



UNIVERSIDAD NACIONAL

DE LOJA

**AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

TITULO

**“FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO PRECOZ,
EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
GINECOOBSTETRICIA EN EL CENTRO DE SALUD AREA N°1
DE LA CIUDAD DE LOJA; EN EL PERIODO MARZO – JULIO
2010”**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL**

DIRECTOR:

Dr. Ernesto Ortiz

AUTOR:

Alan Roberto García Vilela

LOJA – ECUADOR

2011

CERTIFICACIÓN

Doctor.

ERNESTO ORTIZ

Profesor del Área de Salud Humana

Director de Tesis.

CERTIFICO

Que luego de haber leído la tesis titulada, "**FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO PRECOZ, EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA EN EL "CENTRO DE SALUD AREA N°1" DE LA CIUDAD DE LOJA,** en el periodo de tiempo de marzo a julio del 2010 presentada por el señor: **Alan Roberto García Vilela,** y luego de haber realizado las correcciones necesarias, autorizo su legal presentación ante el Honorable consejo Directivo del Área de Salud

Loja, 5 de Octubre del 2011.

DR. ERNESTO ORTIZ

AUTORIA

Los conceptos, opiniones, análisis, resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones vertidas en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del investigador.

Alan Roberto García Vilela

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios Todopoderoso.

Mi gratitud y profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por haber hecho posible mi educación y culminación de mi carrera.

En forma muy especial, agradezco al Sr. Dr. Ernesto Ortiz, por ser maestro y guía en el presente trabajo investigativo.

Y a todas aquellas personas que de alguna u otra forma colaboraron para la culminación de este trabajo.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mis padres y mi familia. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar; a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. A mi querida esposa, Giuliana, por su amor, sacrificio y apoyo en todo momento de mi vida y carrera. Y muy especialmente este trabajo lo dedico a mi hija, Camila Abigail, por ser quien me da valor y fuerza para poder culminar todas mis metas. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

INDICE

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
INDICE.....	VI
TÍTULO.....	VII
RESUMEN.....	8
SUMARY.....	9
INTRODUCCION.....	10-12
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	13-36
MATERIALES Y MÉTODOS.....	37-39
TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	40-66
DISCUSIÓN.....	67-69
CONCLUSIONES.....	70-71
RECOMENDACIONES.....	72
BIBLIOGRAFIA.....	73-75
ANEXOS.....	76-79

TÍTULO

**FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO PRECOZ, EN LAS
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
EN EL “CENTRO DE SALUD AREA N°1” DE LA CIUDAD DE LOJA,
EN EL PERIODO MARZO 2010 – JULIO 2010**

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud; por tal motivo se ha realizado el presente estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal titulado: FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO PRECOZ, EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA EN EL CENTRO DE SALUD DEL ÁREA N° 1 DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO MARZO A JULIO DEL 2010; en el cual se trazaron tanto un objetivo general como diversos objetivos específicos, los mismos que nos permitieron obtener diversos resultados entre los que destaca los siguientes.

En relación al objetivo general se pudo determinar los siguientes factores predisponentes como son: aparición de la menarquía a edades tempranas, vida sexual activa a temprana edad, falta de conocimientos sobre los métodos de planificación familiar, nivel socio económico bajo, falta de información por parte de los medios de comunicación más utilizados, bajo nivel de escolaridad de los padres de las adolescentes encuestadas, poca o nula comunicación intrafamiliar y la poca o infructuosa intervención de los centros de salud en relación a esta problemática.

Entre algunos de los objetivos específicos se pudo determinar que; el mayor número de adolescentes embarazadas presentaban una edad entre 16 a 18 años de edad, el 41.82% se encuentran en unión libre, el 52.73% no ha culminado sus estudios, el 73.64% actualmente no se encuentran laborando, el 37.27% ha recibido algún tipo de maltrato intrafamiliar y el 26.36% algún tipo de maltrato extrafamiliar.

SUMMARY

The pregnancy in the adolescence constitutes a social, economic problem and of public health of considerable magnitude; for such a reason he/she has been carried out the present descriptive, prospective study and of titled traverse court: FACTORS PREDISPONENTES OF THE PRECOCIOUS PREGNANCY, IN THE PATIENTS THAT GO TO THE SERVICE DE GINECOOBSTETRICIA IN THE CENTER OF HEALTH OF THE AREA N° 1 OF THE CITY DE LOJA, IN THE PERIOD MARCH TO JULY THE 2010; in which as much a general objective as diverse specific objectives were traced, the same ones that allowed us to obtain diverse results among those that it highlights the following ones.

In relation to the general objective you could determine the following factors predisponentes like they are: appearance of the menarquía to early ages, active sexual life to early age, lack of knowledge on the methods of family planning, level economic partner under, lack of information on the part of the media more used, low level of the parents' of the interviewed adolescents escolaridad, little or null communication intrafamiliar and the little or fruitless intervention of the centers of health in relation to this problem.

Among some of the specific objectives you could determine that; the biggest number of pregnant adolescents presented an age among 16 to 18 years of age, 41.82% is in free union, 52.73% has not culminated its studies, 73.64% at the moment is not working, 37.27% has received some type of abuse intrafamiliar and 26.36% some type of abuse extrafamiliar.

INTRODUCCION

Es esencial que las y los jóvenes reciban información sobre sexualidad y planificación familiar, y que cuenten con servicios de salud reproductiva orientados a satisfacer sus necesidades especiales. Lamentablemente, hay una falta de acceso de las y los jóvenes a la información y los servicios.

El inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales aumenta los riesgos de embarazo temprano e “involuntario”, la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS)/VIH-SIDA y de abortos; 10% de todos los embarazos en el mundo ocurren en mujeres adolescentes. Cada año 13 millones de adolescentes dan a luz en los países en desarrollo^I. Además, según ONU^{II}, en el mundo 11.8 millones de jóvenes entre 15 y 25 años (7.3 mujeres y 4.5 hombres) y en América Latina 560.000 (mujeres 31%, hombres 69%) están infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La esperanza está puesta en el trabajo sostenido con jóvenes para detener la epidemia.

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. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina, algo más de la mitad de adolescentes se concentra en Colombia y Perú, y la otra mitad en el resto de los países andinos. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos

^I Resumen del informe de fin del programa ENFOQUE en adultos jóvenes. Finger B, Lapetina M, Pribila M (eds.). Documento de la Serie de Jóvenes N° 1; 2003. p. 3-5.

^{II} ONUSIDA. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Los jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial. ONUSIDA: Reporte de junio 2002.

embarazos no planificados^{III}. La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección.

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, Los/as adolescentes 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 sub.-región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. 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)^{IV}.

En el año 2002 (INEC.2002:12), de 149 muertes maternas registradas, 3 son niñas de 10 a 14 años y 27 fueron adolescentes de 15 a 19 años. El 20% de muertes maternas corresponden a niñas y adolescentes.

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Asimismo, 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).

^{III} Encuestas DHS para Bolivia, Colombia y Perú; CAN para Chile; ENDEMAIN para Ecuador; PNSNNA para Venezuela.

^{IV} CELADE (2004). *Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050*. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México; Guzmán, J.M. et al. (2006).

En relación con el embarazo adolescente, según ENDEMAIN 2004, el 45% de adolescentes que se embarazaron, no estudiaban ni trabajaban.

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 e infecciones de transmisión sexual en estas edades, así como una consecuencia del mismo.

Según la ENDS 2005, las adolescentes saben y emplean menos la planificación familiar, con respecto al resto de las mujeres. El 20 por ciento de las adolescentes entre 15 y 19 años utiliza métodos de planificación. El 16 por ciento de las adolescentes tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar. Esta cifra es un indicador de la urgencia de verificar los programas de promoción y prevención, así como de facilitar el acceso de las y los jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, acordes con sus necesidades.

