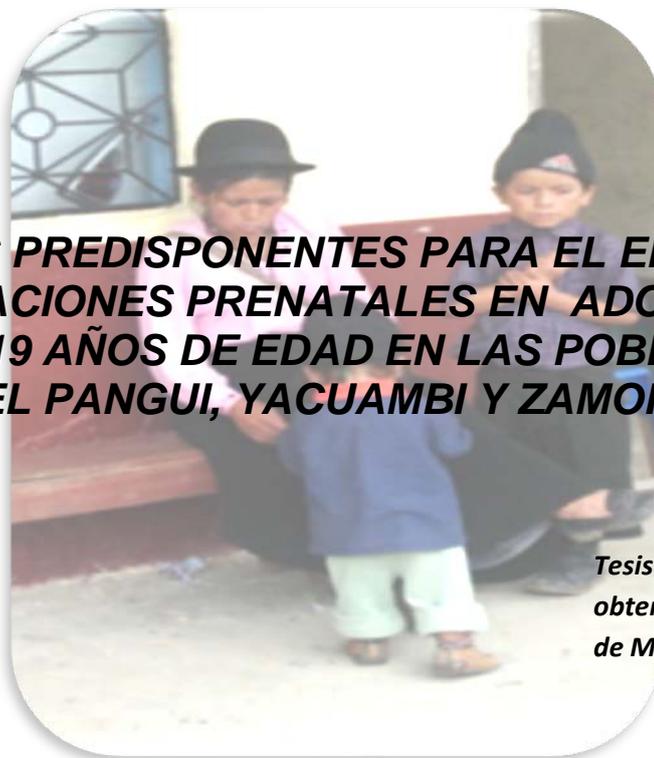


UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja



ESCUELA DE MEDICINA

**“CAUSAS PREDISPONENTES PARA EL EMBARAZO Y
COMPLICACIONES PRENATALES EN ADOLESCENTES
ENTRE 10-19 AÑOS DE EDAD EN LAS POBLACIONES DE
EL PANGUI, YACUAMBI Y ZAMORA”**



*Tesis previa a la
obtención del título
de Médico*

AUTORAS

Laura Melissa Ordóñez León

Cecibel Katherine Betancourt Patiño

LOJA - ECUADOR

2009



CERTIFICACIÓN

Dra.

María Rosa Vélez B.

DIRECTORA DE TESIS

C E R T I F I C A:

Que las señoritas: Laura Melissa Ordóñez León y Cecibel Katherine Betancourt Patiño, son autoras de la Tesis Titulada: *“Causas predisponentes para el embarazo y complicaciones prenatales en adolescentes entre 10-19 años de edad en las poblaciones de el Pangui, Yacuambi y Zamora”*, la misma que luego de revisada cumple con las normas establecidas en el Reglamento de la Universidad para el efecto, por lo cual autorizo su presentación y defensa.

Atentamente,

Loja, 26 de Octubre de 2009

Dra. María Rosa Vélez B.

DIRECTORA DE TESIS



AUTORÍA

Las opiniones, versiones, resultados y conclusiones que constan en el presente trabajo investigativo, son de responsabilidad exclusiva de las autoras.

.....
Laura Melissa Ordóñez León
TESISTA

.....
Cecibel Katherine Betancourt Patiño
TESISTA



DEDICATORIA

A nuestra querida amiga Andrea Elizabeth Pardo Camacho, cuyo sueño fue ser Ginecóloga. Tu vida fue un ejemplo y por ello eres la inspiración para dar el primer paso, de este largo camino.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica Particular de Loja y a las autoridades que la conforman, gracias a su aceptación ingresamos al estamento estudiantil universitario y a la presente investigación.

A la Escuela de Medicina, a sus dirigentes y docentes quienes compartieron sus valores científicos y humanos, para nuestro desarrollo intelectual y profesional.

A los cantones El Panguí, Yacuambi y Zamora, que nos permitieron ser parte de su gran problemática en pro del mejoramiento de la calidad de vida de sus adolescentes embarazadas.

Nuestro especial y sincero reconocimiento de gratitud a la Dra. María Rosa Vélez Burneo, al apoyarnos durante el planteamiento, dirección y revisión del presente trabajo.

A nuestros compañeros y amigos de aula por que con su alegría inyectaron motivos para la culminación de nuestra carrera en las aulas universitarias.

Con especial cariño a nuestras familias por el apoyo que recibimos cada día, que ha constituido la fortaleza para ser cada vez mejores

Y finalmente a todas las personas que de una u otra forma colaboraron para la realización de nuestro trabajo investigativo.

LAS AUTORAS



CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS

LAURA MELISSA ORDÓÑEZ LEÓN Y CECIBEL KATHERINE BETANCOURT PATIÑO, declaramos conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

.....
Laura Melissa Ordóñez León

.....
Cecibel Katherine Betancourt Patiño

.....
Dra. María Rosa Vélez B.
DIRECTORA DE TESIS



1. ÍNDICE DE CONTENIDOS

Certificado de aprobación de tesis	I
Autoría	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Contrato de cesión de derechos	V
1. Índice	1
2. Resumen	4
3. Abstract	5
4. Introducción	6
5. Objetivos	8
6. Metodología	9
7. Marco Teórico	12
A. Capítulo I	
1. Los Adolescentes	13
1.1. Breve reseña histórica	13
1.2. ¿Qué es el adolescente?	14
1.3. Conceptos generales sobre la adolescencia	14
1.3.1. Adolescencia Temprana (10-13 años)	15
1.3.2. Adolescencia Media (14-16 años)	15
1.3.3. Adolescencia Tardía (17-19 años)	16
1.4. Principales problemas de los adolescentes	16
2. El embarazo en adolescentes	17
2.1. Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes	20
B. Capítulo II	
2.1. Factores Predisponentes	22
2.2. Factores Determinantes	23
2.3. Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes	23
2.3.1. La adolescencia de las adolescentes embarazadas	23
2.3.2. Actitudes hacia la maternidad	24
2.3.3. Consecuencias para la maternidad adolescente	26
2.3.3.1. Consecuencias para la adolescente	26
2.3.3.2. Consecuencias para el hijo de la madre adolescente	27
2.3.4. Enfoque de riesgo para la atención de la	



adolescente embarazada	27
2.3.4.1. Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal	27
2.3.4.2. Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal	28
2.3.4.3. Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable	28
2.3.4.4. Enfoque de la salud sexual y reproductiva del adolescente	29
2.3.5. Control del embarazo de la adolescente	29
2.3.5.1. Primer trimestre	30
2.3.5.2. Segundo y Tercer trimestre	31
2.3.6. Atención integral de la adolescente	33
2.3.6.1. Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada	33
2.3.6.2. Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente	34
2.3.6.3. La consulta con adolescentes	35
1. Características de la adolescente que la diferencia de la mujer adulta	35
2. Dificultad para el vínculo con el hijo	36
3. Perfil deseable del médico para atender adolescentes	36
4. Contexto de la maternidad adolescente	37
5. Objetivos del equipo de salud	37
6. Estrategias del equipo de salud	37
2.3.7. Mortalidad materna en adolescentes	37
2.3.8. Morbilidad obstétrica en adolescentes	38
2.3.9. Realidad del embarazo en adolescentes en Ecuador	40
C. Capítulo III	
3.1. Introducción	42
3.2. Embarazo en la adolescencia: Riesgo-Complicaciones	42
3.3. Complicaciones más frecuentes	47
D. Capítulo IV	
4.1. Descripción de la población en estudio	49
4.1.1. Población de Zamora Chinchipe	51
4.1.2. Población de el Pangui	53
4.1.3. Población de Yacuambi	55
4.1.4. Población de Zamora	57
8. Resultados	59
8.1. Discusión de resultados	84



9.	Conclusiones	91
10.	Recomendaciones	92
11.	Anexos	94
12.	Bibliografía	99



2. RESUMEN

La presente investigación llevada a efecto en las poblaciones de El Pangui, Yacuambi y Zamora de la Provincia de Zamora Chinchipe, se utilizó como población a las adolescentes embarazadas, cuya muestra alcanza un total de 200 personas, la misma aborda el problema sobre las causas predisponentes al embarazo en adolescentes y complicaciones prenatales.

En la perspectiva de que el presente trabajo investigativo sirva para optar por el título de Médico General, se centró en actividades de estudio bibliográfico, observación de campo, la aplicación de la técnica de encuestas y su correspondiente valoración individual.

Una vez cumplido el proceso investigativo se logró establecer algunas conclusiones. Desde el punto social, la pobreza favorece a que las adolescentes no tengan opción a tener una buena calidad de vida en el periodo de gestación. Entre las causas predisponentes al embarazo se encontró la falta de educación sexual y el consumo frecuente de licor. Como complicaciones prenatales se desencadenaron trastornos digestivos (nausea, vómito y estreñimiento), metrorragias, infección de vías urinarias así como hipertensión arterial inducida por el embarazo.



3. ABSTRACT

The present investigation taken to effect in the populations of the Pangui, Yacuambi and Zamora of Province of Zamora Chinchipe, used as population to the pregnant adolescents whose sample reaches a total of 200 people, the same one it approaches the problem on the causes predispose to the pregnancy in adolescents that generate prenatal complications.

In the perspective that the present investigative work is good to opt for General Doctor's title, it was centered in activities of bibliographical study, field observation, the application of the technique of surveys and its corresponding individual valuation.

Once compliment the investigative process was possible to establish some conclusions. From the social point the favorable poverty to that the adolescents don't have option to have a good quality of life in the period of gestation. Among the causes predispose to the pregnancy was the lack of sexual education and the frequent consumption of alcohol. As prenatal complications digestive dysfunctions were unchained (it nauseates, vomit and constipation), metrorragias, infection of roads urinal as well as arterial hypertension induced by the pregnancy.



4 INTRODUCCIÓN

Los adolescentes son los adultos de mañana y constituyen una proporción substancial de la población.

Al respecto la OMS la define como: “etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 a los 19 años.”¹

La adolescencia es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto, la importancia de los factores sociales y biológicos, florecen sentimientos nunca antes experimentados, lo que unido a la desinformación y la falta de educación en el orden sexual, posibilita que las adolescentes se crean aptas para concebir. Por lo que se considera este período como un importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad precoz. ²

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, representan el 20% del total de la población ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres³

Esta situación conlleva problemas médicos y sociales, que son más graves cuanto menor es la edad de la madre, siendo propensas a complicaciones del embarazo. En

¹ Del Rosario Lauza M, Bembibre Taboada R, Soto Cantero A, Martín Llamas G. Impacto del Programa "Crecer en la adolescencia". Rev.Cub.Med.Gen.Integral 1999;15(1):32-5.

² Molina Ramiro. Sistema de evaluación integral para adolescentes. Universidad de Chile,2000.

³ Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México; Guzmán, J.M. et al. (2006).



estas pacientes se ha visto aumentada la incidencia de complicaciones obstétricas, especialmente hipertensión inducida por el embarazo, infección de vías urinarias, entre otras.

La República del Ecuador con 255.770 km², alberga aproximadamente a 13 millones y medio de habitantes según estimaciones para el presente año. La mayoría de la población se asienta en las áreas urbanas (65%), estimándose que un 30% a 35% son indígenas y que en su mayoría viven con grandes limitaciones y carencias. En la actualidad el país sufre un proceso de crisis estructural en todas sus dimensiones, fomentada por los fracasos en la conducción económica y política de los gobiernos de turno, incluyendo al actual. En este contexto el sector de la salud es uno de los más descuidados por parte del estado observándose un deterioro aún mayor en los últimos años. Si bien se mantiene una tendencia a la baja de las tasa de mortalidad infantil y general y la esperanza de vida al nacer para el período 2005-2010 se ubicó en 65 años, los actuales niveles de salud se sitúan también entre los más bajos de Latinoamérica. La distribución de los factores relacionados con la salud (educación, empleo, alimentación, saneamiento básico, etc) está marcada por una injusta desigualdad. Mientras la mayoría de la población no tiene acceso a los modestos servicios de salud públicos, existe una minoría que puede acceder a centros privados que disponen de aceptable tecnología y recursos humanos bien calificados

Basados en este y en otros estudios, consideramos necesario conocer las causas que llevaron a las adolescentes a embarazarse, así como también determinar cuáles son las complicaciones prenatales más frecuentes que se presentan en este grupo de mujeres entre 10 a 19 años de los cantones de el Pangui, Yacuambí y Zamora, tomados como muestra de la región oriental de nuestro Ecuador.



5. OBJETIVOS

GENERAL:

Conocer las causas predisponentes para el embarazo y las complicaciones prenatales en adolescentes entre 10-19 años en las poblaciones de El Pangui, Yacuambi y Zamora

ESPECÍFICOS:

1. Determinar las causas que inducen al embarazo en adolescentes entre 10-19 años en las poblaciones de El Pangui, Yacuambi y Zamora.
2. Detectar los factores biológicos y sociales que inciden en la aparición de complicaciones prenatales en mujeres adolescentes embarazadas de las poblaciones de El Pangui, Yacuambi y Zamora.
3. Enumerar las complicaciones prenatales más frecuentes durante el embarazo en adolescentes, en las poblaciones de El Pangui, Yacuambi y Zamora.



6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo, analítico y cuantitativo, en el cual se utilizará un enfoque no experimental de tipo transversal, siendo este proceso investigativo el más adecuado para las variantes que posee el estudio.

Universo:

El universo de estudio está conformado por 2406 adolescentes entre 10 – 19 años de edad de las poblaciones de El Pangui, Yacuambi y Zamora, de acuerdo al último informe emitido por el INEC.

Muestra:

La muestra con la que se trabajará es de 200 adolescentes gestantes, que se la obtuvo empleando un sistema de muestreo para determinar prevalencias en este tipo de estudio, utilizando el 15.5% de prevalencia de acuerdo al Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes, 2008; con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 PQ}{B^2}$$

n= tamaño de la muestra

Z= 1.96 para el 95% de confiabilidad

P= frecuencia esperada del factor a estudiar (15.5%)

Q= 1 – P

B= precisión o error admitido (0.05)



CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes en periodo de gestación entre 10 a 19 años de edad, que vivan en las poblaciones de El Pangui, Yacuambi y Zamora y que deseen colaborar con la investigación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- La decisión propia de la adolescente de no participar
- Mujeres embarazadas que tengan más de 19 años.
- Adolescentes embarazadas que no pertenezcan a las poblaciones del Pangui, Yacuambi y Zamora
- Presencia en las gestantes de retraso mental u otras enfermedades neuro-psiquiátricas.

Área de estudio:

Cantones de El Pangui y Yacuambi y Zamora, pertenecientes a la Provincia de Zamora Chinchipe.

