UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO:

"CARACTERIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL COLEGIO PIO JARAMILLO ALVARADO"

Trabajo de investigación previa la obtención del Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA: MARIA ISABEL PEREZ ENCALADA

DIRECTORA: LIC. MAG GRACE CAMBIZACA

AÑO 2014

LOJA – ECUADOR

CERTIFICACIÓN

LIC. MAG GRACE CAMBIZACA
DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÒN

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación denominado "**CARACTERIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL COLEGIO PIO JARAMILLO ALVARADO "de la Autoría de** MARIA ISABEL PEREZ ENCALADA, previo al título de licenciada en enfermería ha sido realizado bajo mi dirección y luego de haber cumplido con las sugerencias y observaciones realizadas, autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, 04 de Octubre del 2013

LIC MAG GRACE CAMBIZACA

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORÍA

Yo, María Isabel Pérez Encalada, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autora: María Isabel Pérez Encalada

Firma:

Cédula: 1103492375

Fecha: Enero del 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, María Isabel Pérez Encalada declaro ser autora de la tesis titulada: "**Caracterización de factores de riesgo de las adolescentes embarazadas del colegio Pio Jaramillo Alvarado"** como requisito para optar al grado de: Licenciada en Enfermería: autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fine académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 06 días del mes de Enero del dos mil catorce, firma la autora.

Firma:

Autora: María Isabel Pérez Encalada
Cédula: 1103492375
Dirección: Célica entre Bolívar y Sucre
Correo electrónico: mi.allison@hotmail.com
Teléfono: 2-540-237 **Celular:** 0993456604

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis:
Lic. Mag Grace Cambizaca

Tribunal de Grado: Mg. Magdalena Villacis Cobos **Presidenta**
Mg. Gina Monteros **Vocal**
Dra. Susana González **Vocal**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios por haberme dado la oportunidad de ser una persona con la fortaleza necesaria para salir con mis estudios y ha estado conmigo a cada paso que doy, a mis queridos padres quienes han sido mi apoyo incondicional, quienes han depositado su confianza y me han cuidado dándome fortaleza para continuar, que con su apoyo incondicional a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi fuerte cuando he flaqueado en los momentos que más he necesitado y a mi querida hija Allison Dayanna que es el amor de mi vida quien me da la fortaleza para seguir luchando, Es por ello que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

María Isabel

AGRADECIMIENTO

Al culminar el presente trabajo de investigación, dejo constancia de mi agradecimiento:

A la Universidad Nacional de Loja, que me brindó la oportunidad de obtener una profesión a través de sus docentes y Directivos.

Al Colegio Pio Jaramillo Alvarado que mediante sus Directivos y Profesionales docentes me dio la oportunidad de aplicar las encuestas a las estudiantes así como las facilidades para ingresar a las aulas. Y a las estudiantes que de una forma desinteresada me ayudaron con la información requerida.

Al Área de la Salud Humana, Carrera de Enfermería porque en sus aulas me forme con la guía de sus excelentes maestros, para servir a la Salud Humana de mi provincia y de la Patria.

A la Lic. Mag Grace Cambizaca por su experiencia brindada, su paciencia, oportuna y orientación en el Desarrollo de la presente investigación.

María Isabel

TITULO

"CARACTERIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL COLEGIO PIO JARAMILLO ALVARADO"

RESUMEN

2.-RESUMEN

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, a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos, el comienzo de dicha etapa viene marcado por la aparición de la pubertad (momento en que se produce la maduración sexual) pero debemos diferenciarla de esta ya que la adolescencia va más allá del mismo desarrollo fisiológico donde la mayoría de los adolescentes inicia sus relaciones sexuales, llevando a las adolescentes a embarazos precoces que repercute en su desarrollo personal, psicológico y social. Desde el año 2007 los Ministerios de Salud del Área Andina declararon la maternidad adolescente como una problemática prioritaria a nivel de la región y se constituyó un Comité Andino de Prevención de Embarazo de Adolescente. Estos antecedentes motivaron el desarrolló del presente estudio en adolescentes embarazadas del Colegio Pio Jaramillo Alvarado, cuyo objetivo general es: Caracterizar los factores de riesgo de mayor prevalencia a los que se encuentran expuestas las adolescentes embarazadas del Colegio "Pio Jaramillo Alvarado" de las tres secciones de la Ciudad de Loja en el periodo Septiembre del 2013 a Junio 2.014. Participaron 320 adolescentes de las cuales el 7,8% están embarazadas, cuya edad oscila entre 17 y 19 años y 16% entre 10 a 15 años, 52% de las adolescentes embarazadas viven con su madre; 60% la información sobre el embarazo recibe de sus padres, el 68% de las adolescentes embarazadas tiene conocimiento sobre planificación familiar, el 60% de las adolescentes embarazadas son solteras, el 24% de las adolescentes embarazadas se preocupa del control médico, el 32% de las adolescentes embarazadas no se ha vacunado; 88% de las adolescentes embarazadas tienen una alimentación balanceada, el 68% de las adolescentes embarazadas depende económicamente de sus familiares.

SUMARY

The adolescence is a stage of changes that happen with great rapidity affecting the social, cultural, psychological, anatomical and physiological sphere. It is a question of a moment in the life of the human being in which it is revealed, sometimes, in very notable form, the importance of the social and biological factors, the beginning of the above mentioned stage comes marked by the appearance of the puberty (moment in which the sexual ripeness takes place) but we must separate it from this one since the adolescence goes beyond the same physiological development. . Where the majority of the teenagers come to the sexual contacts coitales taking the teenagers to precocious pregnancies that it reverberates in his professional, psychological and social development for what in view of these precedents Pío Jaramillo Alvarado raises the topic characterization of factors of risk of the pregnant teenagers of the College, applying the descriptive method raising as general Characterizer aim the factors of risk of major prevalence to which the p Experimental " Pío Jaramillo Alvarado of three sections " of Loja's City in the period In June, 2013 to January 2.014, There took part 320 students of which 7,8 % is pregnant teenagers, The age of the pregnant teenagers is 84 % they are 15 to 19 years and 16 % from 10 to 14 years, 52 % of the pregnant teenagers lives with his mother, 60 % the information about the pregnancy receives of his parents, 68 % of the pregnant teenagers knows about familiar planning, 60 % of the pregnant teenagers is single, 24 % of the pregnant teenagers are it worries of the medical control, 32 % of the pregnant teenagers has not been vaccinated, 88 % of the pregnant teenagers his supply is balanced, 68 % of the pregnant teenagers depends economically on his relatives.

INTRODUCCIÓN

3.-INTRODUCCIÓN

“La adolescencia es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años.

“La adolescencia es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de la personalidad y el tránsito hacia la edad adulta. Una visión simplista puede reducir ese proceso a un plano puramente biológico; la aparición de caracteres sexuales primarios y secundarios. Pero en realidad es mucho más compleja la experiencia en pos de la identidad de hombres y mujeres, porque en él intervienen las personas, con toda su complejidad, y entran en juego los sistemas de relaciones y modelos sociales y culturales. La etapa más conflictiva en la experiencia de padre e hijos suele ser la adolescencia; por ello, tanto para unos y otros es indispensable conocer mejor en sus diversas dimensiones las característica y naturaleza del proceso en esta etapa vital.”[1]

“La adolescencia es una etapa de cambios que sucede 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, a veces, en forma muy notable la importancia de los factores sociales y biológicos, aunque quizás exagere aquel autor que plantea la adolescencia como un nuevo nacimiento, no se aleja totalmente de la realidad ya que es la etapa cuando aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados lo que junto a los cambios fisiológicos hacen evidentes una transformación significativa en este sujeto que poco a poco deja de ser un niño”[2].

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública de Ecuador informa “Que dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en

[1] Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas en la salud del adolescente. México 2008
[2]Aimee D. Eyvazzadeh, MDa, Deborah Levine, MDb,* Imaging of PelvicPain in theFirstTrimester of PregnancyUltrasoundClin 1 (2006)

adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74% y en mayores de 15 años es del 9%" que un embarazo en la adolescencia se traduce a 2.5 años de escolaridad menos para las mujeres y cada hijo adicional acarrea un año menos de escolaridad en media".

"Todo lo anterior posibilita que en esta etapa los adolescentes estén en mejores condiciones para que sobre la base de sus propios conocimientos y cualidades morales comiencen a regular su sexualidad, relacionarse correctamente con su pareja, inicien el desarrollo de su vida sexual activa y responsable y que decidan conscientemente el momento más oportuno para formar una familia."[3]

"Sin embargo, lamentablemente muchos jóvenes no están preparados adecuadamente para asumir la sexualidad y llegan a ella sin haber adquirido los conocimientos y valores suficientes que le aseguren una vida sexual equilibrada y responsable. Estos jóvenes son portadores de una conducta sexual de riesgo, proclive a un embarazo no deseado a las infecciones de transmisión sexual entre otras consecuencias de hecho se convierten en futuras personas inestables tanto emocional como sexualmente."[4]

"El embarazo en la adolescencia además de constituir un riesgo médico elevado lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Es por tanto la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro. El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja entre otros. El incremento del embarazo y parto en edades tempranas constituye un problema 3 millones de adolescentes paren anualmente en el mundo."[5] "En Canadá en 1996 se embarazaron alrededor de 40 000 adolescentes.[10] Ni siquiera Europa está exenta de este problema donde las cifras mayores corresponden a Alemania y Gran Bretaña; pero es en los

[3]Jaurequi ML. Maternidad temprana, pobreza y educación. Taller sobre embarazo en adolescentes. Kingston, Jamaica, 3-7.Nov, 2000; 1:16
[4]UNICEF. Por un cambio en la salud de la población juvenil. Cuaderno de UNICEF sobre programación para el desarrollo y la salud de la población juvenil. 2009.
[5]Centro de Información sobre Fecundidad de Washington, año 2008

países subdesarrollados donde la magnitud de este problema es alarmante por la alta proporción y el limitado acceso a los servicios de salud."[6]