Vista la importancia del problema y las inquietudes que genera éste tema se planteo como objetivo general determinar los factores predisponentes del embarazo precoz, en las pacientes que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el "Centro de Salud Área N°1" de la ciudad de Loja, y como objetivos específicos: Determinar la edad, menarquía, nivel de instrucción, lugar de procedencia, edad de inicio de relaciones coitales, religión y estado civil, nivel de conocimiento sobre planificación familiar, influencia de los medios de comunicación, condición socio-económica, nivel de instrucción de los padres, relación y comunicación intrafamiliar; además de establecer la interrelación centro de salud – comunidad, con respecto a información.

MARCO TEORICO

EMBARAZO PRECOZ

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el avance de la maduración sexual.

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:

Adolescencia Temprana: (10- 13 años)

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.).

Adolescencia Media: (14-17 años)

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por

sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

Adolescencia Tardía: (De 18 a 20 años)

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual.

Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola – rural y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, adolescente. Es consecuencia de falta de acceso a información en planificación familiar, salud sexual y reproductiva, los factores socioculturales que juegan un papel importante debido al tabú de las relaciones prematrimoniales de los adolescentes, por consiguiente están temerosos de encontrarse familiares, vecinos o amigos en los servicios de salud.

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Es multicausal, a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con el:

Factores Individuales

Principales factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes: dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia.

Biológicos

Menarquia: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas.

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

Psicosociales

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares.

Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incompreensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

Factores Sociales

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Entre los factores Socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria.

Freid Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica.

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas sociales:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.

2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

Factores Familiares

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente.

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo

que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

Se ha descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran.

Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz.

Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima.

Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Desde el punto de vista clínico los problemas que afectan a la madre con mayor frecuencia son: aborto espontáneo, preeclampsia, eclampsia, anemia, distocia del trabajo de parto, parto prematuro, hemorragia genital, sepsis, infecciones urinarias y muerte por complicación del embarazo y aborto ilegal inducido.

En el niño los problemas son: bajo peso al nacer, prematuridad y aumento de la morbilidad y la mortalidad (daño neurológico, retardo mental).

En el padre: abandono de los estudios profesionales, realización de trabajos de menor nivel y mayor incidencia de divorcio

Aspectos Clínicos

A menudo no se sospecha el embarazo de la adolescente hasta que es obvio, lo que se traduce en un aumento de la morbilidad y posiblemente de la muerte de la joven embarazada, es necesario destacar la importancia de un diagnóstico precoz y analizar las razones por lo cual es común el error diagnóstico.

Las pacientes en quienes se pasa por alto la existencia de un embarazo pueden ser divididas en dos grupos. En el primero se encuentran las que se niegan aceptar la posibilidad de un embarazo, esto es común en la adolescencia temprana y se puede ejemplificar como la muchacha que

consulta de emergencia por primera vez por “dolor abdominal”, cuando en realidad está en trabajo de parto.

El otro grupo conformado por adolescentes que se encuentran solas y confundidas y a la defensiva, no revelan sus problemas; estas pacientes esperan que se descubra el “segundo diagnóstico”.

La causa primordial del diagnóstico equivocado, es la historia incompleta del examen físico equivocado, por lo tanto la anamnesis sexual debe ser parte de la historia clínica de toda joven adolescente y siempre debe incluir un registro del ciclo menstrual.

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.

A.- Grupo de alto riesgo obstétrico 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.

B. – Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal

Menarca a los 11 años o menos.

Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.

Ser la mayor de los hermanos.

C.– 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.

CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

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

A. – PRIMER TRIMESTRE

1. – 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.

2. – Metrorragias

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

3. – Abortos Espontáneos

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

4. – Embarazos Extrauterinos

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

B. – SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

1. Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica. 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.

2. 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%.

3. Amenaza De Parto Pretérmino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes 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.

4. 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.

5. Mortalidad Fetal

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

6. 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).

7. 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.

8. Presentaciones Fetales Distólicas

Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes.

Para algunos autores, al 3%.

9. 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.

10. Tipo De Parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea.

11. Alumbramiento

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

12. Otras Complicaciones

La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes.

RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

A. – PESO

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.

B. – INTERNACION EN NEONATOLOGIA

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.

C. – MALFORMACIONES

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

D. – MORTALIDAD PERINATAL

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

PRONOSTICO

A. – MATERNO

Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios.

B. – FETAL

Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer.

PREVENCION

A. – PRIMARIA

A realizarse antes de la actividad sexual.

B. – SECUNDARIA

Dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos.

C. – TERCIARIA

Dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo médico, en lo fisiológico y en lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones.

ATENCION INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE

A. – 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 morbilidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario

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 los 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 punitivas o 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.

MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES

En muchos países en desarrollo es francamente más alta.

Mortalidad materna en adolescentes y no adolescentes en algunos países, por 100.000 nacidos vivos.

Países	15 - 19 años	20 - 34 años
Nigeria	526	223
Indonesia	1.100	575
Etiopía	1.270	436
Egipto	266	155
Brasil	108	80
Bangladesh	860	479
Argentina	55	50
Argelia	205	78

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.

METODOS Y MATERIALES

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

LUGAR

Centro de Salud Área N° 1 de la ciudad de Loja – Ecuador, del M.S.P.

UNIVERSO

Todas las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Área N° 1.

MUESTRA

Adolescentes embarazadas que se atienden en el Centro de Salud Área N° 1 en la ciudad de Loja, en el periodo de marzo – julio del 2010.

TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO

Previa autorización del Centro de Salud Área N° 1 para la aplicación de las encuestas, así como el consentimiento de las adolescentes embarazadas; se formularon diversas preguntas con respuestas opcionales y abiertas en forma individual a cada una de las adolescentes embarazadas, desde el primer día del mes de marzo hasta julio 2010,

La información que se obtuvo permitió el desarrollo de la presente investigación entre las que destaca la determinación de diversos factores predisponentes del embarazo en las adolescentes, así como características de las adolescentes de acuerdo a diferentes variables como son: Edad, menarquía, inicio de vida sexual, estado civil, escolaridad, procedencia,

religión, conocimientos de planificación familiar, método más utilizado, embarazo deseado, status socioeconómico, acceso de medios de comunicación, consumo de alcohol y/o drogas por la adolescente, relación familiar con los padres, escolaridad de los padres, consumo de alcohol en los miembros de la familia, tiempo dedicado a conversar con los padres,.

Luego de un análisis profundo y discusión de datos obtenidos a través de las encuestas, se determinará los resultados y el análisis de acuerdo a lo obtenido.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

La tabulación y procesamiento de datos, se los presentará en cuadros estadísticos expresados en tablas y gráficos, los mismos que permitirán efectuar el análisis e interpretación de resultados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyo a todas las pacientes embarazadas de 10 a 19 años que acudan al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyo a los pacientes embarazadas mayores de 19 años que acudan al servicio ginecoobstetricia en el Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ACTIVIDADES:

Se realizó una base de datos con los resultados obtenidos a través de la entrevista hacia las adolescentes embarazadas.

Se identifico y clasifico los resultados de acuerdo a las diferentes variables a tomar.

- ✓ Tabulación y organización de la información en base a las variables mencionadas.

ESTRATEGIAS:

- ✓ Se coordino con directivos del Área de la Salud, los mismos que otorgaron la pertinencia para el desarrollo de la investigación.
- ✓ Se coordino con la Directora del Centro de Salud Área N° 1, brindándonos el permiso adecuado para la aplicación de las entrevistas.
- ✓ Se solicitó apoyo del Nivel de Investigaciones sobre los proyectos relacionados con los factores predisponentes del embarazo precoz.

RESULTADOS

TABLA N°1 “FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO PRECOZ”

MENARQUIA	13 años	30.00%
VIDA SEXUAL ACTIVA TEMPRANA	16 – 18 años	69.09%
NO UTILIZACIÓN DE METODOS ANTICOCEPTIVOS	74	67.27%
POCA INFORMACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	55	50.00%
BAJO NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	83	75.4%
NIVEL SOCIO ECONÓMICO BAJO	61	55.45%
FALTA DE COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR	75	68.18%
POCA INTERVENCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD	63	57.27%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

En la presente tabla podemos observar los factores predisponentes que se encontró en la realización de la presente investigación como son: la aparición a edades tempranas de la menarquía, inicio de la vida sexual activa, así como la no utilización de métodos anticonceptivos, el bajo nivel de escolaridad de los padres, bajo nivel socio económico; a nivel intrafamiliar encontramos la falta de comunicación y finalmente la infructuosa intervención de los centros de salud para abordar temas relacionados a esta problemática.

“CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE ACUERDO A DIFERENTES VARIABLES”

TABLA N°2

GRUPO ETÁREO		
13 a 15 años	5	4,55%
16 a 18 años	77	70%
19 años	28	25,45%
TOTAL	110	100%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

En la presente tabla podemos observar, que de las 110 personas encuestadas, el 70% tiene una edad comprendida entre los 16 a 18 años de edad, seguida de un 25.45% con una edad de 19 años y con un 4.5% con una edad comprendida entre los 13 a 15 años. Resultados que refuerza la importancia del desarrollo de la presente investigación.

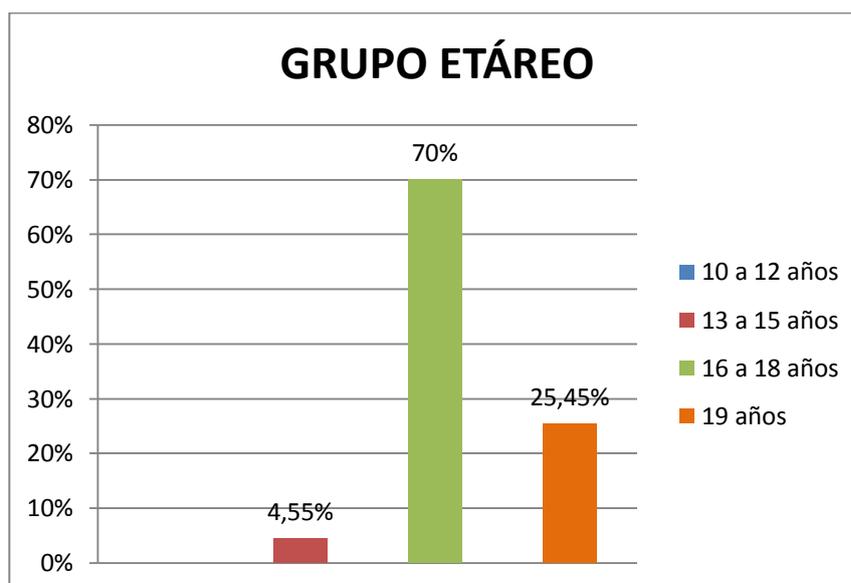


TABLA N° 3

ESTADO CIVIL		
UNIÓN LIBRE ESTABLE	46	41,82%
SOLTERA	34	30,9%
CASADA	30	27,28%
TOTAL	110	100%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que el 41.82% de las encuestadas se encuentran en unión libre, el 30.9% se encuentran solteras y el 27.28% casadas. Deduciendo por ende que la mayoría de las encuestadas presentan un tipo de estado civil de unión libre, la cual va acorde con la falta de madurez de la pareja.

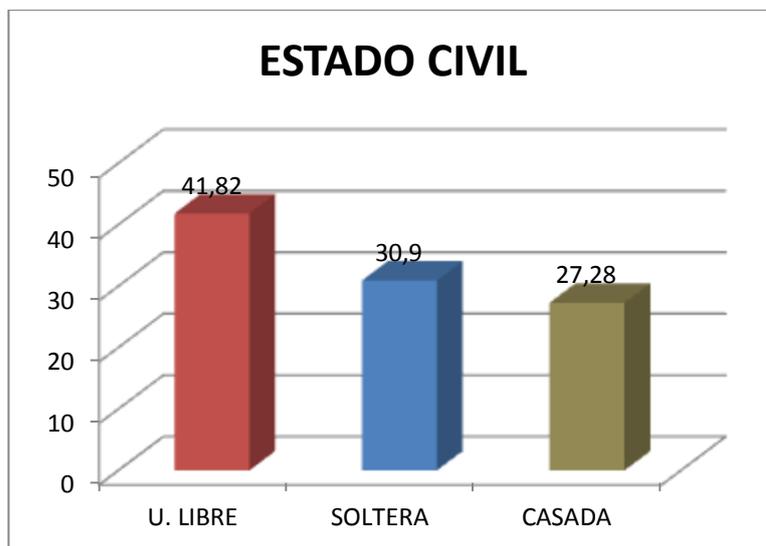


TABLA N° 4

GRADO DE ESCOLARIDAD		
PRIMARIA INCOMPLETA	8	7,27%
PRIMARIA COMPLETA	20	18,19%
SECUNDARIA INCOMPLETA	30	27,27%
SECUNDARIA COMPLETA	36	32,73%
UNIVERSIDAD	16	14,54%
TOTAL	110	100%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que en relación al grado de escolaridad, el 32.73% de las personas encuestadas han terminado la secundaria, en contraste con el 27.27% que no ha culminado la secundaria. Así mismo tenemos que el 18.19% han terminado el nivel primario, en contraste con el 7.27% que no lo han culminado. El 14.54% de las personas encuestadas mencionan cursar el nivel superior. Estos resultados nos alertan sobre la desinserción educacional que acarrea el embarazo precoz, la misma que de alguna manera establecería la formación de un círculo vicioso (bajo nivel de escolaridad – pobreza - embarazo precoz).

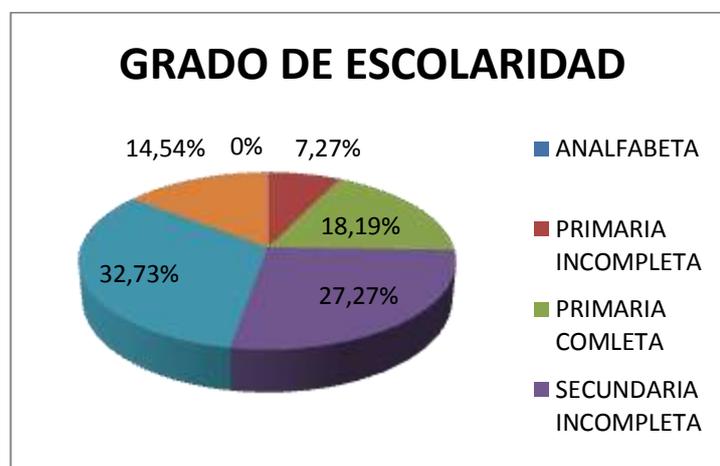


TABLA N° 5

RELIGIÓN		
CATÓLICA	83	75,46%
EVANGÉLICA	9	8,18%
PROTESTANTES	9	8,18%
MORMONES	9	8,18%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que según su ideología teológica; el 75.46% de las personas encuestadas son católicas, el 8.18% son evangelistas, otro 8.18% son protestantes y con un igual porcentaje 8.18% son mormones. Lo cual deducimos que la mayoría de las encuestadas son católicas lo cual se vería reflejado con la política en cuanto a planificación familiar fundamenta la religión católica.

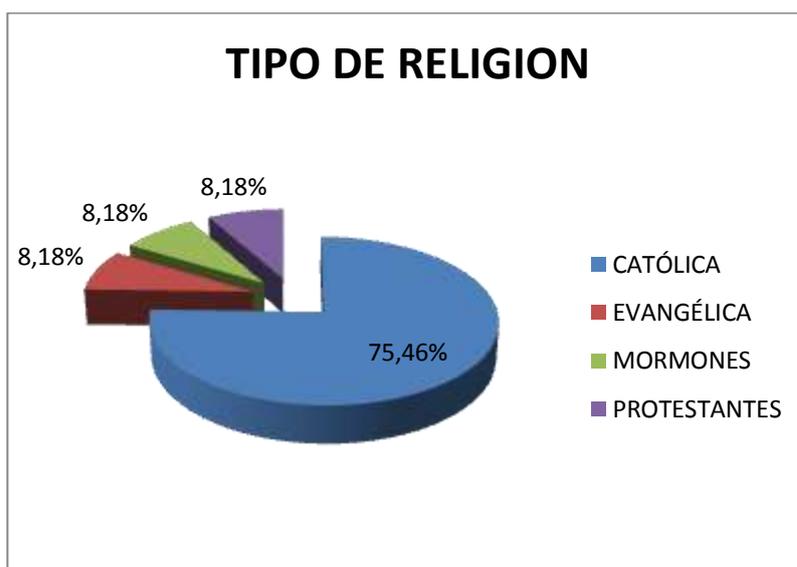


TABLA N° 6

PROCEDENCIA		
URBANA	76	69,09%
RURAL	34	30,91%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que el 69.09% de las personas encuestadas tienen una procedencia urbana, en contraste con un 30.91% las mismas que tienen una procedencia de tipo rural. Dicho resultado estaría en relación a la mayor accesibilidad a medios de comunicación y su mal uso.