Técnicas de recolección de datos:

Los medios empleados para el presente trabajo están en íntima relación con el tipo de investigación, es una descripción de la problemática a investigar, la misma que se realizará con aplicación de encuestas a adolescentes embarazadas de El Pangui, Yacuambí y Zamora comprendidas entre 10 a 19 años de edad, entre el 2008 al 2009.

Procedimiento:

Se determinará las causas que inducen al embarazo adolescente mediante preguntas en referencia a la edad (Preg.1), nivel de estudios alcanzado (Preg.2), medios a través de los



que obtienen información sobre sexualidad (Preg.10), edad de inicio de vida sexual (Preg.14), número de parejas sexuales (Preg.15) y productos tóxicos que perturban el comportamiento (Preg.18).

En referencia a los factores sociales que inciden en la aparición de complicaciones prenatales se investigará sobre el nivel socio económico de las gestantes, actividades que realizan (Preg.5), salarios (Preg. 6), condiciones de vivienda (Preg.7-8-9), número de integrantes (Preg.3), y gasto familiar (Preg.12).

Para establecer las complicaciones más frecuentes durante la gestación se indagará sobre los controles prenatales que se realizan (Preg.19-22), la frecuencia (Preg.20), el lugar (Preg.21), complicaciones (Preg.22-23) presentadas durante este período y ETS (Preg.17).

Toda esta información se recabara a través de la encuesta que se aplicará al grupo de adolescentes embarazadas entre 10-19 años de las poblaciones de El Pangui, Yacuambí y Zamora.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para la tabulación y el análisis se empleará el programa de Microsoft Excel 2207 a fin de obtener tablas y gráficos estadísticos que reflejen los resultados en porcentajes, de las causas predisponentes al embarazo y las complicaciones prenatales que se han suscitado con mayor frecuencia durante el período de la presente investigación.



7. MARCO TEÓRICO



A. CAPÍTULO 1

1. LOS ADOLESCENTES

1.1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA.

“Para el año de 1850, la palabra adolescente era totalmente inexistente para aplicársele a una persona y únicamente se era niño, adulto y viejo. En esta época, a los 15 años una hembra humana era vista, reconocida y tratada como una MUJER ADULTA: en edad reproductiva. No en vano muchas de nuestras abuelas tuvieron su primer hijo a los 15 o 16 años y eso era algo NORMAL. No eran vistas como madres adolescentes. A los 18 años un macho humano era visto, reconocido y tratado como un HOMBRE ADULTO”⁴.

En casi toda Latinoamérica, a inicios del siglo XX, la gran mayoría de la población estaba en el sector rural cuyas familias eran numerosas. Tener muchos hijos era una bendición y necesidad: más mano de obra para los deberes del campo.

El concepto de ADOLESCENTE, solo empieza a usarse a mediados de los años 60. En los ambientes urbanos, la posibilidad de la emancipación a los 18-20 años se torna en algo inviable.

Algunas evidencias: En Perú y Colombia, por cada hombre pobre hay tres mujeres pobres. Uno de cada tres niños que nace en nuestros países, carece de un padre responsable. Vemos entonces que aquello que llamamos adolescentes es un producto de la postmodernidad urbana del siglo XX. Ya se habla de que la adolescencia no se extiende hasta los 21 años, sino que incluso se plantea que llega hasta los 30 años. Coincidentemente, con la expectativa más común para contraer matrimonio en nuestros días.

⁴ PALACIOS Jesús, MARCHESI A. e C. Coll (Comps). ¿Qué es la adolescencia?: Desarrollo psicológico y educación, I. Psicología Evolutiva. Madrid: Alianza.



1.2. ¿QUÉ ES EL ADOLESCENTE?

“La adolescencia es un proceso de construcción y definición de su identidad, una ambivalencia entre ser infante y ser adulto, caracterizada por la inseguridad ante la realidad por lo tanto, inseguridad ante sí mismo, por lo que emplea máscaras, para no hacer evidente su debilidad”⁵.

La rebeldía, es otra forma de enmascarar su realidad la gran mayoría de las veces, lamentablemente hay ocasiones en donde la rebeldía del adolescente es plenamente justificada, lo que se conoce como narcisismo, es decir la necesidad de llamar la atención. Buscan refugio en el grupo, por lo que el grupo es importante debido a que les entrena en tener sentido de pertenencia y saber cuáles son los roles dentro de un grupo. Puede que no reconozca la autoridad de los padres pero sí reconoce la autoridad del jefe del grupo. Además, está definiendo su rol genérico y sexual por lo que constantemente está probando cuales son los límites.

1.3. CONCEPTOS GENERALES SOBRE ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

⁵ MARULANDA GÓMEZ, Ángela. *Soy adolescente... ¡entiéndeme!* Colombia: A Uno A Editores.



En los países latinoamericanos, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1.3.1. ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 A 13 AÑOS)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

1.3.2. ADOLESCENCIA MEDIA (14 A 16 AÑOS)

“Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres”⁶.

⁶ LEW CHILDRE, Doc. (2006). *Adolescentes seguros: desarrolle la autoestima en sus hijos*. México: Planetary Publications.



Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

1.3.3. ADOLESCENCIA TARDÍA (17 A 19 AÑOS)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

1.4. PRINCIPALES PROBLEMAS EN LOS ADOLESCENTES

- Ven demasiada televisión.
- Se pelea con sus hermanos.
- Se enfurece cuando no consigue lo que quiere.
- No participa en la vida de familia
- Quiere estar siempre solo.
- Sale con amigos indeseables.
- No se sabe nunca donde está.



- No avisa a dónde va.
- Fuma e incluso bebe.
- Lleva ropa provocativa.
- Se maquilla demasiado.
- Le va mal en los estudios.
- Tiene un lenguaje vulgar y grosero.
- Miente para hacer siempre lo que le da la gana.
- Usa las cosas de los demás sin permiso.
- Tiene un novio bastante mayor que ella.
- Es irritable y agresivo.
- Amenaza con irse de la casa.
- No hace planes junto con el resto de la familia.
- Exige demasiado dinero.
- Es sexualmente activo.

2. EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"⁷.

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en el 2003 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

⁷ CANO LÓPEZ, Ana María .El embarazo en la adolescencia .Resultado de dos. La Habana Editorial Pueblo y Educación 2006.



La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

Según estudios internacionales, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto.

Es que a partir de los años 80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo.

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante sub-registro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado.



Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en el 2005, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosa, laica, laica de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan.

“El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares”⁸.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción).

⁸ PELÁEZ MENDOSA Jorge .Sexología y sociedad .Adolescentes embarazadas. Año 2005 Cuba



Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad.

2.1 CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a. "Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b. Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial,



otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

- c. Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- d. Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico”⁹.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

- 1. Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.
- 2. Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

⁹ ORTIZ Liz .Sexología y Sociedad. Consecuencias Médicas y biológicas del embarazo en la adolescencia 2005.



B. CAPÍTULO 2

2.1. FACTORES PREDISPONENTES

1. “Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres–hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. Mayor Tolerancia Del Medio a La Maternidad Adolescente y/o sola
5. Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas



veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos¹⁰.

2.2. FACTORES DETERMINANTES

1. "Relaciones sin anticoncepción
2. Abuso sexual
3. Violación"¹¹

2.3. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

2.3.1. LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

"Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares"¹².

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad,

¹⁰ Secretaría de salud pública, Programa salud reproductiva, módulo salud sexual y reproductiva para la población adolescente, Tegucigalpa, Honduras, 2006.

¹¹ Organización panamericana de la salud. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. Folleto San José, Costa Rica, Julio 2005.

¹² FERNÁNDEZ PACHECO Raquel. La Salud Reproductiva en Adolescentes. La Habana, 2005.



confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija - madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

“El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal”¹³. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

2.3.2. ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

¹³ URRUTIA BARROSO, Lourdes. Sociología y Trabajo Social aplicado. La Habana. Editorial Félix Varela 2006



Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven.

La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.



En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

2.3.3. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad en la segunda década de la vida.

2.3.3.1. CONSECUENCIAS PARA LA ADOLESCENTE

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.



2.3.3.2. CONSECUENCIAS PARA EL HIJO DE LA MADRE ADOLESCENTE

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

2.3.4. ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

2.3.4.1. GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- ✓ Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.



- ✓ Antecedente de abuso sexual.
- ✓ Enflaquecimiento (desnutrición).
- ✓ Estatura de 1,50 m o menor.
- ✓ Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- ✓ Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

2.3.4.2. GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- ✓ Menarca a los 11 años o menos.
- ✓ Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- ✓ Ser la mayor de los hermanos.

2.3.4.3. GRUPO DE RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO DETECTABLE

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable.

La aplicación de un programa de estas características en CAPS del norte de la ciudad de Santiago de Chile, ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pretérmino igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8% en Chile).



2.3.4.4. ENFOQUE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

Para aplicar este enfoque es necesario desarrollar actividades y acciones integrales y coordinadas que abarquen el programa destinado a resolver los “fenómenos y problemas del Crecimiento y Desarrollo normal y sus derivaciones, relacionados con la evolución del proceso endocrinológico sexual y mental del adolescente, la femineidad y su entorno social”¹⁴.

Las actividades del programa se dividen en 5 periodos según el momento de la aplicación de las acciones, incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo éstos los más complejos de aplicar, pero indispensables para lograr buen impacto en los niveles de salud materna y perinatal y el ejercicio de una salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.

RIESGO CORRIENTE O NO DETECTABLE
Periodo fetal e infantil
(desde inicio de vida fetal hasta comienzo pubertad)

Actividades	Prevención primaria	Prevención Secundaria
Diágn. Genético	Diágn. precoz	Control de patologías
Consej. Genética	Educación	Educación
Estudios Prenatales	Educación a padres	Diágn. precoz
Ginecol. Urológ RN	Educación a padres	Diágn. precoz
Ginecol. Infantil	Educación a padres	Diágn. Precoz

2.3.5. CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

En Francia, entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes, son desconocidos hasta el parto y el seguimiento del 20 a 30% es deficiente o nulo.

En EE.UU, la primera visita, por lo general ocurre hacia las 16,2 semanas en las adolescentes y de las 12,6 semanas en la mujer mayor siendo nulo el seguimiento

¹⁴ GACETA MÉDICA. México 2005



entre un 2 a 3%, aumentando con la edad alcanzando un 56,6% entre los 18 y 19 años.

En Salamanca España, el 45,6% de las gestantes adolescentes son controladas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Clínico de dicha ciudad, un 45,64% lo son fuera de él, y un 11,7% no son controladas. Se controlan el 11,65% de las adolescentes gestantes entre 14 y 16 años y un 88,35% de las gestantes entre 17 y 19 años. Al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo.

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.

2.3.5.1. PRIMER TRIMESTRE

Trastornos Digestivos

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

Metrorragias

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en y en un 5,7% de las adultas.

Abortos Espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

Embarazos Extrauterinos

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las adolescentes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.



2.3.5.2. SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

Amenaza De Parto Pretérmino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las adolescentes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.



Mortalidad Fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%.

Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

Presentaciones Fetales Distólicas

Las presentaciones de nalgas afectan del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

Desproporciones Cefalopélvicas

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

Tipo De Parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en nuestro servicio del Hospital Dr. José Ramón Vidal de Corrientes Arg., la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor.



2.3.6. ATENCION INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE

EL ENFOQUE DE RIESGO

Estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

- a. Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.
- b. Factores de riesgo: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. Anticipatorio: permitiendo aplicar medidas preventivas.
2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbimortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario

2.3.6.1. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

- Asincronía madurativa físico – emocional
- Baja autoestima



- Bajo nivel de instrucción
- Ausencia de interés
- Pérdida reciente de personas significativas
- Embarazo por violación o abuso
- Intento de aborto
- Propósito de entregar el hijo en adopción
- Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente
- Trabajo no calificado
- Pareja ambivalente o ausente
- Condición económica desfavorable
- Marginación de su grupo de pertenencia
- Díficil acceso a los centros de salud

2.3.6.2. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO EN LA EMBARAZADA ADOLESCENTE

- “Edad cronológica < 14 años y / o edad ginecológica < 1 año
- Peso < 45 Kg y / o talla < 1,45 m
- Estado nutricional deficiente
- Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado
- Preconcepcional
- Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad
- Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)
- Tatuajes
- Más de 2 parejas”¹⁵

¹⁵ OPS Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 2009



2.3.6.3. LA CONSULTA CON ADOLESCENTES

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos:

1. – Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta

- a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.
- b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.
- c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.
- d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.
- e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.



2. – Dificultad para el vínculo con el hijo

- a. Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.
- b. Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.
- c. Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace lo que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

3. – Perfil deseable del médico para atender adolescentes

- a. Tener idoneidad: no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.
- b. Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo.
- c. Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.
- d. Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden generar, en el médico, actitudes paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo.

Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras.



4. – Contexto de la maternidad adolescente

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

- a. Embarazo no planificado.
- b. Pareja ambivalente o ausente.
- c. Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación.
- d. Condiciones económicas desfavorables.
- e. Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

5. – Objetivos del equipo de salud

- a. Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo.
- b. Fortalecer los vínculos familiares.
- c. Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución.
- d. Brindar atención perinatal integral.

6. – Estrategias del equipo de salud

- a. Atención por equipo interdisciplinario (obstetra, obstétrica, psicólogo, asistente social).
- b. Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.
- c. Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.
- d. Trabajar con personal de la institución (médicos residentes, personal de guardia, enfermeras y otros) que intervengan en la atención.

2.3.7. MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES

En América Latina, la mortalidad materna total y la específica por edades, ha disminuido en casi todos los países y, en alguno de ellos, ya no puede ser utilizada como indicador para evaluar el impacto de programas, utilizándose la auditoría de



casos para el análisis de la calidad de atención en accidentes obstétricos y perinatales.

La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes.

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades. El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intrahospitalarios que muestran algunos aspectos del riesgo, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la Atención Primaria de la Salud.

2.3.8. MORBILIDAD OBSTÉTRICA EN LAS ADOLESCENTES

En Chile (1991-1997), se informó que, la morbilidad de las adolescentes entre 10 y 14 años que necesitó internación, correspondía a accidentes y enfermedades respiratorias y digestivas, representando las causas gestacionales un 4,1% de los egresos. En el grupo de 15 a 19 años, la primera causa de hospitalización fue la gestación, alcanzando el 63,1% de los ingresos. La distribución de la morbilidad obstétrica fue semejante a la de las adultas con mayor frecuencia de estados hipertensivos y desproporciones fetopélvicas.



Llama la atención el impacto de la desnutrición en las embarazadas adolescentes, llegando a un 19,4% de enflaquecidas al momento del parto y la frecuencia del RN <2,500g alcanzó al 15% en ellas, siendo 5 veces superior a la frecuencia de prematuros en adolescentes de nutrición normal. Este fenómeno es mucho más grave en comunidades rurales, notándose un 41,4% de adolescentes de bajo peso al ingreso al control prenatal.

