republica; 2004.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Embarazo adolescente: otra cara de la inequidad en Uruguay. Uruguay: Naciones Unidas Uruguay; 2011. Disponible en: <http://www.unfpa.org.uy/informacion/embarazo-adolescente:-otra-cara-de-la-inequidad-en-uruguay.html> Fecha de acceso: 22 de noviembre de 2015
- Grupo intersectorial sobre embarazo en adolescentes (Ministerios de Salud, Desarrollo Social y Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, las Facultades de Psicología y Ciencias Sociales de la Universidad de la República y el Fondo de Población de las Naciones Unidas). OSN2020, Embarazo en adolescentes: desigualdad y segmentación social. Uruguay: Ministerio de Salud; Agosto 2016. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Aportes%202.pdf Fecha de acceso: 26 de setiembre de 2016
- Miller K. Diccionario Enciclopédico de Enfermería. 5ta Edición. Buenos Aires, Argentina: Ed. Medica Panamericana S.A; 1996.
- MSP. GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Uruguay; 2014. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIA%20EMBARAZO%20y%20PARTO%20MSP%202014_1.pdf Fecha de acceso: 30 de Junio del 2016
- OMS. Temas de Salud: Factores de Riesgo, Organización Mundial de la Salud. 2015. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/. Fecha de acceso 20 de noviembre de 2015.
- UDELAR- UNICEF Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales. Montevideo, 2003.

- UNFPA Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estados Unidos. Editorial Richard Kollodge. 2013. Disponible en:
http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/1019_pdf.pdf Fecha de acceso: 20 de noviembre del 2015.
- Objetivos del MSP al 2020. Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20COMPLETO%20final%20MAYO%202016.pdf
- Oyarzúm, E. Ciclo vital familiar disponible en: file:///C:/Alejandro%20Araujo/Downloads/Clase_N_2_Familia.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento

El instrumento a utilizar por el grupo para la recolección de datos será un cuestionario con entrevista a completar que se le realizara a la adolescente.

El mismo se dividirá en 2 partes:

- 1 Datos generales (edad, nivel de instrucción), y formación de la estructura y tipo familiar.
- 2 Factores Protectores Familiares presentes según la adolescente embarazada.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFRMERÍA COMUNITARIA
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



Fecha: / /

Edad: _____ años.				
Nivel de Instrucción:	Primaria incompleta:	Si	No	
	Primaria completa:	Si	No	
	Secundaria incompleta:	Si	No	
	Secundaria completa:	Si	No	
	UTU:	Si	No	
	Estudios terciarios:	Si	No	
Con quien vive:	Sola:	Si	No	
	Pareja:	Si	No	
	Madre:	Si	No	
	Padre:	Si	No	
	Hijos:	Si	No	¿Cuantos? _____
	Abuelos:	Si	No	¿Cuantos? _____
	Hermanos:	Si	No	¿Cuantos? _____
Amigos:	Si	No	¿Cuantos? _____	
¿Siente que su familia se preocupa por usted y por lo que quiere?	Siempre	A veces	Nunca	
¿Su familia la ayuda a comprar lo necesario para usted y el embarazo?	Siempre	A veces	Nunca	
¿Se siente segura junto a su familia?	Siempre	A veces	Nunca	
¿Ante una dificultad que se le presente siente que puede contar con su familia?	Siempre	A veces	Nunca	
¿Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana en su familia?	Siempre	A veces	Nunca	
¿Se pueden conversar diversos temas sin temor?	Siempre	A veces	Nunca	

Anexo 2: Consentimiento Informado:

PRESENCIA DE FACTORES PROTECTORES EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, QUE SE ASISTE EN EFECTORES PUBLICOS DE MONTEVIDEO.

Usted ha sido invitado por un grupo de estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería para participar de una entrevista, para un estudio de investigación, para lo cual se requiere su autorización. Antes de que usted decida participar en el estudio le solicitamos lea este formulario cuidadosamente y consulte todas las dudas.

El estudio tiene como propósito conocer la presencia de factores protectores familiares en embarazadas adolescentes. En caso que decida participar queremos señalar que la información obtenida sobre usted se utilizará con fines meramente académicos, siendo divulgada la información como parte de este estudio. Se le solicitará que responda una serie de preguntas breves, mediante entrevista, en un tiempo de 5 a 10 minutos aproximadamente. Usted no presentará ningún riesgo o incomodidades pertinentes al estudio, pudiendo retirarse en cualquier momento, siendo que la autorización para el acceso a toda información protegida de salud para propósitos de investigación es exclusivamente voluntaria. La información que usted brinde será mantenida tan confidencial como sea posible bajo el Decreto N° 379/2008.

CONSENTIMIENTO:

He leído atentamente la información provista en este formulario de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas las preguntas sobre este estudio que pudiera tener, y mi participación en él me han sido contestadas claramente. Libremente doy mi autorización para participar en esta entrevista de dicho estudio de investigación, manteniéndose en anonimato mi identidad.

Anexo 3: Cronograma y presupuesto de actividades

Mes/Año	Diciembre 2014-Julio 2016	Agosto 2016	Setiembre 2016	Octubre 2016
Planificación				
Revisión bibliográfica				
Delimitación de pregunta problema y objetivos				
Elaboración del marco teórico				
Definición de la metodología a utilizar				
Selección de la población y área de Investigación				
Selección y operacionalización de las variables				
Selección de instrumentos de recolección de datos				
Ejecución				
Recolección de datos				
Edición de los datos				
Procesamiento				
Análisis de los datos				
Preparación del informe				
Divulgación				
Impresión del informe final				
Correcciones del informe				

Presentación del TIF (Defensa)				
--------------------------------	--	--	--	--

Presupuesto:

Rubro	Costo (\$)
Transporte	\$1680
Fotocopias	\$150
Impresiones	\$1050
Encuadernaciones	\$250
Papelería	\$100
Total	\$3230