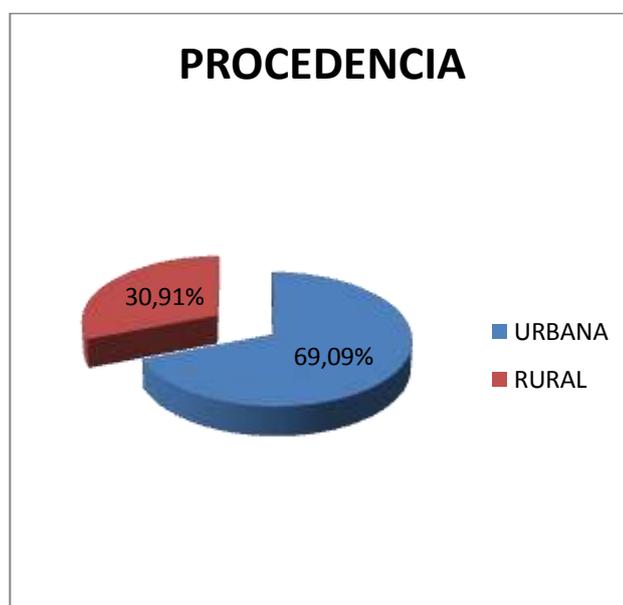


TABLA N° 7

MENARQUIA		
10 años	9	8,18%
11 años	13	11,82%
12 años	30	27,27%
13 años	33	30%
14 años	25	22,73%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que el 30% de las personas encuestadas refieren haber presentado la menarquía a los 13 años, seguido de un 27.27% que refiere haber presentado la menarquía a los 12 años, así mismo un 22.73% de las personas encuestadas refieren haber presentado la menarquía a los 14 años, el 11.82% a los 11 años y un pequeño pero importante porcentaje 8.18% haber presentado la menarquía a los 10 años. Dichos resultados explican una incidencia cada vez más temprana en relación a la edad, de casos de embarazos en adolescentes.

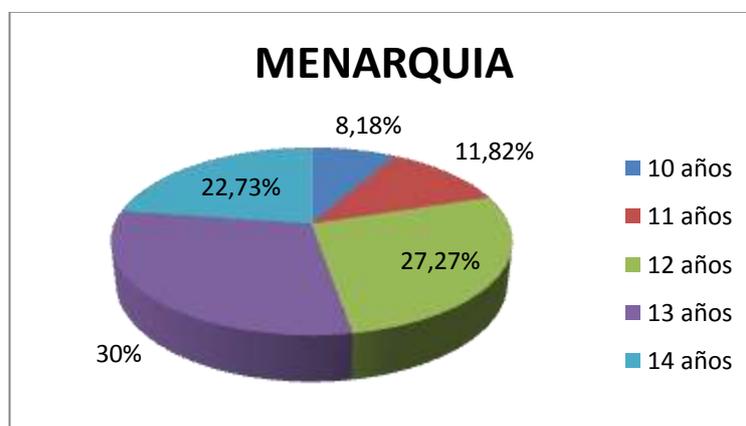


TABLA N° 8

VIDA SEXUAL ACTIVA		
13 a 15 años	34	30,91%
16 a 18 años	76	69,09%
TOTAL	110	100%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que el 60.09% de las personas encuestadas han iniciado una vida sexual activa a la edad comprendida entre los 16 a 18 años, así mismo un 30.91% han iniciado su vida sexual activa entre las edades de 13 a 15 años. Resultados que refuerzan la incidencia de casos de embarazos en adolescentes.

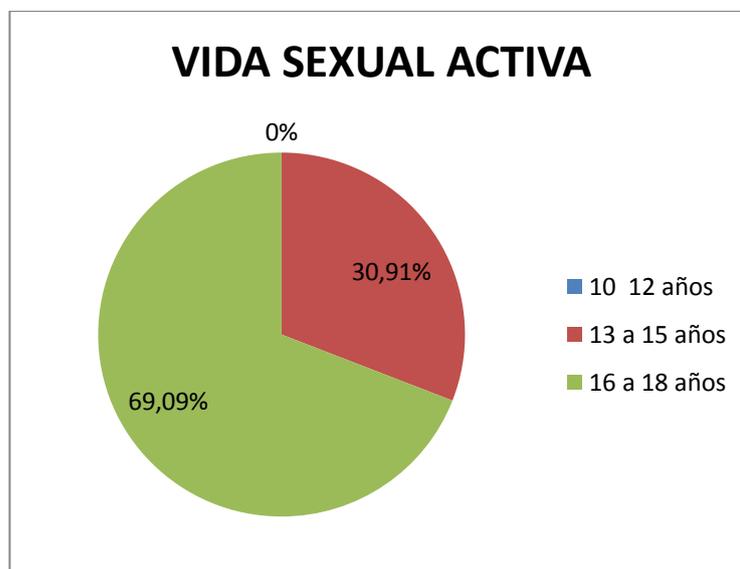


TABLA N° 9

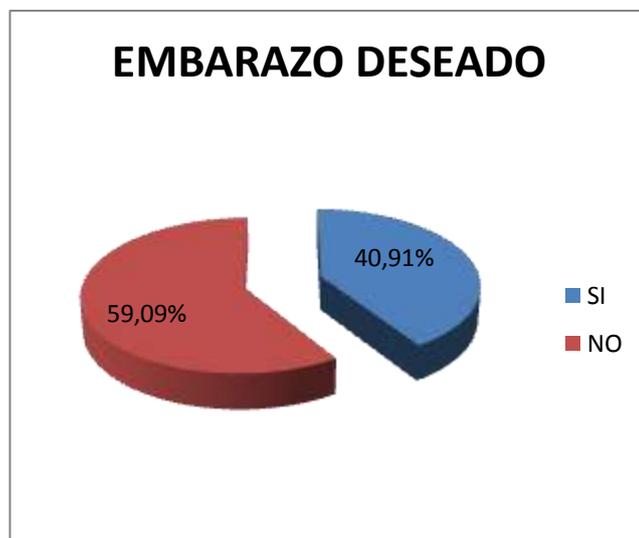
EMBARAZO DESEADO		
SI	45	40,91%
NO	65	59,09%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que el 59.09% de las adolescentes encuestadas cursan con un embarazo no deseado, en contraste con un 40.91% que cursan con un embarazo deseado.



“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN”

TABLA Nº 10

CONOCIMIENTO SOBRE MPF		
SI	62	56,36%
NO	48	43,64%
TOTAL	110	100.00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área Nº1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que el 56.36% de las adolescentes encuestadas poseen algún tipo de conocimiento en relación a planificación familiar, en contraste con un 43.64% que refiere no poseer algún tipo de conocimiento sobre planificación familiar. Lo cual refleja la falta de información hacia este grupo etéreo.