La aplicación de un programa integral para adolescentes embarazadas, impactará sensiblemente en la disminución de la morbilidad obstétrica como ser: infecciones urinarias, preeclampsia y eclampsia, tasa de cesáreas (salvo < 15 años). Los RCIU y PEG llegan al 15 - 18% superior a las mujeres adultas. No se ha confirmado la mayor frecuencia de malformados en embarazadas adolescentes.

En estudios de seguimiento, se comprobó relación entre mayor frecuencia de patologías de salud mental y desestructuración familiar, abandono de pareja y voluntariedad del embarazo, pobreza en la capacidad de expresión, manejo e interpretación de los sentimientos de afectividad. El abandono, en cualquiera de sus formas, lleva a la pérdida de la autoestima a límites de peligrosidad, dificultando la comunicación con la adolescente (especialmente durante el embarazo).

EN CONCLUSIÓN

- a. El embarazo en adolescentes es un serio problema psicosocial con frecuentes connotaciones penales.
- b. El aborto en las adolescentes es frecuente y con alta morbimortalidad materna por lo avanzado de la edad gestacional, y las deficientes condiciones técnicas, higiénicas y asépticas en que se realiza.
- c. La prosecución del embarazo conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación.



- d. El embarazo y parto en las adolescentes reconoce un alto riesgo de morbimortalidad materna, fetal y neonatal.
- e. El hijo de madre adolescente tiene alto riesgo de maltrato y abandono, con frecuente cesión de adopción.
- f. La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperable.
- g. Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante.

2.3.9. REALIDAD DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN ECUADOR

Según el MSP, el 20% de los partos son de madres adolescentes en el Ecuador, dos de cada tres adolescentes, de entre 15 y 19 años, sin instrucción escolar, son madres o están embarazadas por primera vez. Esto quiere decir que la maternidad adolescente se presenta en el 43% de mujeres sin instrucción escolar.

Frente a ello, el Ministerio de Salud Pública (MSP) realizó una campaña de orientación por el Día de la Prevención de Embarazo en Adolescentes. Como parte de un programa, el MSP implementó el Manual de Normas de Atención Integral para las adolescentes, mediante un proceso de sensibilización dirigido al personal de las 24 áreas de salud de Pichincha, para que los profesionales de esta área puedan dotar de información sobre educación sexual a los jóvenes.

Bernarda Salas, directora de Normatización del MSP, señala que una de cada 10 muertes maternas afecta a menores de edad y el primer embarazo ocurre en algunos casos desde los 10 años.

Un claro reflejo de esta situación es el número de casos que se atienden en las



maternidades del país. Por ejemplo, solo en 2007, el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora atendió 2 889 partos y 468 abortos.

De acuerdo con las estadísticas de esa casa asistencial, la edad más recurrente es a los 16 y 17 años.

Los expertos señalan que los embarazos adolescentes se producen por falta de prevención. Una encuesta efectuada por esa casa de salud indicó que el 94% de las jóvenes conoce sobre métodos anticonceptivos, pero solo el 47% los utiliza.

El desconocimiento y la desinformación de las/os jóvenes sobre los riesgos de una sexualidad temprana y sobre los métodos para la regulación de la fecundidad, producen embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

La edad de la primera relación sexual decrece a medida que aumentan los años de educación; igualmente es importante destacar el cuanto más bajo es el nivel económico, las mujeres inician relaciones sexuales a más temprana edad

El embarazo en mujeres menores de 18 años constituye por la edad una causa de alto riesgo obstétrico y de muerte materna. En 1994, el 7.9% de adolescentes de entre 15 y 19 años tuvieron un embarazo; en 1998 se eleva al 9.8%; en el 2003 fue el 8.7%.

En el 2003 las adolescentes entre 12 y 19 años constituyen el 16,0% de las mujeres embarazadas del país.

Entre las mujeres de 15 a 24 años (en niños nacidos vivos), 87.5% quería tener hijos/as al momento de quedar embarazada, 80% no quería quedarse embarazada todavía y 88.4% definitivamente no quería tener hijos/as

El 96% de mujeres de 15 a 49 años conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo. Los más conocidos son las pastillas, la esterilización femenina, los



condones, el DIU y la inyección; 73 de cada 100 mujeres ecuatorianas en unión de 15 a 49 años usan algún método anticonceptivo (72.7%).

C. CAPÍTULO 3

3.1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de crisis en la vida del ser humano. Constituye de por sí un eslabón débil en una cadena sobre la cual hay que actuar para poder garantizar una futura vida adulta con buen equilibrio biopsicosocial.

El embarazo, un hecho trascendental en la vida de la mujer, puede ser vivido de tantas maneras como tantas son las características orgánicas, psicológicas y sociales de la misma. En el caso de las adolescentes, estas tienen perfiles particulares por irrumpir el embarazo en un momento crítico en su propia evolución personal. Apenas comenzando con un proyecto de vida, el embarazo aparece la mayoría de las veces, en forma no programada, desestabilizando su precario equilibrio, su relación con el medio, en especial con su grupo familiar.

“Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo. Así mismo, las niñas que nacen de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de convertirse en madres adolescentes igualmente”¹⁶.

3.2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: RIESGO - COMPLICACIONES.

“En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas, se reconoce a los adolescentes como grupo de población bien definido. Sin embargo, en las naciones en

¹⁶ Revista indexada en LATINDEX: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal en los apartados de Medicina y Enfermería. 2008



desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias”¹⁷.

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

Por otra parte, la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años.

“La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos”¹⁸.

Ruoti plantea que “el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea”¹⁹.

Es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud el hecho que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo,

¹⁷ Rosselot J. Adolescencia: problemática de salud del adolescente y joven en Latinoamérica y el Caribe. Pediatría 2ed. Menehello: Inter-médica 1993:

¹⁸ Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Bogotá: Editorial Colombia LTDA, 1986.

¹⁹ Ruoti M, Ruoti A, et al. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay:Universidad de Asunción, 1992.



cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. “La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 y en las mayores de 35 años”²⁰.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etc, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.

En las adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente.

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía. Recién después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva; por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de posmenarquía adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y prenatales que conllevan.

²⁰ Molina R. Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. La salud del adolescente en Chile. Santiago de Chile: Ediciones R. Florenzano, M. Magdaleno, E. Bobadilla, 1988:195-231.



Las afecciones maternas, prenatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años).

En la experiencia clínica de Rico de Alonso, "el 80 % de los niños hospitalizados por desnutrición severa eran hijos de madres adolescentes. Aún en los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer a mujeres de todas las edades niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en las adolescentes embarazadas"²¹. Experiencias al respecto en diferentes grupos médicos desde la década de los 80, señalan que el embarazo en adolescentes es un hecho que sobrepasa los factores meramente biológicos, por lo que se requiere proporcionar una atención médica integral, en un ambiente adaptado a la psicología y problemática de la adolescente embarazada. Este enfoque se expresa por la disminución de las complicaciones obstétricas y prenatales.

Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %). "El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada; por ejemplo, la preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación, la cual es más frecuente en embarazadas jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas"²². En el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped. El feto, por tener el 50 % de su estructura antigénica de origen paterno viene a ser una especie de injerto. El fallo del mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una

²¹ IPPF. "Embarazo en Adolescentes en América Latina y el Caribe" # 356. Octubre: 1988.

²² Castro Santoro R, et al. Preeclampsia pura en adolescentes embarazadas. *Perinatol Reprod* 1989;2/2(3-8):



alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes.

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto que de forma reducida se puede clasificar por períodos de la gestación. “En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares”²³.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, como son: “hipertensión arterial materna, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), y el desprendimiento prematuro de la placenta. Se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal”²⁴.

Para finalizar, podemos afirmar que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud y, sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

²³ Elster AB, Lamb ME. The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. JAMA 1987;258:1187-92.

²⁴ Wallemburg HC. Prevention of hipertensive disease of pregnancy Clin Exp Hypertens B7:121-37.



3.3. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

En estudios realizados aparecen porcentajes de “mujeres de 25 a 29 años de edad que parieron antes de los 20 años en países Latinoamericanos. Bolivia con un 39%, Brasil con 35%, Colombia con 32%, República Dominicana con un 38%, Guatemala con 49%, Haití con 36%, Paraguay con 36% y Perú con 33%”²⁵.

Dentro de las complicaciones más frecuentes en el embarazo de las adolescentes se encuentran los “biológicos: aumento de la morbimortalidad materno-perinatal. Médicos del embarazo: trastornos digestivos, metrorragias, abortos espontáneos, anemia, infecciones urinarias, hipertensión arterial gravídica y bajo peso al nacer, presentaciones fetales distócicas, desproporciones cefalopélvicas, trabajo de parto prolongado. Psicosociales: ambivalencia afectiva por el neonato, atención prenatal deficiente, abandono escolar, situación económica desfavorable, estado de soledad, sobrecarga familiar, limitación de la oportunidad educacional, se compromete la posibilidad de autosuficiencia económica, desarrollo cultural frustrado de la pareja, comenzar a trabajar sin la debida preparación cultural, interrupción de los estudios y de la preparación técnica y profesional, ir al matrimonio sin una debida madurez condenado muchas veces al fracaso, vivir en condiciones de franca promiscuidad y hacinamiento, sentimiento de frustración por no poder realizar tareas propias de su edad. Para la familia: se altera la dinámica familiar, búsqueda indirecta de soluciones, falta de preparación para asumir la nueva situación, situaciones económicas desfavorables, actitud de rechazo a la adolescente, su pareja y al embarazo. Para el hijo: aumenta la morbilidad neonatal, inadecuado desarrollo psicosocial, insuficiente aprovechamiento escolar, mayor número de accidentes en el hogar, malnutrición, maltrato, paternidad inadecuada, mortalidad incrementada, para el recién nacido: alto índice de bajo peso al nacer”²⁶.

²⁵ García Imía Ileana, Ávila Gálvez Elena, Lorenzo González Antonio, Lara Carmona Maricela. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev. Cubana MGI 2002;18(2):5-12.

²⁶ Laffita Batista Alfredo, Ariosa Juan Manuel, Cutié Sánchez José Ramón. Adolescencia e interrupciones de embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea] 2004 [5-3-2005]; 30(1).



Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente no son deseados, y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad, entre otros aspectos; produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos.

Esto se plantea con el argumento de que con el uso de métodos anticonceptivos ya no hay temor al embarazo y se produce entonces un aumento en las relaciones sexuales activas. Resulta importante destacar que rara vez los adolescentes sexualmente activos están bien informados de las opciones de anticonceptivos o de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, que como también sabemos son prevenibles por medios anticonceptivos como el preservativo; y que a menudo dudan en acudir a los consultorios y posiblemente los desanime aún más la cercanía de los mismos, los horarios inadecuados que coinciden con clases, becas, etc.; así como otros factores que pudieran estar relacionados con un personal no bien entrenado que los recibe etc. Las parejas de adolescentes necesitan asesoramiento especial para aprender a planificar la familia, pues hay que tener en cuenta diferentes factores tales como aspectos biológicos, de personalidad, estabilidad de la pareja, medio familiar, promiscuidad, antecedentes de embarazos y proyecto de vida, etc.

Para evitar las consecuencias nefastas de una vida sexual "libre y plena" nos dedicamos tradicionalmente a matizarla de todo tipo de violencia y connotaciones negativas, de mitos y prejuicios, y estereotipos que la van rodeando de un halo de perniciosidad, culpabilidad, represión y rechazo. Si estos criterios han sido profusamente aplicados a adultos de las más diversas edades. ¿Cómo será su práctica en los niños, niñas y adolescentes?



Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años). Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. Los efectos psicológicos y sociales del embarazo temprano son de larga duración, tanto para la mujer como para sus hijos. Especialmente en los países en vías de desarrollo, las adolescentes embarazadas, casadas o no, tienden a abandonar la escuela. Para las casadas, esto suele ser el comienzo de un patrón de embarazos muy seguidos. Para las que no están casadas, la vuelta a la escuela en muchos casos será imposible porque se considera que han dado un mal ejemplo a las demás alumnas. Al verse así perjudicada la educación de las mujeres, se contribuye a perpetuar la baja condición de la mujer de una generación a la siguiente. Sus oportunidades de empleo serán menores y lo más probable es que continuaran dependiendo de otros para su sustento. El ciclo también se repite de otra manera: las hijas de madres adolescentes con toda probabilidad se convertirán en madres adolescentes ellas mismas, y así la privación continúa. Por otra parte, es probable que los hijos de madres muy jóvenes se críen peor nutridos y con menos cuidados que los de las mujeres más maduras. Esto es particularmente cierto si la familia de una niña escolar embarazada se niega a prestarle su apoyo económico o emocional.

C. CAPÍTULO 4

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

La República del Ecuador con 255.770 km², alberga aproximadamente a 13 millones y medio de habitantes según estimaciones para el presente año. La mayoría de la población se asienta en las áreas urbanas (65%), estimándose que un 30% a 35% son indígenas y que en su mayoría viven con grandes limitaciones y carencias. En la actualidad el país sufre un proceso de crisis estructural en todas sus dimensiones,



fomentada por los fracasos en la conducción económica y política de los gobiernos de turno, incluyendo al actual. En este contexto el sector de la salud es uno de los más descuidados por parte del estado observándose un deterioro aún mayor en los últimos años. Si bien se mantiene una tendencia a la baja de la tasa de mortalidad infantil y general y la esperanza de vida al nacer para el período 2005-2010 se ubicó en 65 años, los actuales niveles de salud se sitúan también entre los más bajos de Latinoamérica. La distribución de los factores relacionados con la salud (educación, empleo, alimentación, saneamiento básico, etc) está marcada por una injusta desigualdad. Mientras la mayoría de la población no tiene acceso a los modestos servicios de salud públicos, existe una minoría que puede acceder a centros privados que disponen de aceptable tecnología y recursos humanos bien calificados (Ecuador en Vivo 2009)

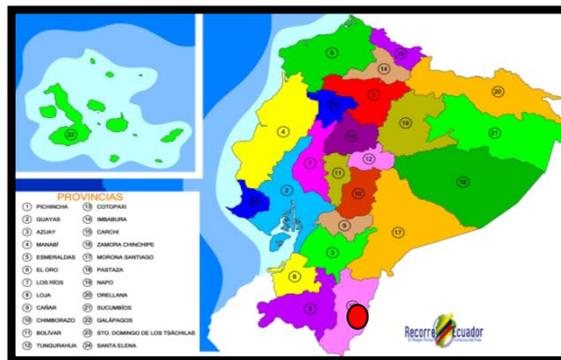


GRÁFICO N° 1: Mapa Físico del Ecuador, ubicando la provincia en la que se realizó la investigación

FUENTE: Instituto Geográfico Militar

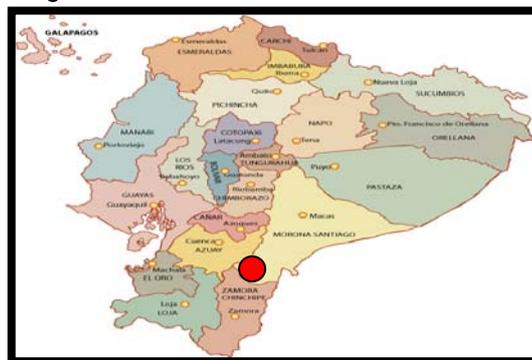


GRÁFICO N° 2: Mapa Político del Ecuador, ubicando la provincia en la que se realizó la investigación

FUENTE: Instituto Geográfico Militar

3.1.1. POBLACIÓN DE ZAMORA CHINCHIPE

Es una provincia del Ecuador ubicada en el extremo suroriental de la Amazonía ecuatoriana, que limita con las provincias del Azuay y Morona Santiago al norte; con la provincia de Loja y Azuay al oeste; y con Perú al sur y este. Según el último ordenamiento territorial del Ecuador, Zamora Chinchipe pertenece a la V Región conocida como Frontera Sur.