"Nuestro país ocupa el primer lugar en la región andina de embarazos en adolescentes en América Latina ocupa el segundo lugar después de Venezuela[7]. Por cada 1.000 niñas de 12 a 14 años, 9 son mamás, el 17.2 % de las adolescentes de 15 a 19 años son madres, esto es 172 de cada 1.000 adolescentes"[8]

En este contexto el presente estudio investigativo hace referencia a la "**CARACTERIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL COLEGIO EXPERIMENTAL PIO JARAMILLO ALVARADO",** cuyo objetivo general es especificar los factores de riesgo de mayor prevalencia a las que se encuentran expuestas las adolescentes embarazadas del Colegio " Pio Jaramillo Alvarado" de la Ciudad de Loja en el periodo Septiembre del 2013 a junio 2.014; y como objetivos específicos: Determinar la edad de las adolescentes embarazadas; e identificar el tipo de riesgo a las que están expuestas llegando a los siguientes resultados: de 320 adolescentes el 7,8% están embarazadas; de las cuales 48% tienen entre 17 a 19 años y 16% entre 10 a 15 años; 52% de las adolescentes embarazadas viven con su madre, 60% de la información sobre el embarazo recibe de sus padres, 68% de las adolescentes embarazadas conoce de planificación familiar, 60% de las adolescentes embarazadas son solteras, 24% de las adolescentes embarazadas tienen controles prenatales, 32% de las adolescentes embarazadas no se ha vacunado, 88% de las adolescentes embarazadas tiene alimentación balanceada, 68% de las adolescentes embarazadas depende económicamente de sus familiares.

[6]Arditi G. Orientaciones para asumir un embarazo adolescente. Sociedad Argentina de protección Familiar; maga@ cinet.com, Abril, 2006.
[7]Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes
[8] Censo de Población y Vivienda, INEC 2010.

REVISIÓN DE LITERATURA

REVISIÒN DE LITERATURA

ESQUEMA

Embarazo…….……... 12

Etapas del embarazo ……..... 12

Embarazo en adolescentes…….…… 15

Factores de Riesgo. ……..... 15

Complicaciones Perinatales……..…… 17

Importancia de una alimentación saludable durante el embarazo 18

Sustento Económico …….…. 27

Inmunizaciones……..... 28

Planificación familiar……. 29

Estructura familiar…… 39

Estado civil ……. 42

Fuente de información……... 44

MARCO TEÓRICO

4.-MARCO TEÓRICO

1.- EMBARAZO

Se conoce como **embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto**, tiene un proceso que influyen cambios tanto en la madre como en el feto, crecimiento y desarrollo, alimentación. El embarazo humano **dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario** en este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos[9]

1.1.-ETAPAS DEL EMBARAZO

1.1.1.-Primer Trimestre de las etapas del embarazo:

Durante estos tres primeros meses de las etapas del embarazo, probablemente también notará los cambios que están sucediendo en su cuerpo. La mayoría de las mujeres experimentan algunos de estos cambios físicos durante el primer trimestre:

- Ausencia de períodos menstruales
- Sensibilidad en los senos
- Náuseas y vómitos, también conocidos como “náuseas matutinas”
- Frecuencia urinaria
- Fatiga
- Aumento de la temperatura basal
- Aumento de peso

[9] Silverton Dee Unglau. Fisiología Humana. 4ta Edición. Editorial Médica Panamericana. Año 2010,pags 848-850

1.1.2.-Segundo Trimestre de las etapas del embarazo.

En la Embarazada durante el segundo trimestre de las etapas del embarazo, el vientre se empieza a mostrar llegará a ser más consciente de los cambios que ocurren en su cuerpo, el apoyo y el aliento de su pareja y personas que le rodean se vuelven más importantes, las náuseas matutinas y la fatiga disminuyen.

Aunque las experiencias de las mujeres varían; muchas mujeres descubren que su deseo sexual aumenta durante el segundo trimestre de las etapas del embarazo. El aumento del flujo sanguíneo a los órganos sexuales y a los pechos aumentan las sensaciones, y menos fatiga y náuseas, hacen que muchas mujeres disfruten más de la actividad sexual durante estos meses.

En el segundo trimestre, sentirá el feto en movimiento y se vuelve más consciente de su desarrollo, puede comenzar a tener sueños vívidos sobre su hijo.

Espere los siguientes cambios físicos:

- El útero sube hasta el ombligo entre las 20 y las 22 semanas.
- Calostro (pre-leche) en los senos.
- Sus pezones pueden empezar a ponerse más oscuros y las areolas se hacen más grandes.
- Puede experimentar cambios en los alimentos que su cuerpo puede digerir.
- Aumenta la presión sobre los vasos sanguíneos en la parte inferior de su cuerpo y puede dar lugar a hemorroides, venas varicosas y otras molestias.
- Puede notar que su piel cambia, sobre todo en su cara. Por ejemplo, manchas oscuras pueden aparecer en la frente y las mejillas, sobre todo si usted es una mujer de color. El nombre médico para esto es cloasma. Las manchas desaparecerán después del parto, pero pueden no

desaparecer por completo. La gente también puede decirle que usted tiene un “brillo” alrededor suyo: esto es causado por el aumento de los niveles hormonales y el aumento del flujo sanguíneo.

1.1.3.-Tercer Trimestre en las etapas del embarazo.

Durante esta etapa, las mujeres experimentan una explosión de energía y comienzan a “anidar”: a preparar su hogar para el niño. El cuerpo en crecimiento y cambiante puede hacer que algunas posiciones sean incómodas al hacer el amor durante las etapas del embarazo, lo que puede ser un momento para probar algunas nuevas posiciones. O es posible que el dolor de espalda y otras molestias que muchas mujeres experimentan hacia el final del embarazo la hagan menos interesada en el sexo.

Físicamente, el tercer trimestre de las etapas del embarazo tiende a ser más incómodo. Puede experimentar algunas de las siguientes molestias:

- Dolor de espalda
- Calambres en las piernas
- Ardor de estómago
- Una línea oscura, llamada “línea negra”, que se extiende verticalmente desde el ombligo hasta el hueso púbico
- Falta de aliento
- Necesidad de orinar con frecuencia
- Pérdida de control de la vejiga al estornudar o toser
- Contracciones de Braxton-Hicks (contracciones indoloras del útero)

A las 38 semanas, la parte superior de su útero habrá alcanzado el esternón y usted puede comenzar a experimentar los primeros signos del parto.[10]

[10] Jhonatan NovaK, Ginecología de Novak, Embarazo, año2006

2.-EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual[11]

3.- FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgos son aquellas características o circunstancias detectables en individuos o en grupos asociados con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Se deben examinar muchos factores además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100%, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo.

Los factores de riesgo para la aparición de un embarazo a temprana edad se pueden dividir en tres:

a) Individuales como bajo nivel educativo, bajas aspiraciones, menarquía, tabúes en relación con la fecundidad, entre otros.

b) Familiares como antecedente familiares de embarazos tempranos, disfunción familiar, entre otros

c) Sociales como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, alcoholismo, trabajo no calificado[12]

[11] GARCÍA SÁNCHEZ, M. H; HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, M. L. y MANJON SÁNCHEZ A. Asociación Argentina por a salud sexual y reproductiva Embarazo y adolescencia Salamanca junio 2012
[12] Bid., p. 20.

Se señalan los siguientes:

3.1.-FACTORES BIOLÓGICOS

•Edad temprana de la menarquía que produce madurez reproductiva, asociada a la presencia de ciclos ovulatorios.

3.2.-FACTORES FAMILIARES

- El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser ellas mismas, madres adolescentes.

- La escasa comunicación que se establece entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo.

3.3.-FACTORES PSICOSOCIALES Y CONDUCTA SEXUAL

- Inicio precoz de las relaciones sexuales que se relaciona con la menarquía temprana y sobre todo con la falta de previsión.

- Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales.

- El bajo nivel educativo (poca o falta de asistencia a la escuela.

- El medio donde viven los adolescentes observándose que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio.

- Falta de un proyecto de vida, lo que se relaciona con el bajo nivel educativo.

- Búsqueda de sí misma y de su identidad.

- Como resultado de una fantasía, lo que es más grave, como una huida de una situación familiar y económica difícil.

- Influencia de los medios de comunicación y de algunos programas de entretenimiento que ejercen una mala influencia en las menores, ya que incitan a las y los adolescentes que ven programas con contenidos sexuales a embarazarse.

- Pérdida de la religiosidad éste es un factor importante puesto que la formación religiosa influye en el control para el ejercicio de la sexualidad.

- Aumento de la población de adolescente. La población mundial de adolescentes ha aumentado y se dice que más de mil millones de habitantes del mundo son adolescentes.

- Falta de educación sexual. El desconocimiento e inexperiencia de los mecanismos de reproducción humana.

- Desconocimiento de los métodos anticonceptivos. La no utilización de métodos de anticoncepción es uno de los factores causales más importantes para el embarazo en la adolescente.[13]

4.-COMPLICACIONES PERINATALES

El embarazo en una adolescente constituye una seria amenaza, desde el punto de vista físico, psíquico y social. Muchos autores han encontrado un

[13] Heimerdinger A Clemente, Briceño-Iragorry L, editores. Colección Razetti. Embarazo en adolescentes Volumen VIII.: Editorial Ateproca; Caracas 2009.p.241-268

importante número de complicaciones durante el embarazo. Especialmente relacionadas con cuadro toxémicos; Anemia y Enfermedades de trasmisión sexual por una parte, y que las adolescentes menores de 16 años tienen complicaciones más frecuentes que las de mayor edad.[14]

5.-IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE DURANTE EL EMBARAZO.

Una nutrición adecuada agiliza la recuperación de la madre después del parto. Las complicaciones en el embarazo como la toxemia (eclampsia y pre eclampsia), el parto prematuro y la anemia, pueden originarse de una dieta insuficiente e inadecuada.