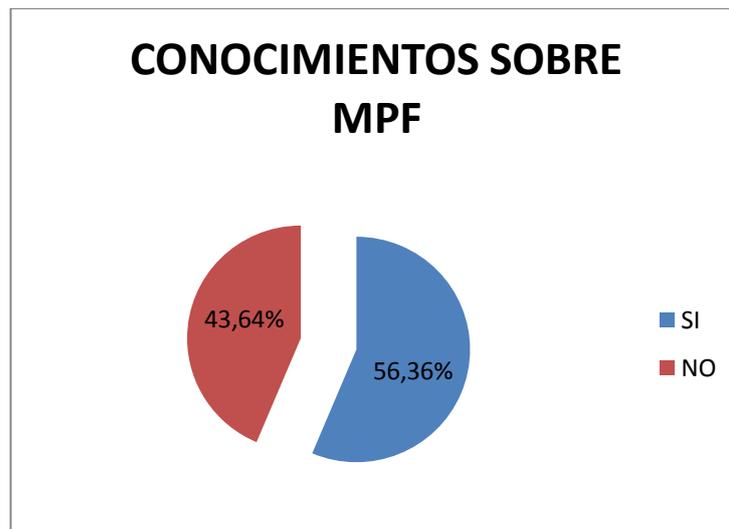


TABLA N° 11

DONDE QUIERES ESTOS CONOCIMIENTOS		
HOGAR	11	17,74%
ESCUELA	10	16,13%
AMIGOS	3	4,84%
M. COMUNICACIÓN	3	4,84%
CENTROS DE SALUD	35	56,45%
TOTAL	62	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que el 56.45% de las adolescentes encuestadas que recibieron información sobre planificación familiar, los adquirieron en los centros de salud, el 17.74% recibió información en el hogar, el 16.13% recibió información en la escuela, y el 4.845 recibió información de los amigos y medios de comunicación respectivamente.

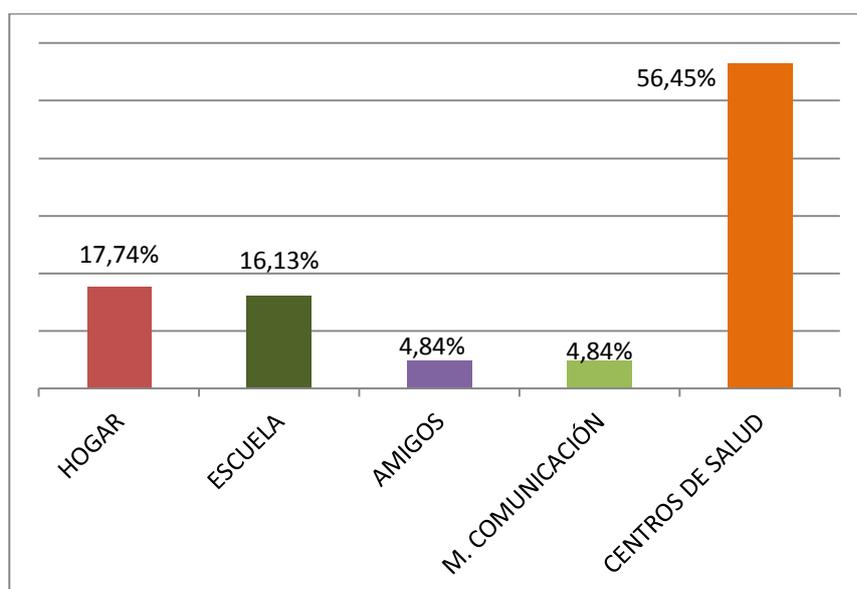


TABLA N° 12

UTILIZAS ALGÚN MPF		
SI	36	58.06%
NO	26	41.94%
TOTAL	62	100.00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.
ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que a pesar de que 62 de las adolescentes en estudio poseen algún tipo de conocimiento sobre planificación familiar, sólo el 58.06% de estas utiliza algún método de planificación, en contraste con el 41.94%% que no utiliza.



TABLA N° 13

MPF MÁS EMPLEADOS ANTES DE SU EMBARAZO		
PASTILLAS	7	19.44%
INYECCIÓN	5	13.90%
CONDÓN	21	58.33%
DIU	3	8.33%
TOTAL	36	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.
ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que de las 36 adolescentes que utilizan algún método de planificación familiar, el más utilizado es el preservativo, seguido del empleo de métodos hormonales como son los anticonceptivos orales y las inyectables.

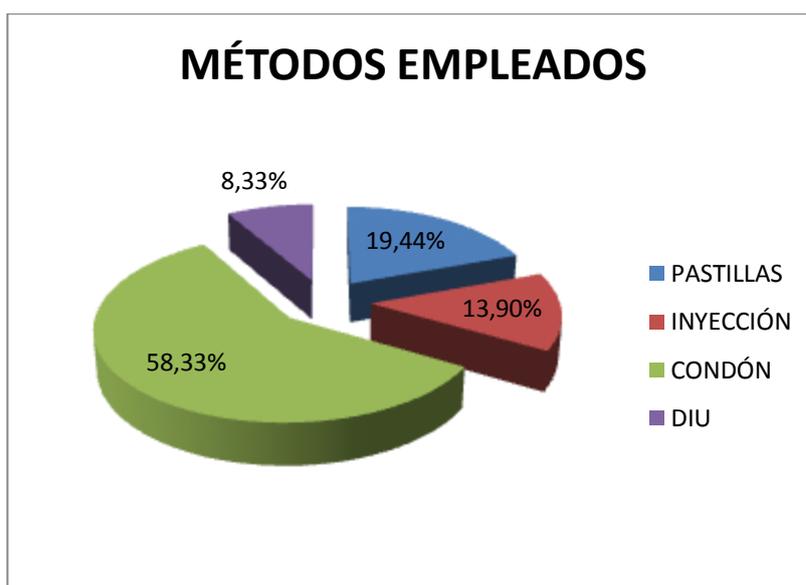


TABLA N° 14

POSEEN MEDIOS DE COMUNICACIÓN			
SI	TV	72	65.45%
	RADIO	12	10.91%
	PERIODICOS	4	3.64%
	INTERNET	4	3.64%
NO		18	16,36%
TOTAL		110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que el 83.64% de las adolescentes encuestadas poseen algún tipo de medio de comunicación, en contraste con un 16.36% que no lo poseen. He aquí la importancia en cuanto a la influencia que tienen los medios de comunicación en la actualidad y el papel que desempeñan para la orientación de las mismas en relación a estos temas como es la planificación familiar, debido a su fácil acceso.



TABLA N° 15

MEDIOS DE COMUNICACIÓN		
TEMAS DE MPF		
SI	46	41.82%
NO	64	58.18%
TOTAL	110	100%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que, el 58.18% de las adolescentes refieren que los medios de comunicación no abordan temas relacionados a planificación familiar, en contraste con el otro 41.82% que refiere que sí abordan temas relacionados a este tema.



“CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS”

TABLA N° 16

INSERCIÓN LABORAL		
SI	29	26,36%
NO	81	73,64%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que la mayoría de las adolescentes en estudio con un 73.64% no se encuentra laborando, en contraste con un 26.36% que sí labora. Este resultado refuerza el establecimiento de este círculo vicioso que se había comentando en las tablas anteriores.