GRÁFICO N° 3: Mapa Político de la Provincia de Chinchipe, ubicando los cantones donde se realizó la investigación.
FUENTE: Instituto Geográfico Militar

“La población total de la Provincia es de 110.000 habitantes, 40.000 urbanos y 70.000 rurales. Posee una densidad de 7.2 habitantes por kilómetro cuadrado”²⁷.

²⁷ HCPZCH. Departamento de Cultura. 2008



GRÁFICO N° 4: Fotografía de la población de Zamora.
FUENTE: Ilustre Municipalidad de Zamora

La Provincia de Zamora Chinchipe posee una extensión de 15.556 km² que comprende una orografía montañosa única que la distingue del resto de provincias amazónicas.

Límites:

Al norte con las Provincias de Azuay y Morona Santiago. Al sur con la República del Perú. Al este con la República del Perú. Al oeste con la Provincia de Loja

Se encuentra constituida por 9 cantones, distribuidas de la siguiente manera:

- ✓ Centinela del Cóndor
- ✓ Chinchipe
- ✓ El Pangui
- ✓ Nangaritzá
- ✓ Palanda
- ✓ Paquisha
- ✓ Yacuambi
- ✓ Yantzaza



GRÁFICO N° 6: Mapa Político de la Provincia de Zamora Chinchipe.

FUENTE: Instituto Geográfico Militar



La Provincia de Zamora Chinchipe dispone de una orografía montañosa única que la distingue del resto de provincias amazónicas y que a la vez son el centro de atractivo turístico tanto a nivel regional, nacional e internacional.

Los principales ríos son el Zamora que viene de Loja por la Cordillera Oriental de los Andes, recibe aguas de las vertientes centrales de la Cordillera Central, de los páramos de Matanga y Shincata, y de los ríos Yacuambi e Indanza, el Nangaritza que va hacia el Norte recibiendo las aguas del Sabanilla; también están el Chinchipe y el Jamboe. En la parte Sur vierten los ríos Palanda, Jíbaro e Isimanchi; por la derecha está el Canchis, que sirve de límite con el Perú.

Las actividades económicas a las que se dedican los pobladores son la maderera, vinícola, licorera, piscícola, ranícola y de la panela.

3.1.2. POBLACIÓN DE EL PANGUI



GRÁFICO N° 7: Vista panorámica del centro del Cantón El Panguí.
FUENTE: Fotografía de Las Autoras



El Cantón El Pangui pertenece a la Provincia amazónica de Zamora Chinchipe, ubicada al sur de la República del Ecuador. Se encuentra limitado de la siguiente manera:

LÍMITES



GRÁFICO N° 8: Mapa Político de la Provincia de Zamora Chinchipe.

FUENTE: Instituto Geográfico Militar

“Al Norte, limita con el Cantón Gualaquiza, Provincia de Morona Santiago, desde su nacimiento del río Chuchumbleta hasta su desembocadura en el río Zamora. Al Sur, limita con el Cantón Yantzaza, desde el nacimiento de la quebrada de El Pincho hasta su desembocadura en el río Zamora y desde ahí, se traza una línea imaginaria que atraviesa la Cordillera del Cóndor hasta la frontera con el Perú. Al Este, con los límites internacionales con la República del Perú. Y al Oeste con las estribaciones de las cordilleras de Muchime, El Oso, Shaimi y el Cantón Yantzaza.

Está formado por la Parroquia urbana El Pangui y sus parroquias rurales Pachicutza, Güisme y Tundayme.”²⁸ La superficie del cantón El Pangui es de 632.10 Km², es decir, 63.210 hectáreas.

“En el Cantón de El Pangui existen 7.441 habitantes de los cuales el 33% comprenden la población urbana y el 67% a la población rural. La tasa de crecimiento poblacional para el cantón es de 1.64%. La población femenina alcanza 3.723, que representa el 50% y la población masculina abarca 3.718, equivalente al 50%”²⁹.

²⁸ ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE EL PANGUI 2008

²⁹ INEC 2007



La zona se caracteriza por tener suelos aluviales, de textura arenosa y muy fértil, los cultivos de mayor importancia son: maíz, plátano yuca, café y cacao. La ganadería bovina es el subsistema mas difundido en la región, que guarda relación con la superficie ocupada para los pastos, convirtiéndose en un sistema de ahorro para las familias campesinas, aunque actualmente problemas tecnológicos y políticas de precios han desestabilizado la sostenibilidad y desarrollo de los sistemas productivos

3.1.3. POBLACIÓN DE YACUAMBI



GRÁFICO N° 8: Mapa Político de la Provincia de Zamora Chinchipe.

FUENTE: Instituto Geográfico Militar

El Cantón Yacuambi, es un Cantón en la provincia de Zamora Chinchipe, Ecuador. El origen de su nombre lo debe a la presencia del rio Yacuambi, el cual lo atraviesa de norte a sur.

Yacuambi es conocido por ser el cantón más septentrional de la provincia y por ser el principal asentamiento humano de la etnia Saraguros en Zamora Chinchipe. Se encuentra rodeado por los cantones Zamora y Yantzaza; y limita con las provincias de Loja, Azuay y Morona Santiago.

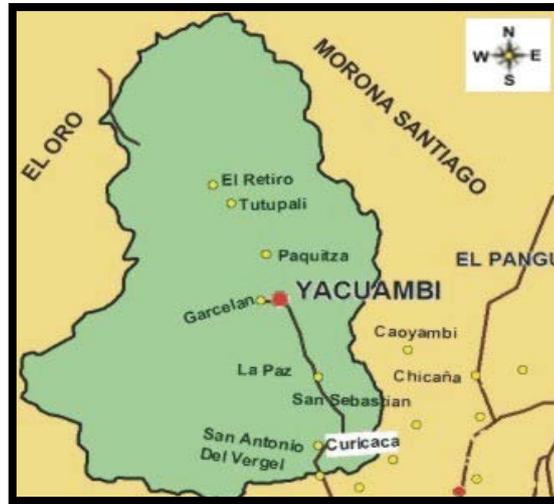


GRÁFICO N° 8: Mapa Político del Cantón Yacuambi.

FUENTE: Instituto Geográfico Militar

El Valle de Yacuambi, presenta una característica único con gran colorido natural que radica en su belleza escénica, en sus cordilleras delimitantes, con bosques nativos. El río que baña el valle cuenta con paisajes endémicos y es apto para la navegación y el rafting y tiene lugares que pueden ser utilizados como balnearios naturales.

El cantón está dividido políticamente en tres parroquias, una parroquia urbana y dos rurales que son: 28 de mayo, La Paz y Tutupali.

La población del Cantón YACUAMBI según el Censo del 2001, representa el 6,8 % del total de la provincia de Zamora Chinchipe; ha crecido en el último período intercensal 1990-2001, a un ritmo del 3,8 % promedio anual. El 82,9 % de su población reside en el área Rural; se caracteriza por ser una población joven ya que el 57,2 % son menores de 20 años, según se puede observar en la Pirámide de Población por edades y sexo.



3.1.4. POBLACIÓN DE ZAMORA

El Cantón Zamora, es un Cantón en la provincia de Zamora Chinchipe, Ecuador. El origen de su nombre se debe a la presencia de la ciudad y cabecera cantonal de Zamora. Se encuentra rodeado por la mayoría de los cantones restantes, con excepción de Chinchipe, El Pangui y Paquisha. Al oeste limita con la provincia de Loja.

El cantón es conocido por ser uno de los primeros cantones y uno con los de mayor extensión territorial en la provincia.

El Cantón Zamora es la entrada de la región Sierra desde la ciudad de Loja al resto de la provincia por medio de la Carretera Troncal Amazónica, en un tramo de 62 kilómetros. Esta ciudad ha experimentado un gran crecimiento debido a la inmigración de sus habitantes y las remesas recibidas sobre todo de países europeos. Gran parte de sus habitantes son originarios de la provincia de Loja.

El cantón está dividido políticamente, en 7 parroquias que son:



- Cumbaratza
- Guadalupe
- El Limón
- Imbana
- Sabanilla
- San Carlos
- Timbara
- Zamora

GRÁFICO N° 8: Mapa Político de la Provincia de Zamora Chinchipe

FUENTE: Instituto Geográfico Militar



La población del Cantón ZAMORA según el Censo del 2001, representa el 28,4 % del total de la provincia de Zamora Chinchipe; ha crecido en el último período intercensal 1990-2001, a un ritmo del 0,2% promedio anual. El 52,5 % de su población reside en el Área Rural; se caracteriza por ser una población joven ya que el 51,8 % son menores de 20 años, según se puede observar en la Pirámide de Población por edades y sexo.



3. RESULTADOS

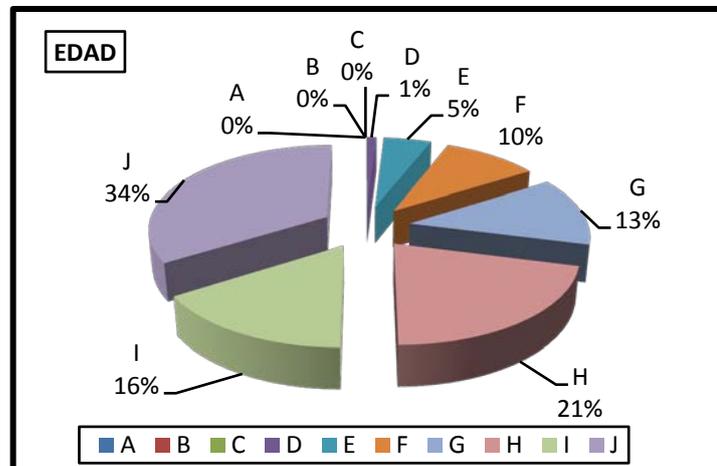
1. ¿Cuál es su edad?

TABLA N° 1

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. 10 años	-	-
b. 11 años	-	-
c. 12 años	-	-
d. 13 años	2	1
e. 14 años	9	5
f. 15 años	19	10
g. 16 años	26	13
h. 17 años	43	21
i. 18 años	32	16
j. 19 años	69	34
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO N° 1



Al referirnos a la edad de las personas investigadas, se establece que el 34% tienen 19 años; el 21% poseen 17 años; el 16% corresponde a las personas de 18 años; el 13% oscilan en los 16 años; un 10% en los 15 años; un 5% tienen 14 años y finalmente un 1% 13 años sin embargo se encuentran inmersas en la problemática a investigar.



2. Señale su nivel de estudios alcanzado

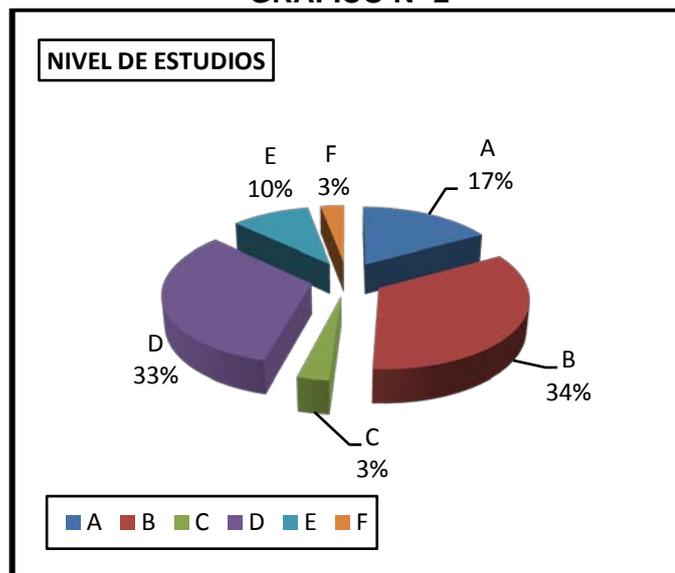
TABLA Nº 2

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Primaria completa	35	17
b. Secundaria completa	67	34
c. Primaria incompleta	7	3
d. Secundaria incompleta	66	33
e. Universitario	20	10
f. ninguno	5	3
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 2



Para conocer el nivel de formación académica alcanzado por las investigadas se ha planteado la presente pregunta, en la cual el 34% tienen secundaria completa, en tanto que el 33% tienen secundaria incompleta, así como el 17% tienen primaria completa, el 10% posee formación universitaria y tan solo el 3% primaria incompleta, así como también en el mismo porcentaje ninguna formación académica.



3. ¿Cuántos miembros forman su familia?

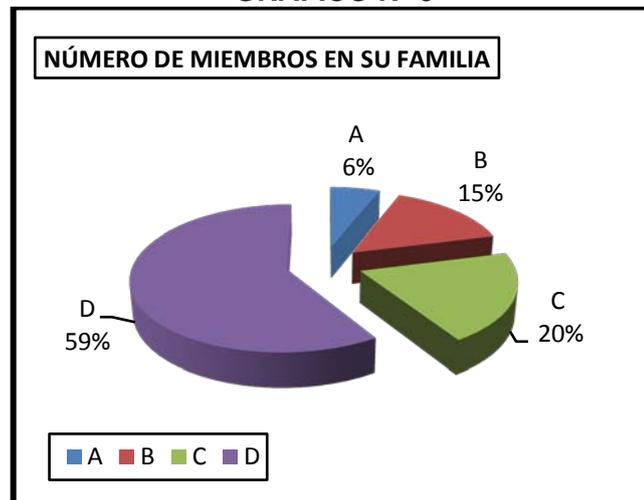
TABLA Nº 3

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Dos	12	6
b. Tres	30	15
c. Cuatro	39	20
d. Cinco o más	119	59
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 3



Para conocer el tamaño de las familias de las encuestadas, se aplica la presente pregunta, en la cual el 59% señalan que sus familias cuentan con cinco o más miembros, el 20% señalan que tienen cuatro integrantes, el 15% tres y el 6% dos miembros en sus familias.