Durante el embarazo se debe tener cuidado especial en escoger los alimentos para consumir la calidad y cantidad que realmente se necesita sin comer el doble como se acostumbra. No se necesitan dietas especiales, dietas restrictivas, ni eliminar el consumo de algunos alimentos por creencias o tabúes equivocados; al menos que exista alguna contraindicación médica o nutricional. En la práctica cotidiana muchas mujeres en edad fértil tiene un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas, por lo cual debe haber una preocupación especial por cubrir las recomendaciones de estos alimentos. El cambio en la dieta debe por lo tanto ser más cualitativo, que cuantitativo.

5.1.-NUTRIENTES ESENCIALES EN EL EMBARAZO

Durante el embarazo existe un incremento de las necesidades de casi todos los nutrientes respecto a una mujer de la misma edad, en una proporción variable que fluctúa entre 0 y 50%. Si bien todos los nutrientes son fundamentales para la mujer embarazada, existen algunos que por su función en el adecuado crecimiento y desarrollo del niño, deben tener un cuidado especial entre ellos.

[14] GARCÍA SÁNCHEZ, M. H; HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ M. L. y MANJON SÁNCHEZ A. Asociación Argentina por la salud sexual y reproductiva Embarazo y adolescencia Salamanca junio 2012

CALCIO

En las mujeres embarazadas y madres lactantes se recomienda una ingesta de calcio de 1200 mg/día. En las adolescentes embarazadas en etapa de crecimiento, se recomienda una ingesta de 1300 mg de calcio, Su ingesta se puede cubrir con cuatro raciones diarias de lácteos (leche, yogurt, queso o cuajada). Esta cantidad provee suficiente calcio, para lograr un desarrollo fetal normal, sin tener que utilizar las reservas óseas maternas.

Otras fuentes de calcio son los cereales integrales, leguminosos y vegetales verdes. Las embarazadas deben evitar el consumo de café, tabaco y alcohol, que interfieren el metabolismo del calcio.

Algunos estudios muestran una respuesta inversa entre el consumo de calcio y la presión arterial durante el embarazo, sin embargo, los estudios clínicos no aportan evidencias ciertas, que un mayor consumo de calcio prevenga el desarrollo de hipertensión o pre eclampsia.

HIERRO

Los requerimientos de hierro, durante el primer trimestre del embarazo, son menores debido al cese de la menstruación. Alrededor de la semana 16 de gestación el volumen sanguíneo materno y la masa de glóbulos rojos se expanden, por esta razón, los requerimientos aumentan notablemente. La expansión del volumen sanguíneo ocurre en todas las mujeres embarazadas sanas que tienen depósitos de hierro suficientes o que son suplementadas con hierro.

En la adolescente, las necesidades de hierro son altas, debido al crecimiento de su masa muscular y del volumen sanguíneo. De hecho, la recomendación de un suplemento diario de hierro es necesaria, tanto para la mujer adulta embarazada como para la adolescente.

En las mujeres que inician la gestación con sus depósitos vacíos, esta recuperación no existirá, pero la situación se torna más grave, cuando inicia el embarazo anémica y no recibe suplementación.

En promedio, durante el segundo y tercer trimestres son necesarios cerca de 5,6 mg de hierro por día, es decir 4 veces más que en mujeres no embarazadas. Aun cuando, se tome en cuenta, el marcado aumento en la absorción de hierro durante la gestación, es imposible para la madre cubrir sus altos requerimientos con la dieta. La etapa del embarazo es un período tan especial en la vida de una mujer y su alimentación es de suma importancia, más aún si se trata de una adolescente.

La anemia por deficiencia de hierro puede tener efectos nocivos sobre la madre y su hijo/a: la mortalidad materna se incrementa en embarazadas severamente anémicas y las pérdidas de sangre del parto y la anemia incrementan los porcentajes de recién nacidos con bajo peso y prematuros.

Para prevenir la anemia y mantener los depósitos de hierro en la mujer en forma efectiva, se recomiendan las siguientes medidas que pueden ayudar:

1. **Aporte de hierro dietario**: Consumir alimentos fuentes del mineral, que incluya alimentos facilitadores (Alimentos fuentes de vitamina C y A) y evitar el consumo de alimentos inhibidores de la absorción (Café, té, bebidas carbonatadas).

2. **Alimentos fortificados:** Como la harina de maíz precocidad y otros, junto con el consumo de alimentos fortificados especiales para embarazadas.

3. **Suplementación:** En las embarazadas, la norma recomienda para prevenir la deficiencia de hierro, sulfato ferroso a una dosis de 60 mg por día dos veces por semana desde el inicio del embarazo. Para el tratamiento de la anemia se recomienda 60 mg de sulfato ferroso diario, desde el momento que

se diagnostique la madre anémica y hasta seis meses después del parto, para asegurar que los depósitos de hierro alcancen un nivel adecuado.

ÁCIDO FÓLICO

Múltiples estudios han demostrado que el consumo de ácido fólico en cantidades adecuadas durante el periodo periconcepcional, desde dos meses antes del embarazo y hasta los primeros dos meses de gestación, disminuye en más de 70% el riesgo de tener un hijo con un Defecto del Tubo Neural (DTN) y de otras malformaciones congénitas, como fisuras labiopalatinas, malformaciones del tracto genitourinario y defectos cardiacos.

Durante el desarrollo del sistema nervioso central, la formación y cierre del tubo neural ocurre entre los días 15 y 28 después de la concepción. Esto indica que el tubo neural se ha formado, cuando apenas, la mujer está sospechando su embarazo. Por lo tanto, cualquier medida preventiva se debe aplicar antes de la concepción.

Las principales fuentes alimentarias de ácido fólico son las vísceras sobretodo hígado y riñón, carne de res o de ternera, huevos, vegetales, en especial los de hojas verdes (brócoli, espinaca, berros, vainitas, etcétera), leguminosas, cereales integrales, nueces y productos de trigo entero. El organismo aprovecha 50% del ácido fólico de los alimentos, en consecuencia, sólo la mitad del folato en forma natural alcanza los tejidos. Por esta razón, es muy difícil cubrir el requerimiento solamente con la alimentación. Se recomienda en las mujeres embarazadas la suplementación de 5mg diarios de ácido fólico y a todas las mujeres que piensan embarazarse en los próximos de 3 a 6 meses.

VITAMINAS

Las necesidades de ciertas vitaminas, como las vitaminas A y C, también se incrementan. Por esta razón, es importante aumentar el consumo de frutas

enteras, vegetales crudos verdes, lácteos y consumir al menos dos veces por semana pescados, para tener una alimentación rica en estos nutrientes.

ÁCIDOS GRASOS ESENCIALES

Durante el embarazo es importante mantener una ingesta adecuada de ácidos grasos esenciales como el ácido linoleico y linolénico, nutrientes que dan origen a importantes componentes de las membranas celulares y reguladores de la función cardiovascular y del tejido nervioso central fetal.

La OMS recomienda aumentar en la alimentación de la mujeres embarazadas, aceites vegetales ricos en soya, mayor consumo de pescado y de productos marinos y de alimentos enriquecidos con estos ácidos grasos."[15]

Toda mujer embarazada necesita de una buena alimentación, ya que sus requerimientos nutricionales aumentan, para satisfacer las demandas del crecimiento y desarrollo del nuevo ser y para producir en cantidad suficiente la leche para alimentarlo. Si se trata de una adolescente, a lo anterior hay que añadir, la energía que ella necesita, para mantener su propio crecimiento y desarrollo. El aumento del requerimiento de algunos nutrientes como el hierro y el ácido fólico, que no se cubren con la alimentación y que es necesario suplementarlo.

5.2.-RECOMENDACIONES PARA CUIDAR LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

El éxito del embarazo y del parto, está muy relacionado con los cuidados y la alimentación que tenga la madre. Estas recomendaciones nutricionales te pueden ayudar.

[15] CLAP/OPS/OMS. El embarazo adolescente. Documento en línea [Disponible en]: http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%2068%20Embarazo%20Adolescente.htm Consultado abril 2010

- Mantenga una alimentación variada y equilibrada, ella proveerá la energía y nutrientes necesarios para la salud materna y el desarrollo y crecimiento del bebé.

- Incluye en tu menú alimentos de todos los grupos: granos, cereales, tubérculos y plátanos; hortalizas y frutas; leche, carnes y huevos; grasas y aceites y azúcares (azúcar blanca, papelón, miel) este último grupo consúmelo con moderación.

- Procure beber ocho vasos de agua o dos litros al día.

- Tome las comidas principales desayuno, almuerzo y cena, más tres meriendas diarias de frutas (enteras o licuadas) y lácteos (leche o yogurt). Así garantiza la energía y los nutrientes necesarios para el bebé.

- Recuerde que las necesidades de ciertas vitaminas y minerales como ácido fólico, hierro y calcio, se incrementan durante el embarazo. Para cubrirlas, es necesario tomar suplementos en pastillas.

- Evite el consumo de alimentos crudos como huevo, pescados, carnes, etc.

- Elimine productos dañinos, tales como alcohol (cerveza, vino u otra bebida alcohólica), cigarrillo y drogas ilícitas, especialmente perjudiciales para la embarazada y su hijo. El consumo de alcohol, causa retardo del crecimiento, anomalías oculares y articulares, retraso mental, malformaciones y abortos espontáneos.

- Disminuye o elimine el consumo de café durante el embarazo. Los estudios demuestran que la cafeína atraviesa la placenta y puede alterar la frecuencia cardíaca y la respiración del bebé.

- Recuerde lavar muy bien las frutas y vegetales que consume crudos.
- Modere el consumo de sal, recuerde que existen alimentos procesados que tienen sal, como los enlatados, embutidos, salsa, entre otros.

- Practique ejercicio, como caminar y nadar que le ayudan a mantener el peso."[16]

5.3.-INCREMENTO DE LAS NECESIDADES DE ENERGÍAS Y PROTEÍNAS

Para una correcta educación nutricional en la mujer embarazada, es importante analizar los hábitos dietéticos previos al embarazo. Las necesidades de energía y de nutrientes de la madre aumentan durante el embarazo, como consecuencia de los cambios corporales que ocurren en su organismo y de las necesidades del bebé en formación.