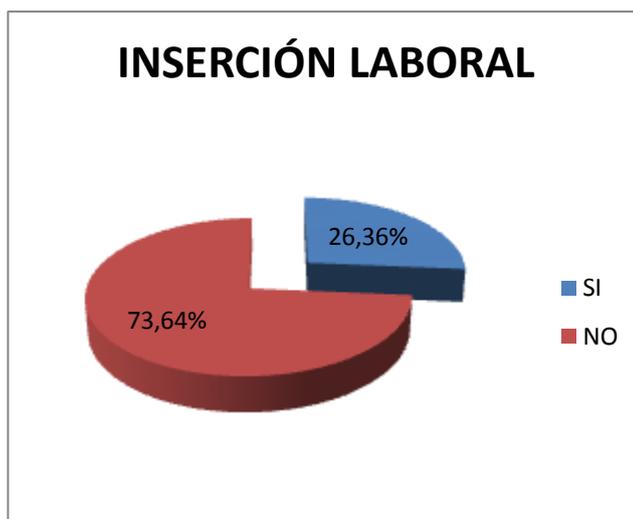


TABLA N° 17

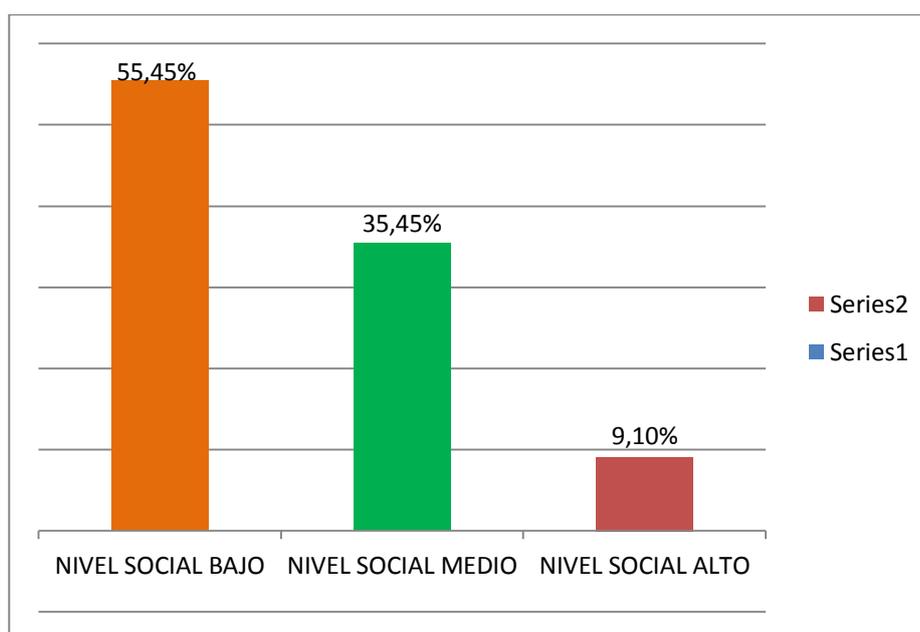
ESTRATIFICACIÓN SOCIAL			
NIVEL SOCIOECONOMICO	INGRESO		
NIVEL SOCIAL BAJO	MENOR DE 200\$	61	55,45%
NIVEL SOCIAL MEDIO	200 – 900 \$	39	35,45%
NIVEL SOCIAL ALTO	MAYOR A 900\$	10	9,10%
TOTAL		110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que el 55.45% de las adolescentes en estudio pertenecen a un nivel socio económico bajo, seguido con un 35.45% que se encuentra en un nivel socio económico medio y el 9.10% de las adolescentes que pertenecen a un nivel socio económico alto. Este resultado está en relación a alto índice de deserción escolar y la falta de ocupación laboral en las que se encuentran las adolescentes.



“TIPOS DE HÁBITOS DE LAS ADOLESCENTES Y SUS FAMILIARES”

TABLA Nº 18

HÁBITOS		
ALCOHOL	4	3,64%
TABACO	1	0,91%
NINGUNO	105	95,45%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área Nº1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que del total de las adolescentes encuestadas, el 95.45% no consume alcohol, tabaco o drogas, el 3.64% consume alcohol, y el 0.9% fuma. Lo cual nos demuestra que el consumo de alcohol es uno de los factores que predispondría a la incidencia de embarazos en las adolescentes.

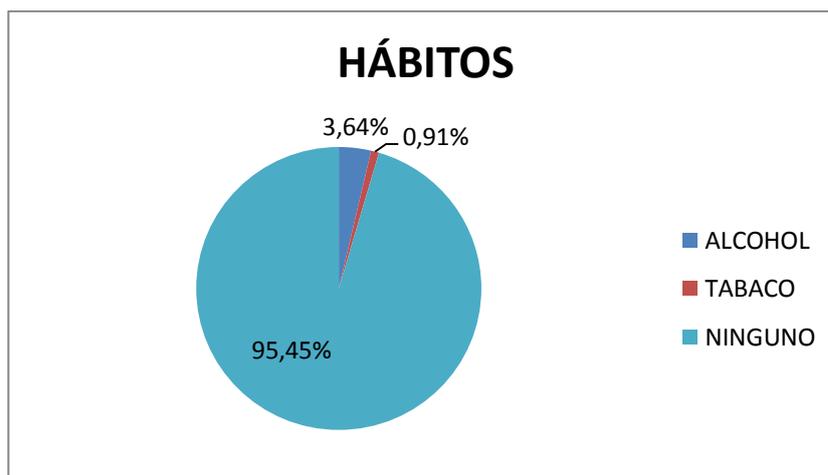


TABLA N° 19:

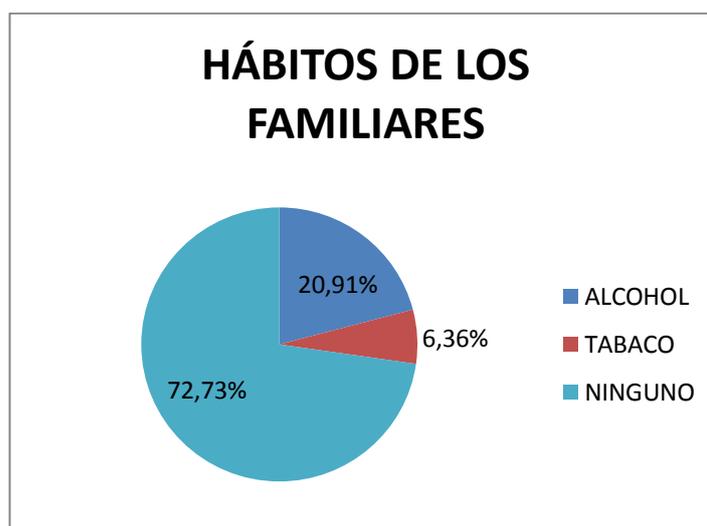
HÁBITOS DE LOS FAMILIARES		
ALCOHOL	23	20,91%
TABACO	7	6,36%
NINGUNO	80	72,73%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que del total de las adolescentes encuestadas en relación a sus familiares, el 72.73% no consume alcohol, tabaco o drogas, el 20.91% consume alcohol, y el 6.36% fuma. Lo cual nos demuestra que el consumo de alcohol es uno de los factores que predispondría a la incidencia de embarazos en las adolescentes, al igual como en la tabla anterior.



“SITUACIÓN FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS, NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES Y RELACIONES FAMILIARES”

TABLA Nº 20

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES		
ANALFABETA	6	5,45%
PRIMARIA INCOMPLETA	14	12,74%
PRIMARIA COMPLETA	42	38,18%
SECUNDARIA INCOMPLETA	21	19,09%
SECUNDARIA COMPLETA	18	16,36%
UNIVERSIDAD	9	8,18%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área Nº1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que en relación al grado de escolaridad que presentan los padres de las adolescentes encuestadas; sólo el 38.18% terminó la primaria completa, el 19.09% no culminó la secundaria, el 16.36% culminó la secundaria, el 12.74% no culminó la primaria, el 8.18% cursó la universidad y el 5.45% es analfabeta. Por lo que se demuestra a este nivel la formación del círculo vicioso: bajo nivel de escolaridad - bajo nivel de inserción laboral - bajo nivel socio económico - embarazo precoz.

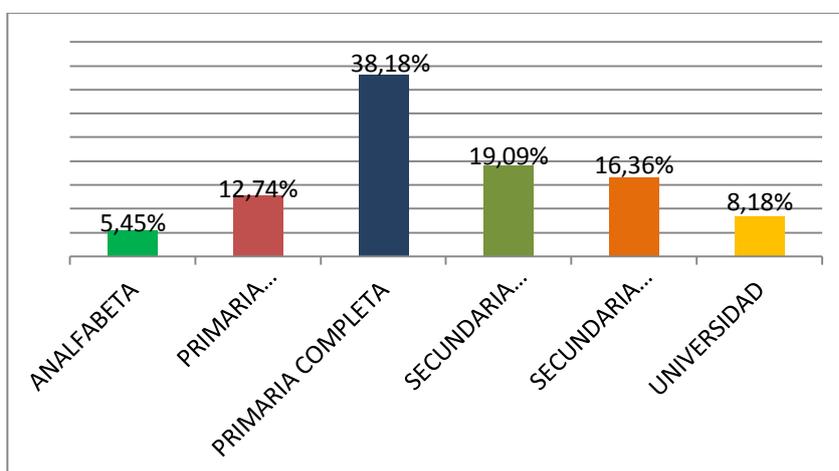


TABLA N° 21

RELACIÓN INTRAFAMILIAR		
ESTABLE	99	90%
INESTABLE	11	10%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que el 90% de las adolescentes encuestadas mantienen una relación intrafamiliar estable, mientras que el 10% refiere mantener una relación intrafamiliar inestable.