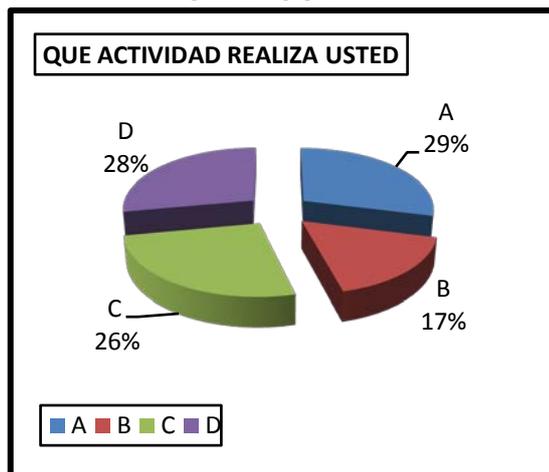
4. Señale las actividades que realiza a diario

TABLA Nº 4

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Trabaja	58	29
b. Estudia	34	17
c. Trabaja y estudia	52	26
d. Solo atiende la casa	56	28
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 4



La presente pregunta hace referencia a las actividades que realiza a diario, conociéndose que el 29% trabajan, el 28% solo atienden a la casa, en tanto que el 26% trabaja y estudia y solamente el 17% estudian.



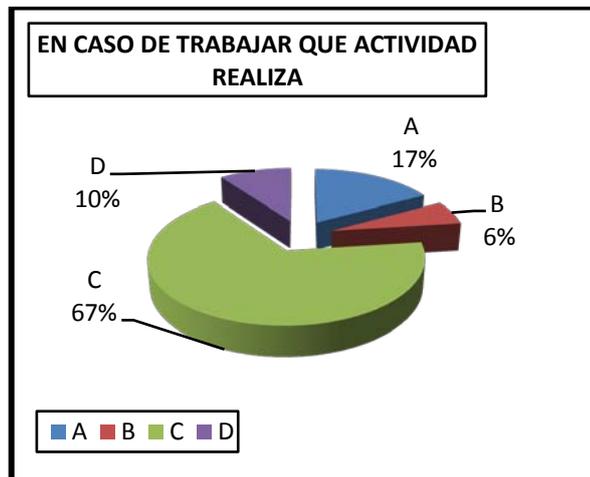
5. En caso de trabajar, ¿cuál es la actividad que realiza?

TABLA Nº 5

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Agricultura	18	17
b. Ganadería	7	6
c. Haceres domésticos	74	67
d. Otros	11	10
TOTAL	110	100

FUENTE: Encuesta aplicada
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 5



Al indagar sobre la actividad que cumplen el 67% se dedican a haceres domésticos, el 17% a la agricultura y el 10% a otras actividades.



6. ¿En qué forma recibe su salario?

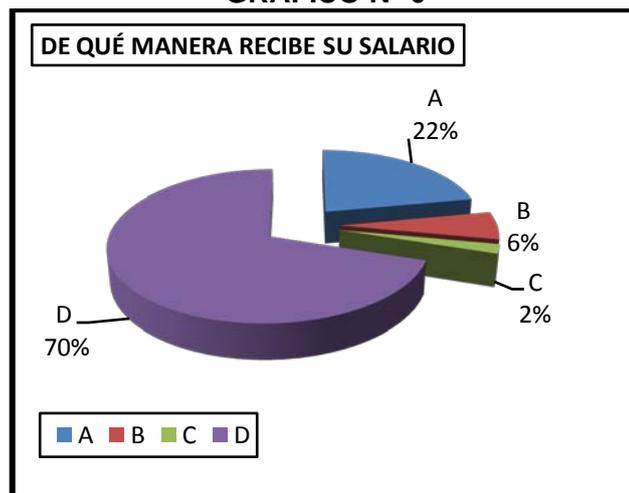
TABLA Nº 6

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Diario	24	22
b. Semanalmente	7	6
c. Quincenalmente	2	2
d. Mensualmente	77	70
TOTAL	110	100

FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 6



Toda actividad laboral se recompensa bajo un salario, en este contexto, al interrogar la forma como reciben el sueldo, se conoció que el 70% lo perciben mensualmente, mientras que el 22% lo hacen de forma diaria, el 6% semanalmente y tan solo el 2% lo reciben quincenalmente.



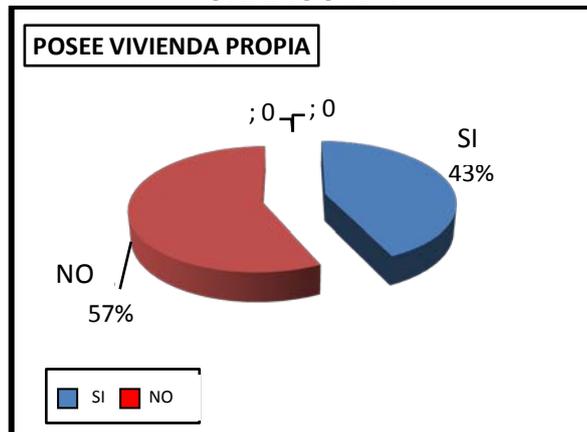
7. ¿Tiene vivienda propia?

TABLA Nº 7

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Si	86	43
b. No	114	57
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 7



Se ha considerado necesario interrogar sobre la vivienda el 57% no disponen de vivienda propia y tan solo el 43% son beneficiados con este bien inmueble.



8. ¿Cuántas habitaciones tiene la casa donde vive?

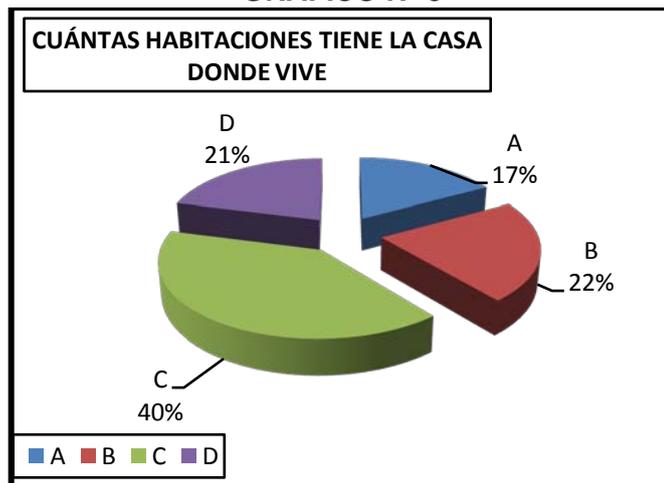
TABLA Nº 8

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Dos	33	17
b. Tres	44	22
c. Cuatro	80	40
d. Cinco o más	43	21
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 8



Con referencia al número de habitaciones que tiene la casa donde vive, se conoció que el 40% tiene cuatro, el 22% tiene tres, el 21% cinco o más y solo el 17% tienen dos habitaciones.



9. ¿Cuenta su vivienda con servicios sanitarios?

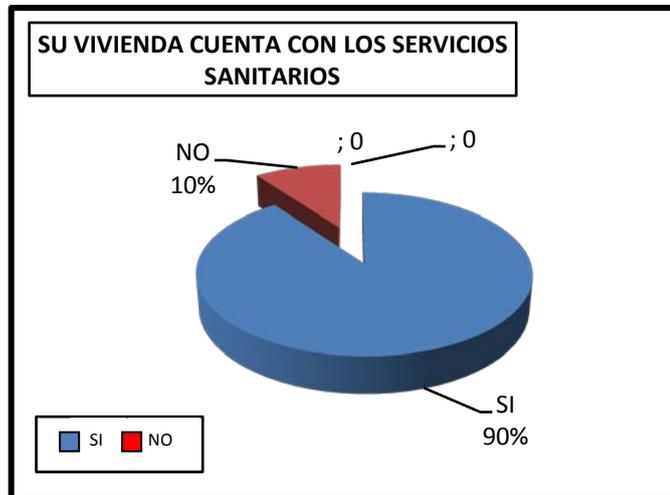
TABLA Nº 9

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Si	179	90
b. No	21	10
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 9



Es necesario conocer si la casa donde viven cuenta con los servicios sanitarios necesarios para evitar la morbilidad de quienes las habitan, por lo que se conoció que el 90% si disponen de este recurso, en tanto que el 10% carecen del mismo.



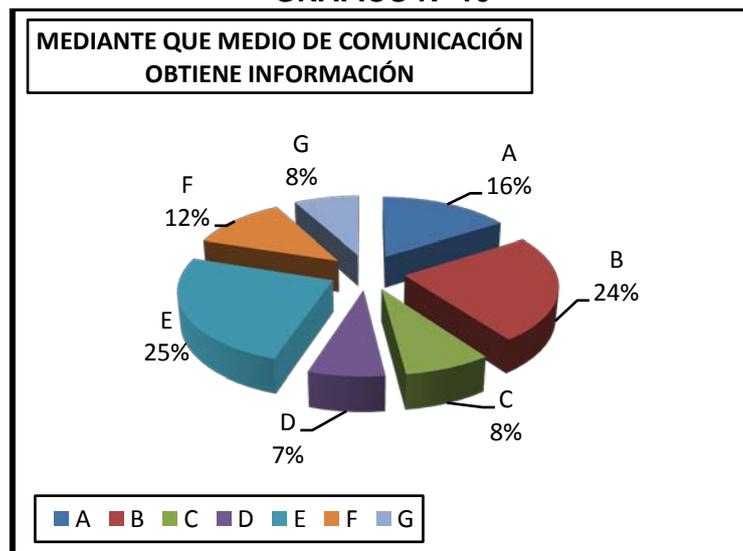
10. Señale los medios por lo que obtiene información sexual

TABLA Nº 10

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Radio	80	16
b. Televisión	116	24
c. Periódicos	38	8
d. Revistas	35	7
e. Centro de salud	122	25
f. Profesores	57	12
g. Familiares	40	8
TOTAL	488	100

FUENTE: Encuesta aplicada
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 10



La presente pregunta brinda información acerca de los medios por los que ha obtenido información sexual, estableciéndose que el 25% de adolescentes embarazadas lo han hecho en los Centros de Salud, sin embargo un 24% lo han hecho mediante la televisión y el 16% por medio de radio, mientras que el 12% lo han hecho de sus profesores, el 8% de sus familiares y periódicos, y el 7% de revistas.



11. ¿Cuál es su actual estado civil?

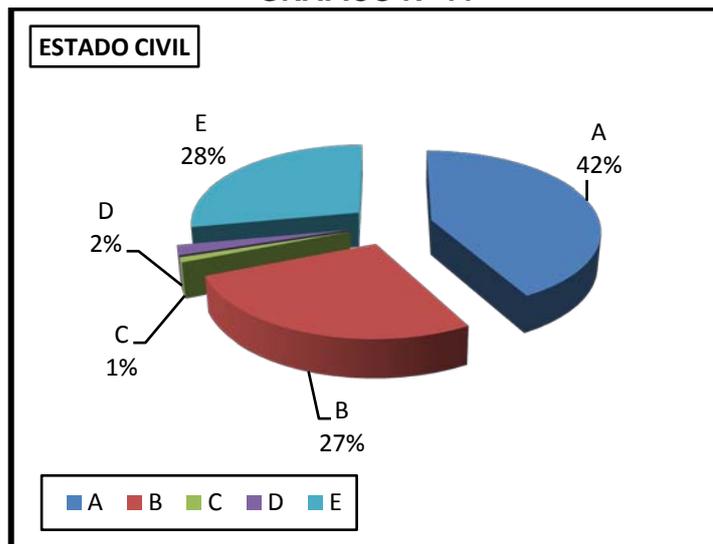
TABLA Nº 11

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Soltera	83	42
b. Casada	54	27
c. Divorciada	2	1
d. Separada	4	2
e. Unión libre	57	28
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 11



Otro dato necesario en nuestro estudio es el estado civil de las encuestadas, en donde el 42% son solteras, el 28% en unión libre, el 27% casadas, 2% separadas y el 1% divorciadas.



12. ¿Cuál es el gasto en su casa por semana?

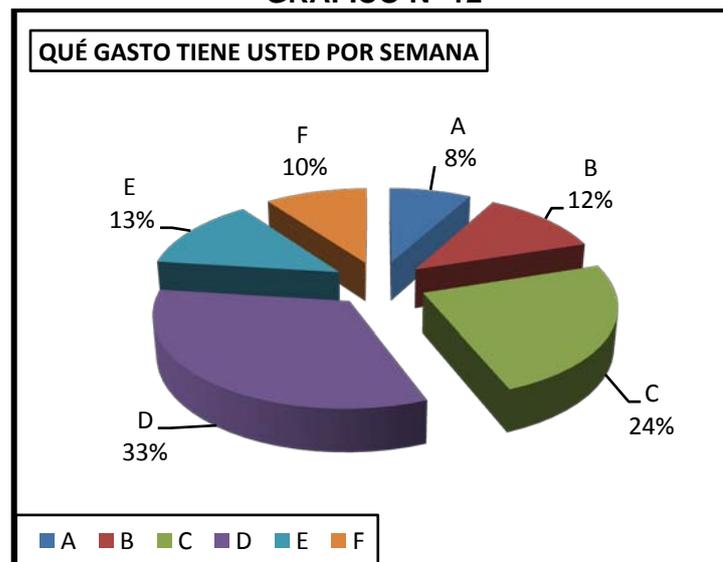
TABLA Nº 12

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Menos de 20	16	8
b. 20 dólares	24	12
c. 30 dólares	47	24
d. 40 dólares	67	33
e. 50 dólares	27	13
f. Más de 50	19	10
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 12



En lo relacionado al gasto que se realiza en casa por semana, el 33% indican que gastan 40 dólares semanales, el 24% sostienen que gastan 30 dólares, el 13% se inclinan por los 50 dólares y el 12% señalan que son 20 dólares semanales; sin embargo existe un escaso 10% que manifiestan gastar más de 50 dólares semanales.



13. ¿Cuál fue la edad de su primera menstruación?