La media de los requerimientos energéticos para la mujer embarazada es de 2563, mientras que la media de los requerimientos energéticos para las adolescentes oscila entre las 2200 y 2400 kcal/día.

Como el gasto energético es variable, la mejor forma de garantizar que la alimentación sea la adecuada, es un aumento de peso suficiente. La energía necesaria durante el embarazo, se obtiene principalmente de los nutrientes esenciales tales como carbohidratos y grasas, mientras las proteínas forman tejidos y órganos.

5.4.-ALIMENTOS PROHIBIDOS DURANTE EL EMBARAZO.

"Es fundamental que conozcamos los alimentos prohibidos en el embarazo y evitemos su consumo con el fin de proteger el correcto desarrollo de nuestro bebé y cuidar nuestra salud.

[16] Concejo Europeo de información sobre alimentación (EUFIC). Nutrición durante el embarazo. Documento en línea [Disponible en:] www.eufic.org. Consultado Enero 2009.

Debemos tener en cuenta que cuando estamos embarazadas nuestro cuerpo pasa por una etapa donde es muy vulnerable, ya que cumple dos funciones: cuida de sí mismo y sirve de albergue para el desarrollo de un nuevo ser. Es por ello, que debemos de tener especial cuidado con lo que consumimos para así evitar alimentos que se presente riesgosos para el desarrollo de nuestro bebé, asegurándonos así in embarazo feliz sin complicaciones.

Son ocho los alimentos prohibidos en el embarazo:

1. La cafeína viene a ser uno de nuestros principales enemigos, ya que esta sustancia traspasa la placenta y puede producir algunos efectos farmacológicos en nuestro bebé como es la alteración de la frecuencia cardiaca, la tensión y el sueño. Es por ello que cuando estamos embarazadas la cafeína representa uno de los alimentos prohibidos en el embarazo y no podemos ingerir más de 200 miligramos al día.

2. Si bien es cierto, el pescado es uno de los alimentos más nutritivos, pero no todos los tipos de pescado son favorables para la salud de nuestro bebé. Tanto el pez espada, el tiburón, el atún rojo y el lucio no son recomendables pues contienen altos niveles de mercurio, sustancia altamente toxica que traspasa la placenta y puede alterar el desarrollo de nuestro bebé.

3. Igual es el caso del pescado crudo o poco cocinado, este produce listerosis, infección producida por la bacteria Listeria monocytogenes presente en los alimentos contaminados y que a las mujeres embarazadas nos afecta, ya que provoca alteraciones graves en el feto que pueden inducir al aborto, nacimiento prematuro o muerte de nuestro bebé. Es por ello, que debemos evitar consumir pescados congelados o sometidos a conservantes. Lo ideal es consumir pescado fresco y bien cocido así desactivar esta bacteria.

4. En esta lista también está la leche sin pasteurizar, este es otro alimento prohibido en el embarazo, ya que puede también estar contaminado con

la bacteria Listeria, bacteria que como ya mencionamos es nociva para nuestro bebé.

5. También podemos encontrar la carne cruda o poco cocida, la cual puede producirnos toxoplasmosis, enfermedad parasitaria peligrosa que puede provocar graves problemas a nuestro bebé. Por lo mencionado, es recomendable que consumamos solo carne bien cocida y evitemos el consumo de hamburguesas, ya que normalmente la parte central de este alimento nunca se logra cocinar en su totalidad. La única forma de matar a este parásito es mediante el calor o la congelación extrema, es por eso que es recomendable no consumir embutidos que no hayan sido congelados antes.

6. Los huevos mal cocidos o crudos, se debe evitar su consumo pues tienen el potencial de contener salmonella.

7. Del mismo modo, es mejor evitar el consumo de edulcorantes artificiales, ya que pueden aumentar el riesgo de pato prematuro.

8. Finalmente, durante el primer trimestre hay que tener cuidado con el consumo de hígado y vísceras de los animales, ya que contienen alto índice de vitamina A, que consumida en grandes cantidades, durante esta etapa, puede afectar el desarrollo del embrión.

Para los expertos es esencial que cuidemos nuestra alimentación, pues de ello depende nuestra salud y la salud de nuestro bebé."[17]

[17] Agencia Infancia Argentina. enero 2013.

6.-FRECUENCIA EN LA ALIMENTACIÒN

Ración recomendada para la embarazada y nodriza			
Alimento	Frecuencia Consumo	Cantidad (gr o cc)	Cant. (med. casera)
Lácteos	Diario	800-1000 cc.	4 a 5 tazas
Carnes	3 veces / semana	100 gr.	1 trozo regular
Huevos	3 veces / semana	1 unidad	1 unidad
Leguminosas	2-3 veces / sem.	70-80 gr.	1 plato regular
Frutas	Diario	300 gr.	3 unidades regulares
Verduras	Diario	180 gr.	2 platos regulares
Papas	Diario	250 gr.	3 unidades regulares
Cereal y Pasta	Diario	60 gr.	1 plato regular
Pan	Diario	200-300 gr.	2 a 3 unid. reg.
Azúcar	Diario	70 gr.	14 cdtas. de té
Margarina o mantequilla	Diario	10-20 gr.	2 a 4 cdtas. de té
Aceite	Diario	40 cc.	8 cdtas. de té

“[18]

7.-SUSTENTO ECONOMICO

“En **la economía del sustento**, las personas trabajan con el fin de proporcionarse directamente a sí mismas las condiciones necesarias para mantener sus vidas.

La economía del sustento es la economía de los dos tercios de la humanidad que se dedican a la producción artesanal, la agricultura campesina, la pesca también artesanal y las economías forestales

[18] **Torres Andrea** Nutrición y alimentación durante el embarazo y la lactancia. Estados Unidos , año 2011

autóctonas. La economía del sustento incluye todos aquellos ámbitos en los que los seres humanos producen en equilibrio con la naturaleza y reproducen la sociedad a través de la colaboración, la mutualidad y la reciprocidad.[19]

8.-INMUNIZACIONES DURANTE EL EMBARAZO.- "Todas las mujeres embarazadas deben estar protegidas contra el tétanos. Incluso en los casos en que la mujer fue vacunada anteriormente podría necesitar dosis suplementarias de la vacuna anatoxina tetánica.

En muchas partes del mundo, las madres dan a luz en condiciones poco higiénicas. Esto expone a la madre y al recién nacido al riesgo de contraer el tétanos, una importante causa de muerte entre los recién nacidos.

Si una mujer embarazada no está vacunada contra el tétanos y la bacteria o las esporas del tétanos penetran en su cuerpo, su vida se halla también en peligro. La bacteria o las esporas del tétanos crecen en las heridas que no se limpian. Esto puede suceder, por ejemplo, si se utiliza un cuchillo no esterilizado para cortar el cordón umbilical o si cualquier objeto no esterilizado toca el extremo del cordón. Cualquier instrumento que vaya a utilizarse para cortar el cordón umbilical debe limpiarse primero y luego hervirse o ponerse al calor de una llama y dejar que se enfríe.

Durante la primera semana después del nacimiento, el cordón umbilical del recién nacido debe mantenerse limpio.

Todas las mujeres embarazadas deben asegurarse de que están inmunizadas contra el tétanos. De este modo, tanto las madres como sus hijos recién nacidos quedarán protegidos.

[19] http://www.decrecimiento.info/2007/09/la-economa-del-sustento.html

Una mujer embarazada no corre ningún riesgo cuando se vacuna contra el tétanos. La vacunación debe seguir el calendario siguiente:

- **Primera dosis:** Tan pronto como sepa que está embarazada.
- **Segunda dosis:** Un mes después de la primera dosis, y no más tarde de las dos últimas semanas del embarazo.
- **Tercera dosis:** De 6 a 12 meses después de la segunda dosis, o durante el siguiente embarazo.
- **Cuarta dosis:** Un año después de la tercera dosis, o durante un embarazo posterior.
- **Quinta dosis:** Un año después de la cuarta dosis, o durante un embarazo posterior.

Si una niña o una mujer ya han recibido cinco veces la vacuna contra el tétanos, estará protegida contra la enfermedad durante toda su vida. Todos los hijos que pueda tener también estarán protegidos durante sus primeras semanas de vida."[20]

9.- METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

A." METODOS NATURALES

1.- METODO DEL RITMO O CALENDARIO.- Este método consiste en evitar las relaciones sexuales durante los días fecundos de la mujer. Si la pareja tiene

[20] Gall,. Obstetrics and Gynecology, Maternal Immunization Clinics of North America, SA 2008, 30(4):632-636.

relaciones sexuales durante estos días (fecundos) la mujer puede quedar embarazada.

Por eso es importante que sepamos:

Que normalmente el ciclo de la regla (ciclo menstrual) dura entre 28 a 30 días. El primer día de la regla es el primer día del ciclo. El día que sale el óvulo del ovario (ovulación) ocurre 14 días después del primer día de la regla.

Los días fecundos son 6 días antes y 6 días después del día de la ovulación.

Este método no es recomendable para mujeres con ciclos irregulares.

Ejemplo: Si la regla de una mujer empieza el 8 de Enero, entonces, el día 21 de Enero es el día de la ovulación, por lo tanto no podrá tener relaciones desde el 16 hasta el 27 de Enero.

2.- MÉTODO DE BILLINGS O DEL MOCO CERVICAL

Este método también consiste en evitar tener relaciones en los días fecundos de la mujer. La pregunta que nos hacemos ahora es ¿cómo podríamos saber qué días son fecundos y que días no lo son?. Para ello es necesario conocer lo siguiente: Que después de la regla, las mujeres tienen unos días en que sienten una sensación de sequedad o no humedad, en la vagina. Luego de varios días más. Viene una sensación de humedad en la vagina producida por que baja un **moco** como clara de huevo, algo parecido al inicio de la regla. Durante esos días en que la mujer siente la humedad en su vagina existe la probabilidad de que quede embarazada.