TABLA N° 22

DIALOGAN SOBRE SEXUALIDAD		
SI	35	31,82%
NO	75	68,18%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que del total de adolescentes encuestadas, el 68.18% no dialogan sobre temas relacionados con la sexualidad en el hogar, en contraste con un 31.82% que si dialoga sobre estos temas en el hogar. He aquí la importancia de la comunicación y la confianza que los padres deben brindar a sus hijos, dejando de un lado los tabúes impuestos por la sociedad y abordando temas relacionados a la sexualidad y planificación familiar.



TABLA N° 23

MALTRATO INTRAFAMILIAR		
SI	41	37,27%
NO	69	62,73%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que del total de adolescentes encuestadas, el 62.73% ha recibido algún tipo de maltrato intrafamiliar, en contraste con un 37.27% el mismo que refiere no haber recibido algún tipo de maltrato intrafamiliar. Al igual que en el cuadro anterior aseverar la importancia de la confianza, respeto y comunicación dentro del hogar.

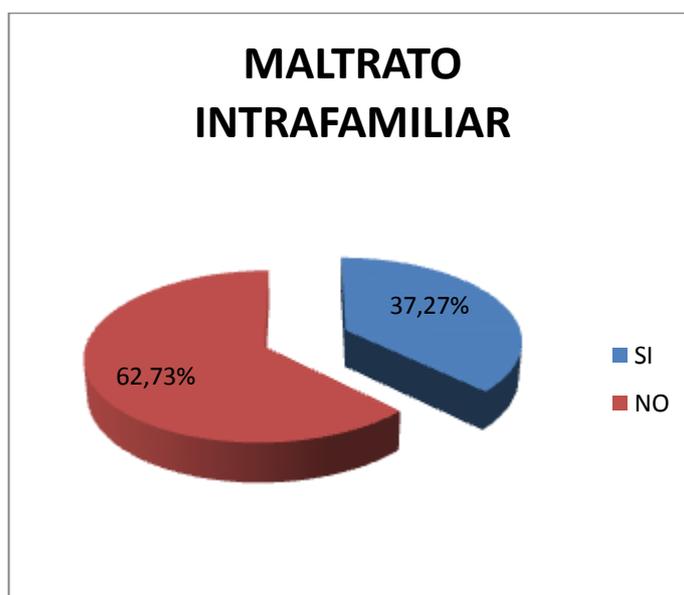


TABLA N° 24

TIPO DE MALTRATO		
VERBAL	24	58,54%
FÍSICO	8	19,51%
PSICOLÓGICO	9	21,95%
TOTAL	41	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que de las adolescentes que recibieron maltrato intrafamiliar, el 58.54% fue de tipo verbal, el 21.95% recibió un maltrato de tipo psicológico y un 19.51% de tipo físico como son agresiones.

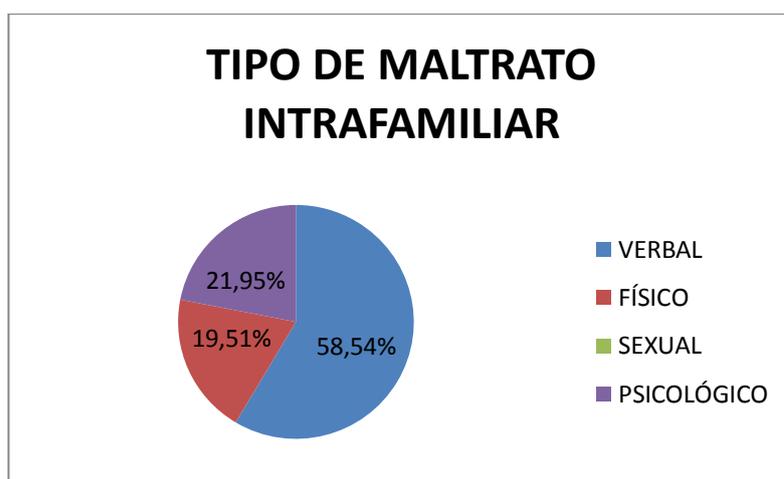


TABLA N° 25

MALTRATO EXTRAFAMILIAR		
SI	29	26,36%
NO	81	73,64%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que de las adolescentes encuestadas, el 73.64% ha recibido algún tipo de maltrato extrafamiliar, en contraste con un 26.36% que refiere no haber presentado algún tipo de maltrato extrafamiliar.



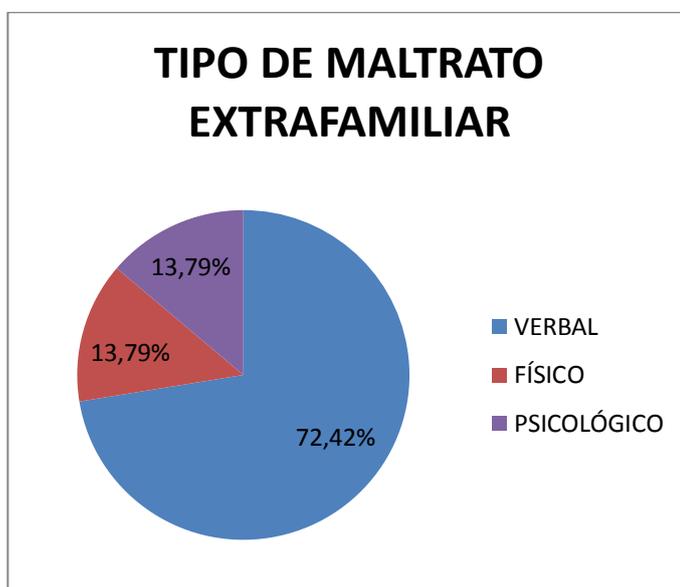
TABLA N° 26

TIPO DE MALTRATO		
VERBAL	21	72,42%
FÍSICO	4	13,79%
PSICOLÓGICO	4	13,79%
TOTAL	29	100%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.
ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que de las adolescentes que recibieron algún tipo de maltrato extrafamiliar, el 72.42% de estas fue de tipo verbal, el 13.79% fue de tipo físico y psicológico respectivamente.



“INTERRELACIÓN CENTRO DE SALUD – COMUNIDAD”

TABLA N° 27

INTERVENCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD		
SI	47	42,73%
NO	63	57,27%
TOTAL	110	100,00%

FUENTE: Adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

ELABORADO: Autor

ANÁLISIS:

De la presente tabla podemos observar que del total de adolescentes encuestadas, el 57.27% no han percibido intervención alguna por parte de los centros de salud, en relación al abordaje de temas relacionados a planificación familiar, en contraste el 42.73% refiere haber recibido información sobre estos temas. Estos resultados reflejan que no existe una adecuada política que permita la captación de más adolescentes y poder brindarles así la información que estos(as) necesitan en temas relaciones a la planificación familiar.



DISCUSSION

Similar estudio se realizó en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor en Guayaquil - Ecuador, pretendiendo identificar la asociación de factores etiológicos y epidemiológicos en las adolescentes embarazadas de Noviembre a Enero del 2007, determinándose que el 65% de las adolescentes embarazadas encuestadas corresponden al grupo etáreo de 16 a 18 años, resultado que se asemeja a la obtenida en la presente investigación en donde el 70% de las adolescentes pertenecen al mismo grupo etáreo.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005 (ENDS 2005), para el Área Metropolitana del Valle de Aburrá en Colombia, la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales fue 19 años, edad que es mayor que el reportado en esta investigación en donde el 30% de las adolescentes gestantes entre los 13 y 15 años han iniciado sus relaciones sexuales, convirtiéndose en un verdadero problema de salud pública debido a la aparición de embarazos precoces, cuando aun la adolescente no ha logrado la madurez fisiológica, física ni psicológica.