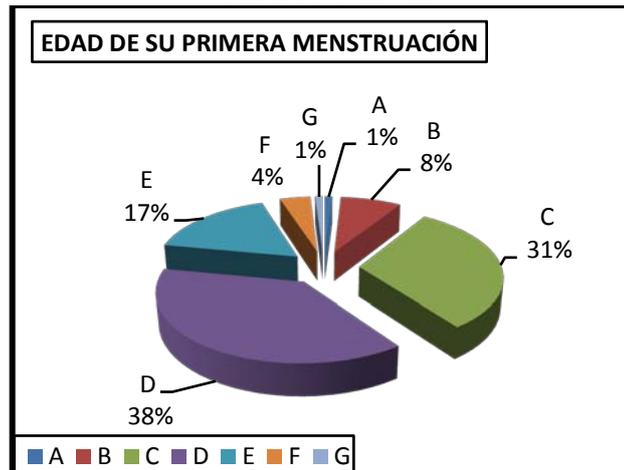
TABLA Nº 13

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. 10 años	2	1
b. 11 años	16	8
c. 12 años	62	31
d. 13 años	76	38
e. 14 años	34	17
f. 15 años	8	4
g. 16 años	2	1
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplica

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 13



Para la consecución del trabajo investigativo, es importante conocer datos referenciales al desarrollo hormonal de la futura madre, la misma que al preguntar la edad de su primera menstruación, contestan el 38% que a los 13 años, en tanto que el 31% a los 12 años; sin embargo existe un 17% que manifiestan que fue a los 14 años y un 8% a los 11 años.



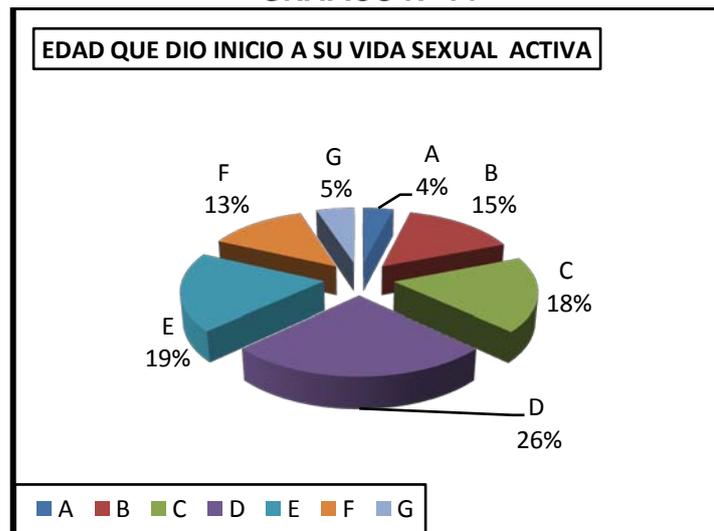
14. ¿A qué edad inicio su vida sexual activa?

TABLA Nº 14

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. 13 años	7	4
b. 14 años	30	15
c. 15 años	36	18
d. 16 años	52	26
e. 17 años	38	19
f. 18 años	27	13
g. 19 años	10	5
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplica
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 14



Otro aspecto necesario de conocer constituye la edad de inicio de la vida sexual de la encuestada, conociéndose que el 26% señalan que fue a sus 16 años, el 19% a los 17 años, un 18% a los 15 años, de igual manera un 13% a los 18 años, un 5% a los 19 años y solamente el 4% a los 14 años.



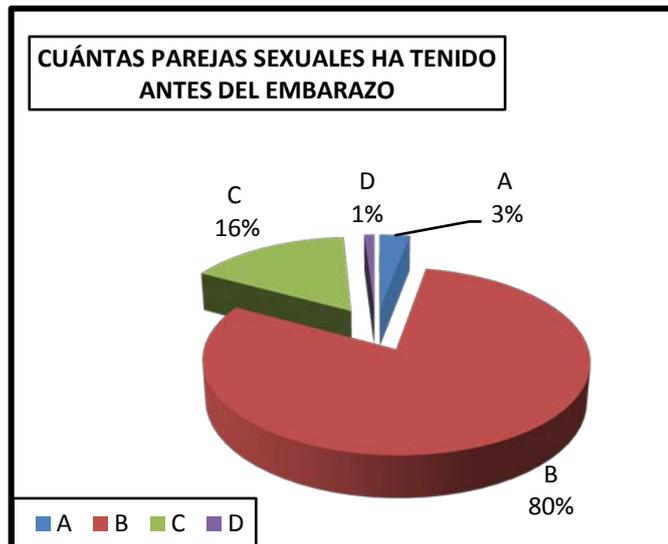
15. Señale ¿cuántas parejas sexuales tuvo antes de embarazarse?

TABLA Nº 15

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. 1	6	3
b. 2	159	80
c. 3	33	16
d. 4 o más	2	1
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 15



Se interrogó sobre el número de parejas sexuales que ha tenido antes de embarazarse, el 80% indican que han sido dos, sin embargo el 16% manifiestan que fueron 3 y el 3% que solamente fue una.



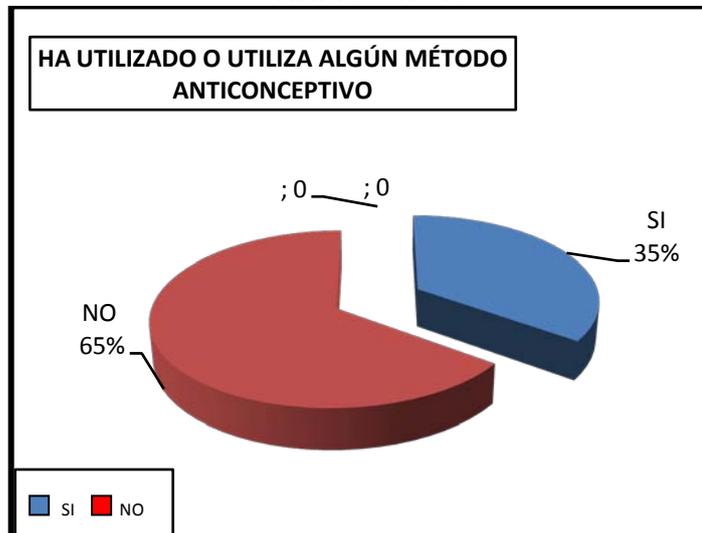
16. ¿Ha utilizado anteriormente o utiliza actualmente métodos anticonceptivos?

TABLA Nº 16

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Si	70	35
b. No	130	65
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 16



La presente pregunta brinda información respecto a la utilización de métodos anticonceptivos por parte de las encuestadas, las cuales en un 65% señalan que no lo han utilizado ni lo utilizan, mientras que el 35% puntualizan lo contrario.



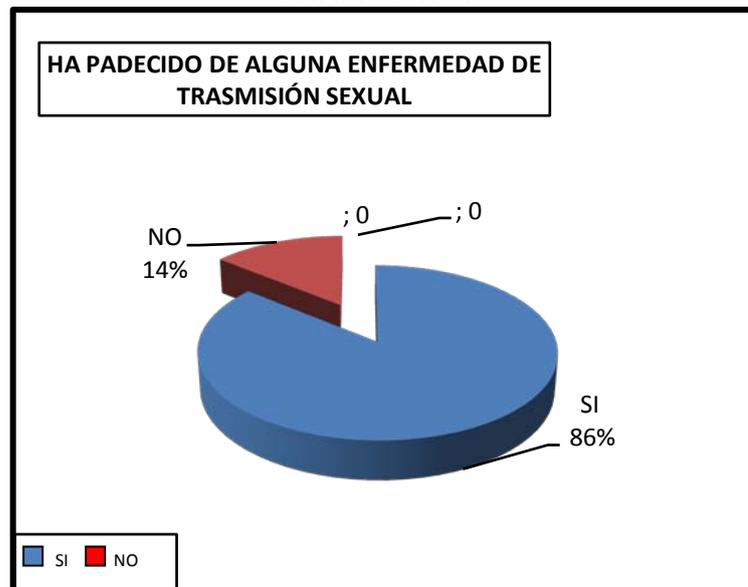
17. ¿Ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual?

TABLA N° 17

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Si	173	86
b. No	27	14
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO N° 17



Es necesario conocer si las encuestadas han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual, en este contexto, el 86% señalan que si han padecido, mientras que el 14% indican lo contrario.



18. Señale ¿cuáles de los siguientes productos ha consumido Ud, durante el embarazo?

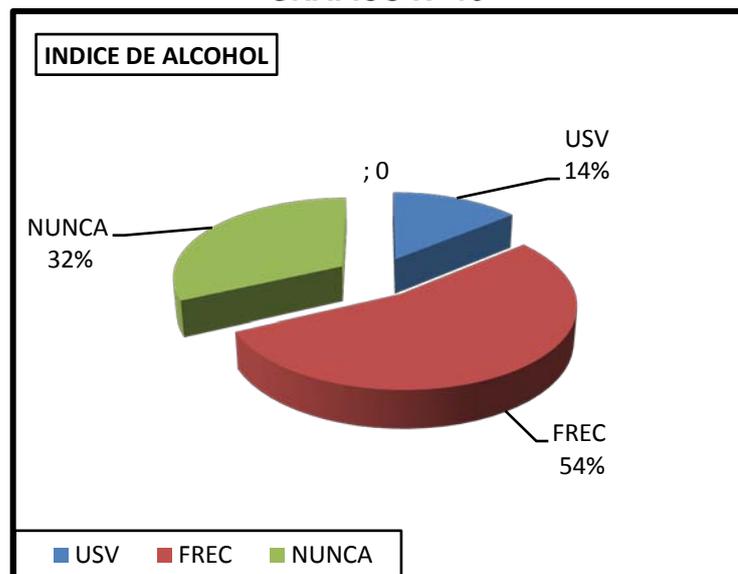
TABLA N° 18

INDICADORES	FRECUENCIA			TOTAL	PORCENTAJE			TOTAL
	usv	frec	nunca		usv	frec	nunca	
a. Alcohol	28	107	65	200	14	54	32	100
b. Cigarrillo	34	90	76	200	17	45	38	100
c. Otras sustancias	-	2	198	200	-	1	99	100

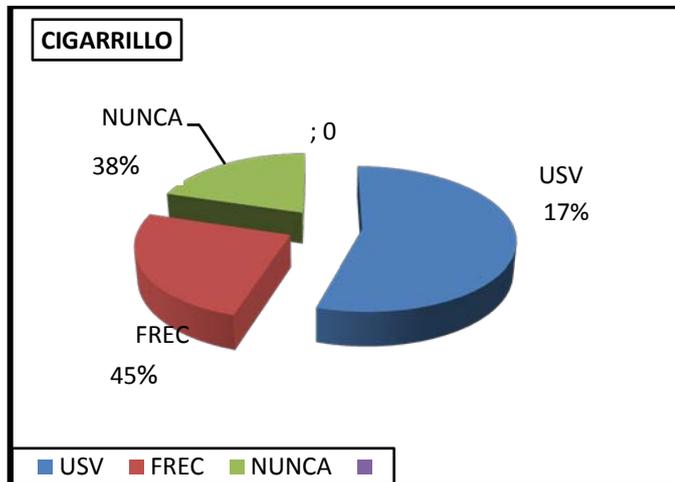
FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

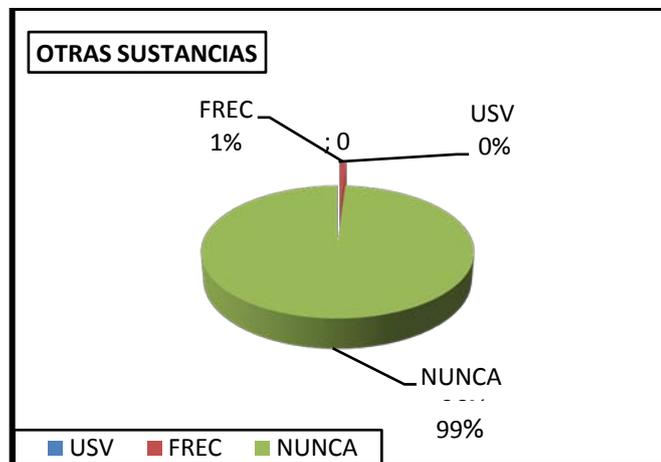
GRÁFICO N° 18



El ingerir productos nocivos para la salud es un peligro en todo momento para el ser humano, más aún en la etapa de embarazo, por este motivo al consultar sobre el consumo de alcohol, el 54% señalan que lo utilizan frecuentemente, en tanto que el 32% sostienen que nunca lo han hecho y tan solo el 14% que lo han consumido una sola vez.



En lo que al consumo de cigarrillo se refiere, el 45% lo utilizan frecuentemente, mientras que el 38% no lo ha hecho nunca y tan solo el 17% lo ha consumido una sola vez.



Con respecto al consumo de otras sustancias como tranquilizantes, drogas, alucinógenos, se conoció que el 99% no han consumido nunca y tan solo un 1% lo han hecho frecuentemente.



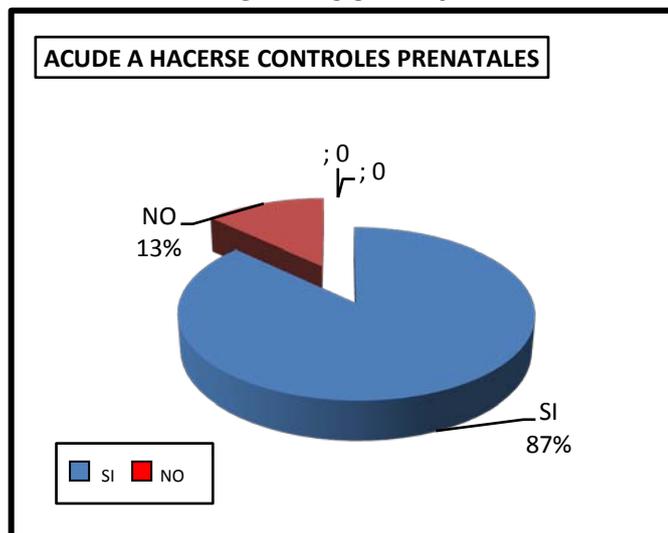
19. En su embarazo acude al centro de salud para hacerse controles prenatales.

CUADRO Nº 19

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Si	175	87
b. No	25	13
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 19



Los controles médicos en la etapa de embarazo son imprescindiblemente necesario, más aún cuando se tratan de personas adolescentes, por ello al consultar sobre este particular, el 87% señalan que si acuden a tales controles, en tanto que el 13% no lo hacen por no considerarlo necesario.



20. ¿Cuántos controles prenatales ha realizado durante su embarazo?