Para que la mujer pueda reconocer que tipo de **moco** tiene, puede pasar un papel higiénico sobre la vulva (parte externa de los genitales de la mujer) luego de ello tiene que verificar cogiendo entre los dedos índice y pulgar (como lo muestra la figura) si el moco se encuentra elástico (permanece unido) o no. Si el moco se mantiene elástico o se estira por unos 7 cm aproximadamente nos indicará que se está produciendo la ovulación y son días probables de quedar embarazada,

Después de varios días más, desaparece la humedad y vuelve la sensación de sequedad en la vagina. Durante los días secos puede tener relaciones sexuales sin probabilidad de quedar embarazada.

Este método pueden usarlo las mujeres, luego de haber observado por dos o tres períodos estos días húmedos. Si la mujer no siente estos días húmedos, debe usar otro método anticonceptivo.

3.- MÉTODO DE LA TEMPERATURA

Este método también se basa en evitar tener relaciones sexuales en los días peligrosos de quedar embarazada. Otra forma de averiguar se basa en la observación de la temperatura de la mujer la cual se eleva ligeramente en los días en que podría quedar embarazada.

Para ello la mujer debe saber leer y escribir y contar un termómetro para tomarse la temperatura oral todos los días antes de levantarse, durante varios meses, y anotarla en hoja o cuaderno. La mujer notará que existe un ligero aumento de la temperatura durante algunos días (mientras no exista otra patología o enfermedad) ello indicará que esos días podría quedar embarazada. Nosotros le aconsejaremos entonces tener relaciones sexuales cuando la temperatura se mantiene constante. Ver el gráfico.

Como vemos éste método es más complicado que los anteriores, por eso es muy importante que para que la mujer utilice éste método debe estar bien preparada y contar con el apoyo del esposo.

ALGUNAS CAUSAS POR LAS QUE LOS METODOS NATURALES PUEDEN FALLAR:

1. La mujer tiene ciclos irregulares. Por ejemplo que sus períodos menstruales varíen entre los 28 y 35 días, ningún mes le viene la regla igual.

2. No hay cooperación de la pareja. Por ejemplo el esposo toma licor constantemente y no respeta a su pareja.

3. La mujer no sabe leer ni escribir.

B.LOS MÉTODOS ARTIFICIALES.- son métodos en los cuales se utilizan sustancias ya sean químicas, hormonales, dispositivos o quirúrgicas, para evitar el embarazo

a) Temporales: Aquellos que son utilizados durante un tiempo determinado, y que al dejar de utilizarlos podría haber embarazo.

Entre estos métodos tenemos a:

1. Las píldoras
2. Los inyectables
3. El condón o preservativo
4. Las tabletas vaginales
5. La T de Cobre

b) Definitivos: Métodos quirúrgicos que una vez aplicados sus efectos permanecen de por vida, no pudiendo se revertidos.

Entre estos métodos tenemos a:

1. La ligadura de trompas para las mujeres
2. La vasectomía para los hombres

SOBRE LOS METODOS TEMPORALES

1. LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA

Son tabletas que contienen hormonas y que se dan por vía oral. Su efecto en la mujer es no dejar que el óvulo madure en el ovario y salga, por lo tanto al tomarlas no ocurriría la fecundación, y no habría embarazo. Viene en blisters o sobrecitos de 28 píldoras y se toma 1 cada día.

¿QUE MOLESTIAS PUEDE CAUSAR EL USO DE LA PILDORA?

Algunas mujeres pueden presentar molestias durante los tres primeros meses de tomar la píldora semejante a los de los primeros meses del embarazo.

Las más frecuentes son:

- Ligero dolor de cabeza.

- Náuseas.

- Pequeñas molestias en los pechos (mamas).

- Raras veces sangrado en días fuera de la regla.

- Algunas veces ligero aumento de peso.

- Ligera pérdida de visión o visión borrosa (es poco frecuente).

- Calambres.

Estas molestias son generalmente pasajeras y desaparecen después de los tres meses.

Sí las molestias continúan y causan mucho malestar a la mujer se debe recomendar un cambio de método o enviarla al centro de salud.

¿QUIENES NO DEBEN TOMAR LA PILDORA?

No todas las mujeres pueden emplear este método, porque las hormonas pueden traer problemas. Si la mujer tiene ciertas enfermedades no debería usar este método bajo ningún motivo y hay otras enfermedades que hacen peligroso que la mujer use este método.

NO DEBEN TOMAR LAS PILDORAS ANTICONCEPTIVAS:

- Mujeres con sospecha de embarazo o embarazo comprobado.
- Mujeres que están dando de lactar los primeros 6 meses.
- Mujeres que padecen una o más de las siguientes enfermedades:
- Antecedente de derrame cerebral (hemiplejía)
- Diabetes (azúcar en la sangre)
- ·Enfermedad del corazón
- Presión alta: P.A. mayor de 140/90 mm Hg
- Tuberculosis en tratamiento

- Hepatitis
- Tumor en los pechos (mamas)
- Várices pronunciadas (bultitos en las piernas)
- Mujeres obesas
- Mujeres que fuman mucho.

2. LA INYECCIÓN TRIMESTRAL

Los anticonceptivos inyectables son sustancias (hormonas) que al ser administradas en las mujeres simulan un embarazo y por lo tanto evitan la salida del óvulo y la posibilidad de que ocurra la fecundación.

Los anticonceptivos inyectables deben ser administrarlos por vía intramuscular sólo por personal de salud debidamente entrenado.

Pueden usar la inyección las mujeres que están dando de lactar.

¿CUANDO APLICAR LA INYECCION?

La primera inyección se aplica en los primeros 5 días de haber comenzado su menstruación.

La segunda inyección se coloca 1 semana antes de cumplir los 3 meses. La mujer puede estar menstruando o no.

¿QUE MOLESTIAS PUEDE PRODUCIR LA INYECCION?

Algunas mujeres pueden presentar molestias durante los 3 primeros meses. Estas molestias pueden ser:

- Ligero dolor de cabeza, mareos o náuseas.

- Manchas de sangre en días que no son de la regla.

- Suspensión de la regla, incluso por varios meses, esto es normal, no conlleva a la aparición ni de tumores ni dolores de cabeza.

- Algunas mujeres pueden demorar 6 a 12 meses para volver a ovular cuando dejan de usar la inyección trimestral.

- Ligero aumento de peso.

Los anticonceptivos inyectables pueden causar algunas molestias. Si estas causan mucho malestar y/o sangrado abundante, debemos trasladar a la mujer inmediatamente al centro de salud más cercano.

NO DEBEN USAR LOS ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

- Mujeres con sospecha de embarazo o embarazo comprobado.
- Mujeres que padezcan una o más de las siguientes enfermedades:
- Enfermedad del corazón
- Presión alta
- Enfermedad del hígado (Hepatitis, cálculos en la vesícula)
- Sangrado en días que no son de la regla
- Tumor en los pechos o en los ovarios
- Mujeres obesas
- Mujeres que nunca se han embarazado

3. EL CONDÓN O PRESERVATIVO

El condón es una bolsita de jebe que no deja que se depositen en la vagina el líquido del hombre o semen que contiene los espermatozoides, por tanto no pueden fecundar al óvulo y se impide el embarazo.

¿COMO USAR EL CONDON?

- El hombre debe verificar que el sobre que contiene el condón esté en buen estado. Si no es así eliminar antes de usar y buscar otro sobre.

- Fijase en la fecha de fabricación y fecha de expiración

- El hombre no debe acercar el pene a la vagina ni menos introducirlo antes de colocarse el condón.

- El condón se coloca cuando el pene está erecto.

- Se debe colocar con cuidado hasta cubrir todo el pene, dejando un par de centímetros en la punta.

- Al terminar la relación sexual retirar el pene de la vagina, sosteniendo el condón, para evitar que se quede dentro.

- Después de usar el condón, se debe anudar y botarlo, porque se usa una sola vez.

El condón no tiene contraindicaciones

4. LA TABLETA VAGINAL

La tableta vaginal es una tableta que al deshacerse en la vagina mata a los espermatozoides así ya no pueden fecundar al óvulo y no se produce el embarazo. Pueden usar las mujeres que así lo decidan.

¿COMO USAR LAS TABLETAS VAGINALES?

- La mujer debe estar recostada antes de la relación sexual, luego deberá abrir el sobre que contiene la tableta e introducirla en el fondo de la vagina.

- Una vez colocada la tableta vaginal, la mujer no debe levantarse.

- La pareja debe esperar 10 minutos antes de iniciar las relaciones sexuales, para que haga efecto.

- Si se ha colocado la tableta vaginal y no tiene relación sexual en una hora debe colocarse otra tableta vaginal, porque la protección que da es por una hora.

- En muy raras ocasiones la tableta podría provocar una ligera irritación o ardor en la vagina que es pasajero.

- LA TABLETA VAGINAL NO TIENE CONTRAINDICACIONES

5. LA T DE COBRE (DIU)

La T de cobre es un método temporal que consiste en la colocación de un objeto pequeño de plástico u otro material en la matriz o útero, esto impide que el huevo fecundado anide en el útero. Requiere de personal capacitado, debe ser un profesional, tanto para su colocación (por que puede causar perforación uterina si no se coloca bien) como para su retiro.

La ventaja de este método es que dura hasta 10 años y no interfiere con las relaciones sexuales,

NO DEBEN UTILIZAR LA T DE COBRE?

No todas las mujeres pueden utilizarlo. Si la mujer tiene ciertas enfermedades no debería usar este método bajo ningún motivo como:

- Enfermedades del útero
- Enfermedades de las trompas de Falopio
- Mujeres con inflamación pélvica
- Mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo.

6. LA LIGADURA DE TROMPAS (ESTERILIZACIÓN DE LA MUJER)

Es un método permanente o definitivo, que se realiza en la mujer mediante una operación sencilla que consiste en amarrar (ligar) y cortar las trompas de Falopio, impidiendo que el óvulo pase a través de las trompas y se una con los espermatozoides, evitando así en forma definitiva que la mujer quede embarazada. La mujer sigue menstruando todos los meses.