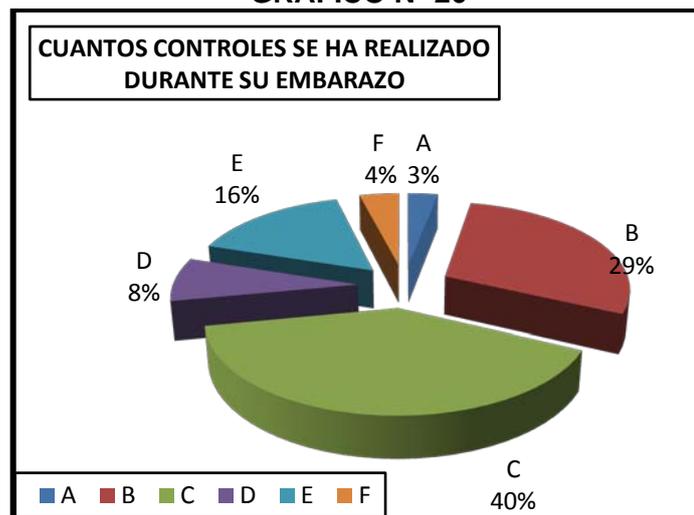
TABLA Nº 20

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Ninguno	5	3
b. Uno	59	29
c. Dos	80	40
d. Tres	16	8
e. Cuatro	32	16
f. Cinco o más	8	4
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 20



Para complementar la interrogante anterior, se ha propuesto la pregunta 22, en la cual el 40% indican que se ha realizado dos controles prenatales, en tanto que el 29% lo han hecho una sola vez, solamente el 16% se han realizado cuatro controles prenatales, así como el 4% cinco o más controles, sin embargo existe un 3% que no se han realizado ningún control médico prenatal.



21. Señale a qué lugar acudió a realizarse los controles prenatales

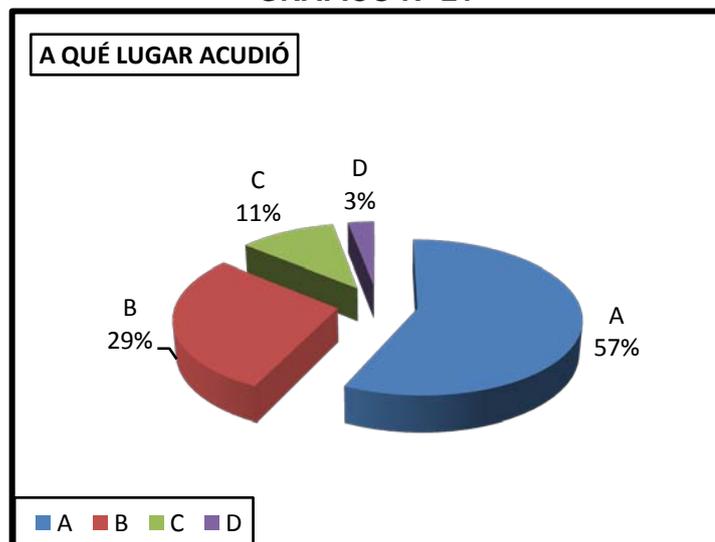
TABLA Nº 21

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Centro de salud	114	57
b. Hospital	57	29
c. Consultorio Privado	23	11
d. Comadrona	6	3
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 21



Del 87 % de las mujeres que acuden a realizarse controles prenatales el 57% lo han hecho en el Centro de Salud, el 29% en el hospital, así como un 11% lo han hecho en consultorio privado y finalmente un 3% con las comadronas.



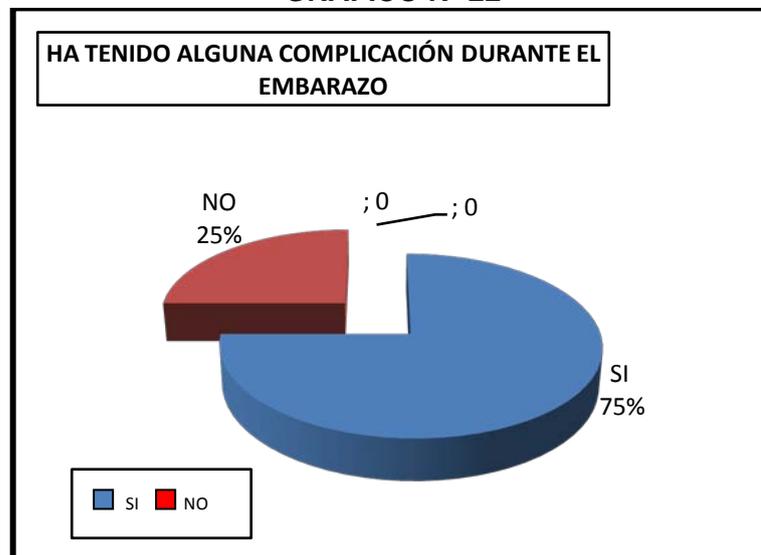
22. En el transcurso de su embarazo, ¿tuvo alguna complicación que requirió asistencia médica?

TABLA Nº 22

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Si	151	75
b. No	49	25
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada
RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 22



La presente pregunta referente a las posibles complicaciones que tuvieron las adolescentes durante el embarazo y que requirió asistencia médica, el 75% aseveran que persisten algunas complicaciones, mientras que el 25% se mantienen en lo contrario.



23. Señale qué complicaciones presentó durante su embarazo

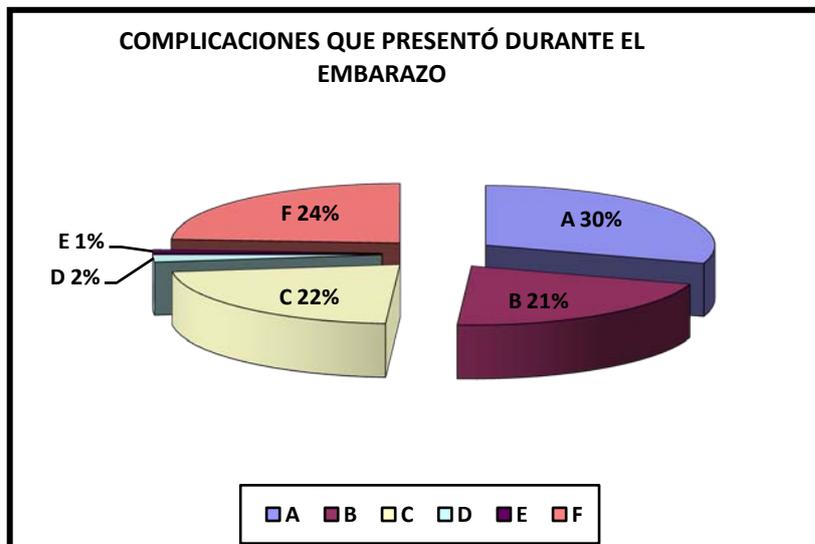
TABLA Nº 23

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Hipertensión Arterial inducida por el embarazo	61	30
b. Infección de Vías Urinarias	42	21
c. Metrorragias	43	22
d. Vómitos	3	2
e. Estreñimiento	2	1
f. Ninguna	49	24
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta aplicada

RESPONSABLE: Las Autoras

GRÁFICO Nº 23



La última pregunta relacionada al tipo de complicaciones que han presentado las adolescentes embarazadas señala que el 30% presentan hipertensión arterial inducida por el embarazo, el 22% metrorragias, el 21% infección de vías urinarias, el 2% vómitos, un 1% estreñimiento, sin embargo existe un 24% que no ha presentado ninguna complicación en consonancia con la interrogante anterior.



3.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La salud sexual y reproductiva es un componente central en la vida de las adolescentes, la manera cómo es vivenciada y socializada por ellas puede resultar trascendental para el resto de sus vidas.

Desde este punto de vista es importante iniciar la presente discusión estableciendo en primera instancia las edades de las investigadas, siendo la edad promedio, de 19 años con un 34% y tan solo el 5%, en 14 años, edades que desde un enfoque endocrinológico por “el eje hipotálamo-hipofisiario que es inmaduro desde los tres primeros años siguientes a la menarca, por lo cual las menstruaciones son irregulares, el útero es de menores dimensiones; el esqueleto no ha terminado de adquirir su tamaño definitivo, destacándose que la pelvis no tiene la inclinación necesaria y sus diámetros no están en el límite de la normalidad, esto lleva a dificultades e inadecuaciones feto-maternas que lo hace un embarazo de alto riesgo”³⁰, por tanto no se constituyen en las edades ideales para buscar un embarazo, lo que también demostró el estudio realizado en Guatemala de tipo observacional descriptivo en 1995 con una muestra de 371 pacientes comprendidas entre 15 a 19 años en donde observaron que el 43.1% presentaron alguna complicación durante el embarazo³¹

En los países andinos viven alrededor de “28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. De los 7 millones de adolescentes mujeres del segundo grupo de edad, se estima que el 1.5 millones ya son madres o están embarazadas”³², siendo gran parte de estos embarazos no planificados.

³⁰ FERREIRO Beatriz, Características del control prenatal en las embarazadas adolescentes. Montevideo-Uruguay 2002.

³¹ DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA del I.G.S.S. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social) Guatemala 1995

³² AFPA, Análisis de Situación del embarazo adolescente en los Países del Área Andina EAT, junio 2007



Desde el contexto sociocultural, las oportunidades de estudio y trabajo están limitadas, puesto que la mayoría se ve obligada a desertar del sistema escolar para trabajar y poder subsistir. Es así que el 34% ha alcanzado el nivel de secundaria completa y solo un 10% ha recibido una instrucción superior. Lo que se ve reflejado en un 29% de las mujeres embarazadas que trabajan; en labores domésticos (67%) y agricultura (17%), instituyendo un riesgo para el embarazo por el esfuerzo físico requerido para dichas actividades y recibiendo salarios que no permiten satisfacer la canasta básica vital, más cuando la forma de pago en su mayoría se lo hace mensualmente (70%), sin embargo existen otras personas que no tienen un trabajo estable, por lo que reciben su salario de manera quincenal (2%), semanal (6%) o diario (22%), dificultando su manutención; por otra parte los egresos semanales de \$40 (33%), \$30 (24%), \$50 (13%) y \$20 (12%) y más de \$50 (10%). El gasto que realizan es proporcional con el número de integrantes de la familia, y si anteriormente se establecía que la mayor frecuencia señala que tienen más de cinco personas, con un gasto promedio de 40 dólares que es el más alto, se entiende que los ingresos son insuficientes y por tanto no se pueden cubrir ni las necesidades de la mujer en estado de gestación.

En cuanto a la vivienda, el 57% no dispone de casa propia; con condiciones ambientales muy pobres ya que el 17% cuenta con dos habitaciones para un elevado número de miembros de la familia (5-59%) y 10% de las mismas carecen de servicios sanitarios, lo hace deducir que en estos hogares no existe una adecuada planificación familiar, que a su vez profundiza la crítica situación económica y favorece el riesgo de complicaciones durante la gestación.

El 24% de las encuestadas reciben información y orientación sexual, a través de la TV, lo que sumado al bajo nivel socio-cultural, ha permitido la proliferación de adolescentes embarazadas por desconocimiento sobre el tema. Los medios de comunicación juegan un rol importante; profundizando la paradoja de que las adolescentes tienen mayor acceso a la información, sin embargo no se garantiza la calidad y veracidad de la misma; esto afecta en la toma de decisiones informadas y autónomas. Corroborando así que las investigadas tienen un déficit de conocimientos



sobre salud sexual y reproductiva. Instituyéndose como causa y efecto para la aparición de embarazos no deseados, constituyendo el 42% en madres solteras en la región oriente, agravando la situación el hecho de que su pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.

Particular utópico ya que Ecuador cuenta con políticas públicas que protegen el derecho de las adolescentes a recibir información y educación en sexualidad, salud sexual y reproductiva (PRONESA), pero existen importantes brechas en lo relativo a su implementación en las escuelas y mediante las vías no formales. Los datos disponibles corroboran la existencia de una demanda educativa insatisfecha en el campo de la educación de la sexualidad, ya que las adolescentes carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevenir el embarazo, actitud ante las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros.

“En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa).

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Ecuador, mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan.

Así mismo, al analizar las tasas de fecundidad por Área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas (3.9 vs. 2.9).

Ecuador es uno de los países con menor asistencia de adolescentes al nivel secundario de educación, con menos del 50%, lo que supone un factor de riesgo para la ocurrencia del embarazo en estas edades, así como una consecuencia del mismo”³³.

³³ Plan Nacional de prevención de embarazo en adolescentes en Ecuador.2007



La edad de la menarca en su mayor porcentaje corresponde a 13 años (38%) y el menor a 11 años (8%); al analizar los resultados obtenidos, se indica que los mayores porcentajes corresponden a edades consideradas como aceptables, entre los 12 y 13 años; con el consecuente desarrollo de los órganos reproductivos y el despertar del deseo sexual, lo que constituye un factor de riesgo para el embarazo si no es encausado adecuadamente. El 26% de adolescentes inició su vida sexual a los 16 años y tan solo un 4% lo hacen a los 14 años, lo que sumado a la falta de información sexual no permiten a las futuras madres tomar las precauciones necesarias para evitar un embarazo no deseado. La inestabilidad emocional de las adolescentes no les facilita discernir entre deseo y amor, además de la falta de valores que deberían ser inculcados en su hogar; de ellas el 65% no utilizó ningún método anticonceptivo debido a que no poseen información sobre el tema; en un 80% indicaron que han tenido dos compañeros sexuales, lo que facilita el contagio de enfermedades de transmisión sexual que resulta ser positivo en un 86%. Desde el punto de vista moral, es lamentable confirmar que ha tan corta edad las adolescentes han compartido el maravilloso regalo de Dios, que es su cuerpo con varias personas, desvalorizándose y no brindando el respeto que deben dar a su ser.

“En un estudio de tipo observacional y descriptivo, con aplicación de encuestas a 226 mujeres entre 14-19 años de Agosto a Octubre del 2005 en Nocaima (Cundinamarca - Colombia), demuestra que 88.9% de las participantes se encontraba entre 14 y 17 años, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 15 años. (29.2%), el 56.9 % ha tenido un compañero sexual y el promedio de edad de embarazo es de 16 años (42.9 %)”³⁴.

En cuanto al consumo de productos nocivos se encuentra la ingesta de alcohol, en un 54%, el cigarrillo en un 45%, que son utilizados frecuentemente por las adolescentes del Panguí, Yacuambi y Zamora; sustancias que desequilibran la salud y alteran el estado psico-emocional, por lo que se asevera que la población investigada no tiene el

³⁴ Ministerio de Protección social. Dirección general de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Bogotá; febrero 2003,8.3; 36-40.



nivel cultural suficiente para poder reflexionar sobre el peligro al que se exponen ellas como sus bebés.