Este procedimiento quirúrgico debe ser realizado sólo por un profesional médico previa autorización voluntaria y por escrito de la pareja.

- Tiene como finalidad evitar nuevos embarazos cuando existen riesgos para la salud o vida de la madre, del niño o de ambos y cuando la pareja así lo decida.

Ventajas:

Elimina la preocupación del embarazo, se evita el uso continuo de anticonceptivos, no interfiere con la relación sexual, es de bajo costo, es altamente seguro.

Desventajas:
Como toda intervención quirúrgica presenta riesgos, nunca más podrá quedar embarazada aunque lo deseara posteriormente la mujer.

7. La vasectomía (Esterilización del hombre)

Es también un método permanente o definitivo. La vasectomía es una operación que se realiza en el hombre, es más sencilla que la ligadura de trompas, y consiste en amarrar (ligar) y cortar los tubitos por donde salen los espermatozoides (conductos diferentes).

Este procedimiento quirúrgico debe ser realizado sólo por un profesional médico previa autorización voluntaria y por escrito.

El hombre luego de la operación sigue produciendo semen, pero sin espermatozoides, por lo que no existirá fecundación (embarazo) aunque tenga relaciones sexuales con su pareja en sus días fecundos.

La vasectomía no produce cambios en el deseo y la actividad sexual."[21]

[21]unfpa norma técnica de planificación familiar –publicaciones Perú v.01

10.- ESTRUCTURA FAMILIAR

“Es el número de integrantes y desempeño de roles dentro del mismo espacio de convivencia según la OMS define familia como: "Miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.”

La familia es el grupo primario, está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea.”[22]

FUNCIONES DE LA FAMILIA

“Una de las características que distingue a la familia es su capacidad de integrar muchas funciones en una única fórmula de convivencia. Eso no quiere decir que no haya otras formas de llevarlas a cabo. Todas las funciones que señalaremos a continuación se pueden realizar en el contexto de instituciones alternativas que a veces son totalmente ajenas a la esfera doméstica como sucede, de hecho, con la educación en las escuelas o el cuidado de personas mayores en asilos.

Algunas de las principales funciones que la familia cumple son las siguientes:

- **Económica**. En ella cabe distinguir: mantenimiento de los miembros no productivos crematísticamente hablando; división de las tareas domésticas, como aprendizaje de la división del trabajo en el mundo laboral; transmisión de bienes y patrimonio (herencia patrimonial, jurídica, de estátus y de poder); unidad de consumo; evitación de igualitarismo estatal…

- **Reproductora**. Toda sociedad regula las actividades reproductoras de sus adultos sexualmente maduros. Una manera de hacerlo consiste en establecer reglas que definen las condiciones en que las relaciones sexuales, el embarazo, el nacimiento y la cría de los hijos son permisibles.

[22]Definición de la familia según la OMS 28/11/13 (9h30) http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html

Cada sociedad tiene su propia combinación, a veces única, de reglas y de reglas para la transgresión de reglas en este campo. Esta regulación supone un control de las relaciones entre personas que, a su vez, contribuye de forma sustancial al control social.

- **Educativa-socializadora**. El objetivo generalizado es la integración de los miembros más jóvenes en el sistema establecido, moralmente o jurídicamente.

- **Política religiosa**. El adoctrinamiento en ambas parcelas es absolutamente misceláneo y variopinto.

- **Psicológica**. Puede ir desde la satisfacción de las necesidades y deseos sexuales de los cónyuges, hasta la satisfacción de la necesidad y el deseo de afecto, seguridad y reconocimiento, tanto para los padres como para los hijos. También se incluiría el cuidado a los miembros de más edad.

  La protección psicológica descansa en la solidaridad del grupo. El Estado, sin embargo, interviene activamente con su gestión política. En España, por ejemplo, y sobre la base del artículo 39 de la Constitución, aparece como principio rector de la política social y económica que los poderes públicos han de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia. Cuestión aparte es la implementación efectiva de esos principios. Por otro lado, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 16, también hace mención expresa a la familia en tono claramente proteccionista.

- **Domiciliaria**. La función cosiste en establecer o crear un espacio de convivencia y refugio. Cuando la pareja se traslada a vivir con los padres de la novia o cerca de ellos, la situación se denomina matrilocal. Una pauta patrilocal se da cuando la pareja se traslada con los padres del novio o junto a ellos. La neo localidad ocurre cuando la nueva pareja se instala en una residencia independiente. Los primeros casos implican un tipo de estructura extensa, el último, la nuclear.

- **Establecimiento de roles**. Según las culturas y en relación directa con el tipo de economía prevaleciente, las familias varían en su estructura de poder y, en consecuencia, en la distribución y establecimiento de roles. Son patriarcales aquellas familias donde el marido toma las decisiones sin consulta ni discusión con los demás miembros. La fórmula patriarcal se constituyó en el tipo predominante de familia no sólo en las grandes civilizaciones de la Antigüedad, sino también en las instituciones familiares griegas y romanas, así como en la sociedad feudal, los antecedentes remotos de la familia occidental actual. De alguna manera sigue siendo la forma prevaleciente en la actualidad, aunque en fuerte tendencia hacia la configuración de una familia equipo testal (cuando la estructura de poder es de tipo igualitario en que el marido y la esposa tienen los mismos derechos, aunque no sean necesariamente considerados como iguales en lo que respecta a la división del trabajo). Si es la esposa quien decide, la sociedad familiar se denomina matriarcal. Sin embargo, ambos casos, destacan en el criterio de autoridad”[23]

“TIPOS DE FAMILIA:

1. Según composición:
   a) **Familia nuclear:** Compuesta por los padres y sus hijos solteros.
   b) **Familia extensa o extendida:** Compuesta por los padres y sus hijos solteros y allegados.
   c) **Familia Ampliada:** Implica más de una familia nuclear Ej. Los padres más un hijo casado.
   d) **Familia completa:** Indica presencia de ambos cónyuges.
   e) **Familia incompleta:** Indica presencia sólo de uno de los cónyuges.
2. Según pertenencia del individuo:
   a) **Familia de origen:** La familia a la cual pertenecemos por ser hijos.
   b) **Familia de Procreación:** La familia que formamos al constituir un hogar.
3. Según tipo de parentesco:
   a) **Familia conyugal:** Aquella familia de la pareja.

[23] http://www.xtec.cat/~mcodina3/familia/4funcio.htm

b) **Familia Consanguínea:** Aquella familia que se constituye por lazos de sangre.

4. Según linaje:
   a) **Familia Patrilineal:** Familia sigue la línea del padre, la mujer pasa a tomar el apellido de su esposo.
   b) **Familia Matrilineal:** Familia sigue la línea de la madre.
   c) **Familia Bilateral*:*** Familia sigue la línea de ambos.
5. Según tipo de autoridad:
   a. **Familia Patriarcal:** Familia cuya autoridad descansa en el Padre.
   b. **Familia Matriarcal*:*** Familia cuya autoridad descansa en la Madre.
   c. **Familia Igualitaria:** Organizaciones familiares donde las relaciones se establecen en forma iguales, ambos cónyuges participan en la toma de decisiones".[24]

11.- ESTADO CIVIL

"Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado; por la filiación, el de hijo o padre; por la nacionalidad, español, extranjero o apátrida; por la edad, mayor o menor de edad; por la capacidad, capaz o incapacitado, y también, según la vecindad civil, la del territorio correspondiente.

Como señala el CTASTRO, el significado etimológico de la palabra estado (a stando dicitur) señala su carácter estable o no fácilmente variable. Y es que responde el estado civil a las líneas fundamentales de la organización civil, así matrimonio, nacionalidad y en cada uno de sus tipos o relaciones de estado se distingue un número determinado de puntos en los que hay que incluir a las personas (p. ej.: casado, soltero, separado...). Puede por ello definirse como «la cualidad de la persona por su especial situación y consiguiente condición de miembro en la organización civil de la comunidad, que determina su

[24] Clases de Familia (Fernandez)27/11/13 (18h00) http://www.google.com.ec/url?

independencia o dependencia jurídica y afecta a su capacidad de obrar (general, especial), es decir, al ámbito propio de poder y responsabilidad.

En nuestro derecho pueden considerarse como situaciones de estado las siguientes:

a) Respecto de la independencia personal, la situaciones de mayoría y minoría (normal y con emancipación y habilitación de edad o vida independiente); aptitud plena y las que entrañan defecto de legitimación (incapacidad declarada).

b) Por consideración al sexo, y sin perjuicio de la igualdad proclamada en el artículo 14, Constitución, la condición de hombre y mujer es aún determinante, siquiera sea de modo incidental (art. 124.2 C.C.; servicio militar, etc.).

c) Respecto de la situación familiar, se señalan los estados de soltero, casado, judicialmente separado, divorciado y viudo, así como los de hijo matrimonial y no matrimonial y adoptivo.

d) Con referencia al grupo, la condición de vecino, y la de nacional o extranjero; ¿cabe hablar ya de extranjero perteneciente o no a la Comunidad Europea? e) Respecto de la existencia de la persona, la situación de desaparecido, ausente legal, de declarado fallecido.

Son caracteres del estado civil:

a) su personalidad, en el sentido de que toda persona tiene, al menos, un estado civil, como cualidad de la personalidad misma, razón por la cual se ampara de posibles ataques.

b) su consideración de orden público, siendo pues materia sustraída a la autonomía privada y no puede ser objeto de transacción.

c) tiene eficacia erga omnes, lo que explica la intervención del Ministerio Fiscal en los juicios sobre estado civil y que las sentencias recaídas en cuestiones de estado producen el efecto de cosa juzgada, incluso respecto de quienes no han sido parte en el proceso.