Refiriéndonos al control prenatal hay evidencia científica que demuestra su beneficio, cuando es ejercido por personal entrenado para el abordaje integral de la adolescente embarazada (Coll, 1993). Mediante este es posible corregir todos aquellos factores que pueden causar daño tanto a la madre como al niño, además de factores sociales y culturales que inciden en la adolescente y que no se deben a la adolescencia de la embarazada, incluyendo la accesibilidad y calidad de los servicios de salud. Nuestro estudio revela que un 87% si acudió a realizárselo, pero en una frecuencia insuficiente ya que el 40% se ha realizado dos controles y el 29% solamente uno. Las escasas visitas al médico se deben a los bajos ingresos económicos, la falta de promoción de salud materno-fetal y a que la tradición cultural no les permite concientizarse sobre la importancia que estos tienen para su bienestar y el de su bebé. De las adolescentes que si se realizan controles prenatales el 57% acude al centro de salud y el 29% al hospital, lo cual es muy positivo ya que en este lugar encontraron un criterio profesional que encausó de mejor manera la vida intrauterina de su hijo, sin embargo se puede evidenciar que aunque en mínimo porcentaje (3%) existen mujeres que acuden a lugares empíricos para controlar su estado, lo que no permite detectar y dar solución a tiempo a las complicaciones de la gestación.

“La investigación se llevó a cabo en el Hospital de la Mujer, Centro Hospitalario Pereyra Rossell (Uruguay) sala 4, de Adolescentes, situado en la calle Bulevar Artigas 1550; en la primera quincena del mes de enero (del día 3 al 17) del 2002; es de tipo descriptivo y transversal y la muestra está constituida por 91 puerperas adolescentes. En el que se evidenció que el porcentaje de embarazos no controlados fue de 26%”³⁵.

“En la mortalidad materna hay ciertos indicios de que un alumbramiento en adolescentes representa riesgos especiales para la futura madre; así mismo, hay consenso de que los riesgos aumentan considerablemente en adolescentes menores de 15 años. Aunque el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron su primer/a hijo/a antes de esta edad es bajo, algunos autores argumentan que

³⁵ Andrea Tabarez. Entrevista realizada a la presidenta de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la adolescencia: la Dra. Silvia Lima. "Artículo- diario el observador del 3 de julio 2000". pag.3



*las complicaciones obstétricas durante el embarazo en adolescentes se deben no tanto a la edad sino a otros factores asociados como un menor acceso a servicios, la pobreza y demás*³⁶.

El embarazo, un hecho trascendental en la vida de la mujer, puede ser vivido de tantas maneras como tantas son las características orgánicas, psicológicas y sociales de la misma. En el caso de las adolescentes, éstas tienen perfiles particulares por irrumpir el embarazo en un momento crítico en su propia evolución personal. El 75% de las encuestadas asegura haber presentado complicaciones en el transcurso de la gestación como hipertensión arterial (30%), metrorragias (22%), infección de vías urinarias (21%), vómitos (2%) y estreñimiento (1%), producto de las causas que se ha venido señalando en cada uno de los análisis realizados, por lo que la información obtenida es confiable, ya que la mayoría aseguran haber presentado alguna de las complicaciones.

*“En un estudio retrospectivo en el H. Sergio E. Bernales (Perú) en el 2005, contó con 162 participantes entre 10 a 19 años, en su mayoría (74.69%) conviven con su pareja. El 61.2% tienen secundaria incompleta, el 90.1% se dedica a haceres domésticos. El 82.71% acuden a CPN, con una escasa frecuencia y en el 67.9% se ha presentado complicaciones, la más frecuente fue ITU (29%), hubo mayor incidencia de anemia (113%) y preeclampsia (11%)”.*³⁷

De todo lo expuesto en los cuadros de resultados, se encuentra que existe relación entre la calidad de vida de las habitantes de estas regiones, con los factores de riesgo para complicaciones maternas y muerte en adolescentes embarazadas. Este es un común denominador en todos los cantones donde la falta de conciencia sobre la importancia que tiene esta etapa en las adolescentes, les permite incurrir en determinadas acciones que inciden negativamente en esta etapa de vida intrauterina, por lo que hace falta una campaña informativa sobre este delicado tema.

³⁶ Plan Nacional de prevención de embarazo en adolescentes en Ecuador.2007

³⁷ Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. Congreso de Obstetricia y Ginecología. (Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):28-34) Autores: José Sandoval Paredes, Fanny Mondragón Huertas, Mónica Ortiz García



Es conocido también que la colaboración de las adolescente embarazadas es una innegable necesidad para que se prevean complicaciones posteriores que al no ser tratadas a tiempo pueden incluso causar la muerte de las futuras madres, por lo que se debería iniciar por inculcar una cultura sexual preventiva que permita a los pobladores de estos lugares tomar conciencia de las causas y consecuencias de la problemática estudiada.



4. CONCLUSIONES

- ✓ La población investigada cumple con los criterios necesarios que permiten compilar información veraz debido a que su edad les faculta para contestar la encuesta de manera confiable.
- ✓ Las causas predisponentes para el embarazo en las adolescentes entre 10 a 19 años de las poblaciones de El Pangui, Yacuambi y Zamora fueron: la pobreza, el bajo nivel socioeconómico, la falta de educación sexual y reproductiva y el consumo de alcohol.
- ✓ Como factores socio-económicos se puede anotar que la precaria situación por la que atraviesan las investigadas fomenta el hacinamiento en razón de que no les alcanza para cubrir los valores de renta de habitaciones cómodas para cada miembro de la familia, ni contar con los servicios básicos en sus viviendas. Contribuyendo a la proliferación de enfermedades.
- ✓ Las complicaciones prenatales que se presentaron con mayor frecuencia durante el embarazo fueron los trastornos digestivos, metrorragias, infecciones urinarias, así como hipertensión arterial inducida por el embarazo.
- ✓ Se encontró una correlación paralela entre las causas predisponentes producto de una baja cultura sexual en las embarazadas y las complicaciones prenatales en las adolescentes entre 10-19 años en las poblaciones de El Pangui, Yacuambi y Zamora.
- ✓ La insuficiente atención a las adolescentes, trae como consecuencia procesos de socialización más precarios, además de efectos adversos para la salud de la madre y su hijo, dificultades para hacerse cargo de una familia, falta de oportunidades para la formación escolar y laboral, rechazo social y familiar, transmisión intergeneracional de la pobreza; aspectos que repercuten en la posibilidad de alcanzar metas en el desarrollo social e individual.



5. RECOMENDACIONES

- ✓ A los organismos competentes, emprender en una campaña nacional de información que permita obtener una salud sexual y reproductiva positiva, fundamentada en la moral y el respeto a los demás como lo señalan los principios católicos de nuestra sociedad, de tal manera que impida que las futuras madres adolescentes cometan errores en esta etapa de desarrollo evolutivo.
- ✓ Canalizar una verdadera y práctica ayuda socioeconómica a las familias de escasos recursos económicos como las investigadas, en la perspectiva de que puedan acceder realmente a una vivienda digna en la cual se rompan los esquemas ancestrales de promiscuidad y mejorar su estado de salud.
- ✓ A las autoridades competentes, fomentar la promoción de los derechos sexuales de las adolescentes con una mirada integral y equitativa que permita el desarrollo de una cultura sexual formativa, a fin de contar con referentes sólidos para actuar de manera responsable al iniciar su vida sexual.
- ✓ Empezar en un control riguroso tanto de venta como consumo de alcohol, mismo que de manera tóxica constituye una amenaza no solo durante el estado de embarazo de las adolescentes, sino de todas las personas en general.
- ✓ Desarrollar una campaña informativa sobre las complicaciones más frecuentes que se presentan en las adolescentes embarazadas, en la perspectiva de prevenir dichas dificultades que pueden costar la propia vida de la futura madre.
- ✓ Destacar la importancia que conlleva el tener una vida moderada y armónica consumiendo alimentos balanceados y evitando el consumo de sustancias tóxicas, como una forma de prevenir patologías que dejan funestas consecuencias en los futuros niños.



- ✓ Fomentar la promoción de los derechos sexuales de las adolescentes con una mirada integral y equitativa.

- ✓ Preparar a la sociedad para ayudar a llevar con dignidad los embarazos de las adolescentes que así lo decidan.



11. ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA ESCUELA DE MEDICINA

ENCUESTA DIRIGIDA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS ENTRE 10 A 19 AÑOS

Al término de nuestra formación en la carrera de Medicina, nos encontramos desarrollando una investigación acerca de los factores de riesgo para muerte, complicaciones maternas y determinación de causas para el embarazo en adolescentes, orientado a mejorar esta realidad, motivo por el cual le solicitamos a Ud. contestar con sinceridad la presente encuesta, la misma que tiene el carácter de anónima.

A. ASPECTOS GENERALES:

1. ¿Cuál es su edad?

10 años () 11 años () 12 años () 13 años () 14 años () 15 años ()
16 años () 17 años () 18 años () 19 años ()

2. Señale su nivel de estudios alcanzado

Primaria completa ()
Secundaria completa ()
Primaria incompleta ()
Secundaria incompleta ()
Universitario ()
Ninguno ()

B. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

3. ¿Cuántos miembros forman su familia?

4. Señale las actividades que realiza a diario

Trabaja ()
Estudia ()
Trabaja y estudia ()
Solo atiende la casa ()
Por qué?

5. En caso de trabajar, ¿cuál es la actividad que realiza?

Agricultura ()
Ganadería ()
Haceres domésticos ()
Explique.....

6. ¿De qué manera recibe su salario?

Diario ()
Semanalmente ()



Quincenalmente ()

Mensualmente ()

¿Cuánto?.....

7. ¿Tiene vivienda propia?

Si () No ()

8. ¿Cuántas habitaciones tiene la casa donde vive?

Dos ()

Tres ()

Cuatro ()

Cinco o más ()

9. ¿Cuenta su vivienda con servicios sanitarios?

Si () No ()

10. Señale los medios por lo que obtiene información sexual

Radio ()

Televisión ()

Periódicos ()

Revistas ()

Centro de salud ()

Profesores ()

Familiares ()

11. ¿Cuál es su actual estado civil?

Soltera ()

Casada ()

Divorciada ()

Separada ()

Unión libre ()

Explique.....

12. ¿Cuál es el gasto en su casa por semana?

Menos de 20 ()

20 dólares ()

30 dólares ()

40 dólares ()

50 dólares ()

Mas de 50 ()

C. SEXUALIDAD

13. ¿Cuál fue la edad de su primera menstruación?

.....

14. ¿A qué edad de inicio de su vida sexual activa?

.....

15. Señale ¿cuántas parejas sexuales tuvo antes de embarazarse?

1 () 2 () 3 () 4 o más ()

Explique.....

16. ¿Ha utilizado anteriormente o utiliza actualmente métodos anticonceptivos?

Si () No ()

¿Cuáles?.....



17. ¿Ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si () No ()

¿Cuál?.....

18. Señale cuáles de los siguientes productos ha consumido usted

Alcohol: Una sola vez () Frecuentemente () Nunca ()

Cigarrillo: Una sola vez () Frecuentemente () Nunca ()

Otras sustancias: Una sola vez () Frecuentemente () Nunca ()

19. En su embarazo acude al centro de salud para hacerse controles prenatales.

Si () No ()

¿Cuál?.....

20. ¿Cuántos controles prenatales ha realizado durante su embarazo?

21. Señale a qué lugar acudió:

Centro de Salud () Consultorio privado ()

Hospital () Comadrona ()

Explique.....

22. En el transcurso de su embarazo, ¿tuvo alguna complicación que requirió asistencia médica?

Si () No ()

Cuál.....

23. Señale que complicaciones presentó durante el embarazo

Hipertensión Arterial inducida por el Embarazo ()

Infección de Vías Urinarias ()

Metrorragias (Sangrados) ()

Vómito ()

Estreñimiento ()

Ninguna ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN





12. BIBLIOGRAFÍA

1. PALACIOS Jesús, MARCHESI A. e C. Coll (Comps). ¿Qué es la adolescencia?: Desarrollo psicológico y educación
2. MARULANDA GÓMEZ, Ángela. *Soy adolesce.. ¡entiéndeme!* Colombia: A Uno A Editores.
3. LEW CHILDRE, Doc. (2006). *Adolescentes seguros: desarrolle la autoestima en sus hijos*. México: Planetary Publications.
4. CANO LÓPEZ, Ana María .El embarazo en la adolescencia .Resultado de dos. La Habana Editorial Pueblo y Educación 2006.
5. ELÁEZ MENDOSA Jorge .Sexología y sociedad .Adolescentes embarazadas. Año 2005 Cuba.
6. ORTIZ Liz .Sexología y Sociedad. Consecuencias Médicas y biológicas del embarazo en la adolescencia 2005
7. Secretaría de salud pública, Programa salud reproductiva, módulo salud sexual y reproductiva para la población adolescente, Tegucigalpa, Honduras, 2006.
8. Organización panamericana de la salud. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. Folleto San José, Costa Rica, Julio 2005.
9. FERNÁNDEZ PACHECO Raquel. La Salud Reproductiva en Adolescentes. La Habana, 2005.
10. URRUTIA BARROSO, Lourdes. Sociología y Trabajo Social aplicado. La Habana. Editorial Félix Varela 2006
11. GACETA MÉDICA. México 2005
12. OPS Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 2009
13. HCPZCH. Departamento de Cultura. 2008
14. AFPA, Análisis de Situación del embarazo adolescente en los Países del Área Andina EAT, junio 2007
15. Ministerio de Protección social. Dirección general de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Bogotá; febrero 2003,8.3; 36-40.



16. Andrea Tabarez. Entrevista realizada a la presidenta de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la adolescencia: la Dra. Silvia Lima. "Artículo- diario el observador del 3 de julio 2000". pag.3
17. Revista indexada en LATINDEX: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal en los apartados de Medicina y Enfermería. 2008
18. Rosselot J. Adolescencia: problemática de salud del adolescente y joven en Latinoamérica y el Caribe. Pediatría 2ed. Menehillo: Inter-médica 1993:
19. Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Bogotá: Editorial Colombia LTDA, 1986.
20. Ruoti M, Ruoti A, et al. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay:Universidad de Asunción, 1992.
21. Molina R. Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. La salud del adolescente en Chile. Santiago de Chile: Ediciones R. Florenzano, M. Magdaleno, E. Bobadilla, 1988:195-231.
22. IPPF. "Embarazo en Adolescentes en América Latina y el Caribe" # 356. Octubre: 1988.
23. Castro Santoro R, et al. Preeclampsia pura en adolescentes embarazadas. Perinatol Reprod 1989;2/2(3-8):
24. Elster AB, Lamb ME. The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. JAMA 1987;258:1187-92.
25. Wallemburg HC. Prevention of hipertensive disease of pregnancy Clin Exp Hypertens B7:121-37.