La inscripción del estado civil permite al Registro expedir el acta correspondiente que es la prueba del estado que los asientos registrales declaran. Pero es dable que no exista registro o sea imposible certificar el asiento, en cuyo hipótesis se admiten otros medios de prueba de dicho estado, siendo uno de los más relevantes la posesión de estado (V. incapacitación).”[25]

12.- FUENTE DE INFORMACIÒN

“Una fuente de información, es TODO aquello que nos la proporcione. No sólo libros-revistas-periódicos. Además, la observación del fenómeno (un hecho llega a ser fenómeno, cuando se percata el individuo de ello), una entrevista, fotos, grabaciones de sonido, videos, la información que te dé un mensaje de un teléfono celular, un calendario, una presentación en power point, una película, etc.

Como ves, una fuente de información no se limita a publicaciones de texto solamente, sino que son mucho más amplias las posibilidades de obtener información”[26]

[25] Enciclopedia jurídica ,Estado civil, edición 2014
[26] https://www.google.com.ec/#q=FUENTES+DE+INFORMACI%C3%93N+PERSONAL&start=10

METODOLOGÍA

5.- METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

DESCRIPTIVO.- El presente estudio es descriptivo y de corte trasversal.

UNIVERSO

El Universo estuvo conformado por las 320 adolescentes del Colegio Experimental "Pio Jaramillo Alvarado" de la Ciudad de Loja en sus tres secciones, periodo académico septiembre 2.013 – junio del 2.014.

MUESTRA

Estuvo constituida por 25 adolescentes embarazadas del Colegio Experimental "Pio Jaramillo Alvarado" de la Ciudad de Loja.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Dentro de las técnicas que se utilizo fue la encuesta con un instrumento con preguntas previamente estructuradas relacionadas a los factores de riesgo con el embarazo , la misma que fue aplicada a las estudiantes del Colegio Experimental "Pio Jaramillo Alvarado" de las tres secciones de la ciudad de Loja.

TABLA Nº 1

ADOLESCENTES DEL COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO"

INDICADOR	F	%
Adolescentes Embarazadas	25	7,8
Adolescentes no embarazadas	295	92,2
TOTAL	320	100

Fuente: Encuesta a estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado año 2013

Autora: María Isabel Pérez Encalada

La tabla indica que 92% de las estudiantes no se encuentran embarazadas y; un 7,8% son adolescentes embarazadas.

TABLA N° 2

EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO"

EDAD	F	%
10-14 AÑOS	4	16
15-19 AÑOS	21	84
TOTAL	25	100

Fuente: Encuesta a estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado año 2013

Autora: María Isabel Pérez Encalada

En el colegio "Pio Jaramillo Alvarado" existen 320 estudiantes Adolescentes entre 11 a 19 años de los cuales 25 se encuentran en estado de gestación, el 16% son de 10 a 14 años y el 84% de 15 a 19 años.

TABLA N° 3

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO"

ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERA	15	60
CASADA	3	12
UNIÒN LIBRE	7	28
TOTAL	25	100

Fuente: Encuesta a estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado año 2013

Autora: María Isabel Pérez Encalada

En el análisis de la presente tabla se observa que el 60% de las adolescentes embarazadas son solteras que puede ser considerado como factor de riesgo ,el 28 % están en unión libre y un porcentaje menor que corresponde al 12% son casadas.

TABLA N° 4

CONVIVENCIA FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO

CONVIVENCIA	F	%
CON SUS PADRES	10	40
CON SU PADRE	2	8
Con su madre	13	52
TOTAL	25	100

Fuente: Encuesta a estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado año 2013

Autora: María Isabel Pérez Encalada

De las adolescentes embarazadas se observa que solamente el 40% vive con sus padres ; el 52% viven con sus madres y el 8 % viven con su padre que puede ser un factor protector o de riesgo por la desorganización familiar que ocasionan el no tener hogares estables.

TABLA N° 5

SUSTENTO ECONOMICO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO"

INDICADOR	F	%
PROPIO	1	4
FAMILIA	17	68
ESPOSO	7	28
TOTAL	25	100

Fuente: Encuesta a estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado año 2013

Autora: María Isabel Pérez Encalada

En el análisis de los ingresos económicos de las adolescentes embarazadas se observa que el 68% provienen de sus familiares ya que la mayoría se encuentran bajo la protección de sus padres y un 4 % son ingresos propios.

TABLA N° 6

CONOCIMIENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO"

INDICADOR	F	%
CONOCE	17	68
NO CONOCE	8	32
TOTAL	25	100

Fuente: Encuesta a estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado año 2013

Autora: María Isabel Pérez Encalada

En la presente tabla el 68% de las adolescentes embarazadas conocen de planificación familiar pero no se protegen de este riesgo, mientras que el 32% no conocen de planificación familiar y pudo ser su embarazo por accidente.

TABLA N° 7

FUENTE DE INFORMACION SOBRE EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DEL COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO"

FUENTE	F	%
PADRES	15	60
AMIGOS	4	16
HERMANOS	2	8
LIBROS	3	12
REVISTAS	1	4
TOTAL	25	100

Fuente: Encuesta a estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado año 2013

Autora : María Isabel Pérez Encalada

La fuente de información sobre el embarazo las adolescentes reciben de sus padres en un 60% quienes con la responsabilidad, experiencia y afecto la guíen y se ganen su confianza y la protección y el 4% reciben la información de revistas que tienen artículos que a veces les perjudican porque no son bien seleccionadas.

TABLA N° 8

ALIMENTOS QUE CONSUMEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

ALIMENTOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
LACTEOS	18	72	7	28	25	100
CARNES	21	84	4	16	25	100
LEGUMBRES	22	88	3	12	25	100
VERDURAS	18	72	7	28	25	100
FRUTAS	18	72	7	28	25	100
CARBOHIDRATOS	15	60	10	40	25	100
COMIDAS RAPIDAS	8	32	17	68	25	100

Fuente: Encuesta a estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado año 2013

Autora María Isabel Pérez Encalada

En la presente tabla se observa que el 88% se alimentan a base de legumbres, 72 % lácteos verduras y frutas demostrando que su alimentación es balanceada y nutritiva que asegura el buen estado nutricional del binomio madre hijo, 32 % consume comidas rápidas .

TABLA N°9

NUMERO DE CONTROLES DEL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DEL COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO"

NÚMERO DE CONTROLES	F	%
1 – 3 CONTROLES	6	24
4 -6 CONTROLES	2	8
+ 6 CONTROLES	12	48
NINGÚN CONTROL	5	20
TOTAL	25	100

Fuente: Encuesta a estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado año 2013

Autora: María Isabel Pérez Encalada

El análisis de la tabla, el 48% de las adolescentes se han realizado más de 6 controles demostrando su preocupación por su salud y la del feto, según la OMS mínimo 5 controles y máximo 15 controles (Mensualmente hasta la semana 32, Quincenalmente hasta la semana 36 Semanalmente hasta el parto) y el 8 % se han realizado de 4 a 6 controles que se encuentran dentro de los controles normales.

TABLA N° 10

INMUNIZACION DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL COLEGIO "PIO JARAMILLO ALVARADO"

VACUNA ANTITETANICA	F	%
1ª DOSIS	7	28
2ª DOSIS	4	16
3 DOSIS	1	4
4ª DOSIS	2	8
5ª DOSIS	-	-
TODAS	3	12
NINGUNA	8	32
TOTAL	25	100

Fuente Encuesta a estudiantes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado año 2013

Autora: María Isabel Pérez Encalada

En la tabla se observa, el 32% de las adolescentes no se han vacunado el 28% a recibido la primera dosis exponiendo a la madre y al recién nacido al riesgo de contraer el tétanos poniendo en riesgo la vida del binomio madre e hijo y el 4 % hasta la tercera dosis que si es un primer embarazo está protegida pero para un segundo embarazo ya tiene que continuar con el esquema dependiendo del intervalo del embarazo demostrando el descuido con su control y su cuidado.

DISCUSIÓN

7.- DISCUSIÒN

La adolescencia "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. El embarazo en adolescentes es cada vez más frecuente y según datos estadísticos son llamativos en muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. Según un estudio realizado entre 350 pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia de la Ciudad de Toluca de México en Diciembre de 2007, el grupo de adolescentes entre los 17 y 19 años de edad es el que mayor frecuencia de embarazos presenta con 79 por ciento, afirmó el especialista de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, Clementina Jiménez Garcés. Actualmente Ecuador cuenta con la tasa más alta de embarazos en adolescentes de toda la región andina. Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA, 2008) más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos. Las consecuencias de un embarazo en la adolescencia son múltiples, perjudicando las oportunidades de desarrollo personal y socio- económico. De acuerdo a la evaluación cualitativa de las características familiares del test Smilkeisten que revela que no tienen una madurez emocional, no reciben apoyo y cariño por parte de su familia de origen y esto los obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja. Se encontraron diferencias porcentuales en la distribución de la muestra por edad, con mayor incidencia en la edad de 18 y 19 años de edad que corresponde al 55% esto debido por ser una edad de mayor independencia. El porcentaje de adolescentes embarazadas con estudios escolares corresponde al 53% siendo la educación un elemento de capacitación en este determinante tema, y con un porcentaje del 77% de adolescentes embarazadas que no trabajan. Se encontró que en sus familias había padres solteros 6% y 2% divorciados, casados 78%. El embarazo de primera vez fue en el 78% de los casos con

motivo de sus cambios fisiológicos, y que pueden manifestar crisis emocionales en la cual se busque una identidad[27]. En otro estudio en el Hospital de Gineco Obstetricia Isidro Ayora de la Ciudad de Quito en el año de 2009 el Hospital atendió un promedio de 18,5% de embarazos en adolescentes, El Hospital Vicente Corral Moscoso se encontró que el 19,9% corresponden a adolescentes y en el Hospital Félix Valdivieso de Santa Isabel el 24,8%. En una Tesis de la Maestría de Salud Integral del Adolescente se investigó los factores de Riesgo del embarazo en Adolescentes en dos colegios de mayor alumnado de la Provincia del Azuay, considerándose como el primer estudio de este problema, cuyos resultados indicaron que el embarazo en los 2 colegios se presentaron con mayor frecuencia en la adolescencia media 16,34 + 1,23 años, edad de inicio de las relaciones sexuales 15,82-+1,26 años. Se ha tomado datos de partos atendidos en el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño desde el mes de Junio a Diciembre del 2008 que fueron 61 partos de los cuales 15 eran adolescentes lo que representa un 25, 59% de partos en adolescentes, en los meses de Enero a Junio del 2005 se atendieron 61 partos de estos 13 fueron adolescentes lo que representa un 21,31%, lo que se puede observar que al grupo de adolescentes atraviesan factores predisponentes que desencadenan conductas para llevarlas al embarazo precoz. Estos estudios están directamente relacionados con los factores de riesgo de mayor prevalencia a los que se encuentran expuestas las adolescentes embarazadas del Colegio "Pio Jaramillo Alvarado de las tres secciones" de la Ciudad de Loja en el periodo Septiembre 2013 a Junio 2.014. En el presente estudio participaron 320 estudiantes de las cuales el 7,8% son adolescentes embarazadas, que han estado expuestas a factores de riesgo como la edad, el 84% son de 15 a 19 años y 16% de 10 a 14 años. En relación al tipo de riesgo al que están expuestas las adolescente el 52% de las adolescentes embarazadas viven con su madre, el 60% la información sobre el embarazo recibe de sus padres, el 68% de las adolescentes embarazadas conoce de planificación familiar, el 60% de las adolescentes embarazadas son solteras, el 24% de las adolescentes embarazadas se preocupa del control médico, el 32% de las adolescentes embarazadas no se ha vacunado, el 88% de las adolescentes embarazadas tiene una alimentación balanceada, el 68% de las

[27] Plan Nacional de Prevención del *Embarazo en Adolescentes* (PNPEA, Ecuador 2008)

adolescentes embarazadas dependen económicamente de sus familiares y en base a estos resultados se elaboró las respectivas conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los objetivos propuestos. Por lo que las adolescentes requieren de mayor participación familiar educativa y social al momento de tomar decisiones y que no afecte su futuro y a su la familia, es necesario que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad.

CONCLUSIONES

8.-CONCLUSIONES

1.- En relación al primer objetivo, la edad comprendida de las adolescentes embarazadas es de 10 a 19 años donde 12 adolescentes (48%) son de 17 a 19 años.

2.- En relación al segundo objetivo los factores de riesgo a los que están expuestas las adolescentes del Colegio Pio Jaramillo Alvarado de sus tres secciones son:

- Adolescentes embarazadas que viven solo con su madre o padre;
- La información sobre el embarazo la reciben de sus padres
- Las adolescentes embarazadas no se ha vacunado.
- Las adolescentes embarazadas dependen económicamente de sus familiares

RECOMENDACIONES

9.-RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los/as adolescentes que tomen la sexualidad con responsabilidad y que el embarazo sea cuando tengan la madurez y edad suficiente, por razones fisiológicas inherentes a la maduración de los órganos de la reproducción propia del ser humano.

- Al Gobierno Central que continúe interesado en la prevención de los embarazos precoces con los programas educativos sobre la sexualidad, paternidad responsable.

- A las Autoridades del colegio que planifiquen charlas de orientación sexual con personal calificado, a la triada padres de familia, alumnos y maestros para que la sexualidad sea cuando tengan la edad suficiente y los recursos económicos necesarios para poder mantener su familia y darle lo que necesitan los hijos.

- A las Autoridades de la Universidad Nacional de Loja, para que conjuntamente con sus estudiantes incorporen programas de educación sexual en el colegio para evitar el embarazo precoz.

BIBLIOGRAFÍA

10.- BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1.- OPS, Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes año 2009.

2.- Noguera O Norma. 2 Alvarado R. Herly. Embarazo en Adolescentes La adolescencia, una época de oportunidades. Mayo 2011

3.- Beltrán Molina Luz, Tasa de fecundidad en el mundo.xls, Fundación Escuela de Gerencia Social Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo, Embarazo en Adolescentes Caracas, Agosto de 2009

4.- Ramón Godoy Antonio, Consecuencias Embarazo Adolescentes, Enero 2011

5.-Silverton Dee Unglaub, Fisiología Humana, 4ta Edición, Editorial Médica panamericana año 2010, pags 848-850

6.-Jhonatan NovaK, Ginecologia de Novak, Embarazo, Editorial: LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS Edición 2006

7.-Tortora-Derrickson, Introducción al cuerpo humano, 7ma edición, Editorial panamericana, año 2008, pags 600-601

8.-Montalvo, Bedoya y Mancheno, Introducción a la Pediatría y Puericultura, Edición Centro Latinoamericano para estudios y promoción de la salud, año 2009, pags.224-247

9.- Gall,.Obstetrics and Gynecology, Maternal Immunization Clinics of North America, SA 2008, 30(4):632-636.

10.-Torres Andrea Nutrición y alimentación durante el embarazo y la lactancia. Estados Unidos , año 2011.

DOCUMENTOS EN LÍNEA

1.-Censo de 2010 Embarazos de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina**/Febrero/2012**

2.-http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/184003-2-de-cada-3-adolescentes-sin-educacion-estan-embarazadas/Abríl 2013

3.-Fondo de Población de las Naciones Unidas, Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes Ecuador Marzo del 2012

4.-Higginbotham Dannie www.elmercurio.ec. Marzo de 2011.

5.-Ramos Ortega Elisabeth, aborto en adolescentes, Perú marzo 2013/pos-OMS-estadísticas de la región, embarazo en adolecentes http://www.clap.ops OMS, fecha de consulta 28-07-2013.

6.-CLAP/OPS/OMS. El embarazo adolescente. Documento en línea [Disponible en]: http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm Consultado abril 2010.

7.-http://www.decrecimiento.info/2007/09/la-economa-del-sustento.html

8.-unfpa norma técnica de planificación familiar –publicaciones Perú v.01

9.-Definición de la familia según la OMS 28/11/13 (9h30) http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html

10.-http://www.xtec.cat/~mcodina3/familia/4funcio.htm

11.-Clases de Familia (Fernández) 27/11/13 (18h00)
http://www.google.com.ec/url?

12.-Enciclopedia jurídica, Estado civil, edición 2014

13.- Plan Nacional de Prevención del *Embarazo en Adolescentes* (PNPEA, Ecuador 2008)

14.https://www.google.com.ec/#q=FUENTES+DE+INFORMACI%C3%93N+PERSONAL&start=10

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

ENCUESTA DIRGIDA A LAS ESTUDIANTES DEL CICLO DIVERSIFICADO DEL COLEGIO PIO JARAMILLO ALVARADO.

Estimada señora (sta), le solicito de la manera más comedida se digne contestar la siguiente encuesta, la misma que me permitirá conocer sobre el cuidado y desarrollo de su embarazo.

1.- ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? ……

2.- ¿Cuántos años tiene su pareja? ……

3.- ¿A qué edad le vino su primera menstruación? ……

4.- ¿A qué edad inicio su vida sexual? ……

5.- ¿A qué edad se embarazo? …….

6.- ¿Usted cómo obtiene información acerca del embarazo?

Padres ( ) Amigos ( ) Hermanos ( )

Libros ( ) Revistas ( ) Otros ( )

7.- ¿Cuantos controles se ha realizado?

1 Control ( ) 6 Controles ( )

2 Controles ( ) 7 Controles ( )

3 Controles ( ) 8 Controles ( )

4Controles ( ) 9 Controles ( )

5Controles ( ) Ninguno ( )

8.- ¿Cuál es su estado civil?.....

9.- ¿Qué año de estudio está cursando?…….

10.- ¿Cuál es su ocupación?……..

11-¿De dónde provienen sus ingresos?

-Propio ( ) Cual……

-Familia ( )

- Esposo ( )

-Otros ( )

-Apoyo Familiar SI ( ) NO ( ) A veces ( )

12.- ¿Conoce de planificación familiar?

Si ( ) No ( )

13.- ¿Qué alimentos consume usted durante su embarazo?

Lácteos	( )	Frutas	( )
Carnes	( )	Carbohidratos	( )
Legumbres	( )	Comidas rápidas	( )
Verduras	( )		

14.- ¿Qué vitaminas y minerales consume usted durante su embarazo?

Hierro ( )

Ácido fólico ( )

Vitamina A ( )

Vitamina C ( )

Vitamina B 12. ( )

15.- ¿Cuántas dosis de inmunización se ha administrado usted durante su embarazo?

Primera Dosis ( )

Segunda Dosis ( )

Tercera Dosis ( )

Cuarta Dosis ( )

Quinta Dosis. ( )

Todas ( )

Ninguna. ( )

16.- ¿Su embarazo fue por un accidente?

SI ( ) NO ( )

17.- ¿Su embarazo fue por alguno de estos motivos?

Falta de afecto ( )

Fantasía de alcanzar la madures ( )

Sentimiento de soledad o autoestima ( )

Como medio de agresión hacia sus padres ( )

Como medio de agresión asa mismo ( )

18.- ¿Con quién vive usted en su hogar?

Con mis padres ( )

Con mi padre ( )

Con mi madre ( )

19.- ¿En su hogar ha habido casos de adolescentes embarazadas?

SI ( ) NO ( )

20.- ¿Le gustaría conocer más acerca del embarazo?

SI ( ) NO ( )

Porque……
……
……

GRACIAS.

INDICE DE CONTENIDOS

Carátula…….…....…..... i

Certificación…….. …….…….……. ii

Autoría…….……... iii

Carta de Autorización…… iv

Dedicatoria……..……..... v

Agradecimiento……..……. vi

1. TITULO..... 1
2. RESUMEN..... 2
3. INTRODUCCIÓN…….……... 5
4. REVISIÓN LITERARIA……..... 9
5. MARCO TEÓRICO……..……... 11
6. METOLOGÍA…… 45
7. DISCUSIÓN……. 57
8. CONCLUSIONES…… 61
9. RECOMENDACIONES……..... 63
10. BIBLIOGRAFÍA..... 65
11. ANEXOS……... 69
12. INDICE…….. 73