En el área de salud Río de Janeiro en Caracas – Venezuela, durante 2003-2006 de un total de 138 adolescentes embarazadas, el 81% de las adolescentes presentaron la menarquía entre los 12 a 15 años, resultado que se asemeja con el obtenido en la presente investigación en donde el 88% de los casos han presentado la menarquía en mencionado rango de edad; el mismo que promueve el deseo y el despertar sexual, con lo cual las jóvenes están aptas para embarazarse, más no para entender el futuro incierto que tendrán en caso de una gestación a tan corta edad.

La distribución geográfica (rural vs. urbana) refleja una marcada tendencia a la urbanización en un estudio realizado en Uruguay en el año 2000, donde solamente el 8,9% de las adolescentes uruguayas viven en zonas rurales, resultados que se asemejan a los obtenidos en esta investigación en donde el 69% de las adolescentes proceden de sectores urbanos.

Al nivel educativo según estudio realizado en Panamá el año 2000 y dirigido a adolescentes embarazadas, se aprecia que más del 50% había alcanzado secundaria incompleta, alcanzaron secundaria completa un 16.7% y 0.5% algún nivel universitario; resultados que se contrastan con los obtenidos esta investigación en donde el 27.27% no culminó la secundaria, el 32.73% culminó la secundaria y el 14.54% algún nivel universitario, lo cual determina el bajo nivel de escolaridad de las adolescentes encuestadas, en nuestra sociedad en la cual influyen una serie de factores, causantes de esta deserción estudiantil tales como la falta de recursos económicos, aumento en el número de hijos, sitios de procedencia, etc.

En un estudio llevado a cabo en Chile el año 2006, demuestra que el 86% de las adolescentes embarazadas son de un bajo y medio nivel socioeconómico, semejante resultado se obtuvo en esta investigación en donde el 91% de las adolescentes presentan un nivel socioeconómico bajo y medio.

Estudio realizado en Cuba en el área de salud del Policlínico José Martí Pérez del Municipio Santiago en el año 2007 se pudo determinar que el 68% de las adolescentes afirma no haber utilizado nunca ningún método anticonceptivo, resultados obtenidos semejantes en el presente trabajo en donde se pudo determinar que el 67% no ha utilizado algún tipo de método.

Estudio realizado en Lima en dos Hospitales de Perú y publicado en el año 2002 reporta respecto a su condición civil, el 52.57% se halló en unión libre con su pareja, 4.12% casada y el 39.17% soltera, resultados que se asemejan a los obtenidos en esta investigación donde el 41.82% se encuentra en unión libre, el 30.9% son solteras, pero contrasta con el 27.28% las cuales son casadas.

En cuanto a cómo se da la comunicación dentro de la familia de las adolescentes embarazadas se obtuvo resultados similares en un estudio realizado en R. Dominicana en el año 2006, en donde el 67.08% refiere no mantener una buena comunicación intrafamiliar; en el presente estudio se determinó que el 69% de las adolescentes no mantienen un dialogo abierto con sus padres, debido en primer lugar por el desconocimiento sobre temas de reproducción o simplemente omitir estos diálogos, creyendo que estos temas deben ser abordados por los maestros en las aulas, cuando la responsabilidad en la formación del adolescente se inicia en el hogar.

CONCLUSIONES

- De las adolescentes encuestadas el 70% tiene una edad de 16 a 18 años, el 25.45% tienen 19 años y un 4.55% tienen una edad entre 13 a 15 años; la menarquía en la mayoría de las adolescentes encuestadas se dio a los 13 años de edad y en menor porcentaje a los 10 años de edad; además se determinó que el 69.09% de las adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 16 a 18 años y el 30.91% entre los 13 a 15 años; resultados que explican una incidencia cada vez más temprana en relación a la edad, de casos de embarazos en adolescentes.

- En relación al nivel educacional se determinó que del 55% de las adolescentes encuestadas algunas sólo culminaron el nivel primario y otras no culminaron la primaria ni la secundaria. El nivel de escolaridad de los padres de las adolescentes encuestadas, es otro factor importante, en esta investigación se determinó que la mayoría sólo culminó el nivel primario, seguidos de aquellos que no culminaron el nivel secundario. El nivel socioeconómico de las adolescentes en estudio, en el 55.45% es bajo, el mismo que va acorde con el bajo nivel educacional y por ende laboral en donde el 73.64% no se encuentra laborando. El consumo de alcohol está presente aunque en menor porcentaje tanto en los integrantes de la familia como en las mismas adolescentes.

- La religión también juega un papel importante como se determinó en esta investigación, en donde la mayoría de las adolescentes son católicas; esto se explicaría por la política que proclaman los representantes de la iglesia católica en relación a no utilizar métodos de planificación familiar.

- El fácil acceso a los medios de comunicación en la actualidad y su incorrecta o falta de información sobre temas relacionados a planificación familiar como lo demostró esta investigación, sería otro factor predisponente, en donde el 56.36% de las adolescentes refieren poseer conocimientos sobre métodos de planificación familiar, de este porcentaje sólo el 58.06% utilizan algún tipo de método anticonceptivo.

- La relación intrafamiliar en la mayoría de las adolescentes encuestadas es estable, pero a pesar de ello el 68% refiere no dialogar con sus padres sobre sexualidad; así mismo el 21.82% refiere haber recibido maltrato intrafamiliar de tipo verbal. Es por ello que la confianza, el respeto y la comunicación intrafamiliar deben ser dinámicos y abordar temas relacionados sobre esta problemática.

- En relación al estado civil, el 41.82% se encontró en unión libre estable, el 30.90% son solteras y el 27.28% se encuentran casadas; lo que se debería esperar por la falta de madurez psicoemocional, educacional y personal que se experimenta en este periodo de la vida.

- En cuanto a la intervención de los centros de salud se pudo determinar que de las adolescentes encuestadas, la mayoría no ha percibido intervención alguna en relación abordaje de temas relacionados a planificación familiar. Estos resultados reflejan que no existe una adecuada política que permita la captación de más adolescentes y poder brindarles así la información que estos(as) necesitan.

RECOMENDACIONES

- ✓ Proponer estrategias que permitan a las mujeres menores de 18 años tener acceso a la información, educación y comunicación, de forma clara y precisa para prevenir los embarazos durante esta etapa, involucrando al Ministerio de Educación para que incluya en los programas de estudio temas relacionados con el desarrollo de estos procesos biológicos durante esta etapa de su vida.

- ✓ Participación en la ejecución de los programas de prevención y promoción de la salud integral de los/las adolescentes conjuntamente con los profesionales competentes en la temática en forma multidisciplinaria (psicólogos, médicos, obstetras, entre otros).

- ✓ Lograr cambios actitudinales positivas en la población estudiantil, a través de talleres educativos sobre salud sexual y salud reproductiva involucrando fundamentalmente los componentes afectivos y comportamentales.

- ✓ Promover acciones de salud reproductiva dirigidas tanto a las adolescentes como a padres de familia con el fin de despertar la conciencia de proteger a sus hijas en esta etapa de su vida.

BIBLIOGRAFIA

- Palma I, Abarca H, Moreno C. Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques. México: Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe; 2002. Working Papers Series CST/ LAC Report No.:14.
- Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005: resultados Antioquia y Medellín. Bogotá: Profamilia; 2006.
- Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra V de la Medicina. 2001 Aug;(107):11-23.
- Rosselot J. Adolescencia, Problemática de Salud del Adolescente y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe. pediatría 2 ed Meneguello. Inter-Médica,1993.
- Ruoti M, Ruoti A et M. Sexualidade y embarazo en adolescentes. Instituto de investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay, Universidad de Asunción,1992.
- Dr Tomas J .Silber y colaboradores. Organización Panamericana de la Salud. Manual de medicina de la adolescencia. Serie PALTEX para ejecutores de programas de Salud. No 20. Washington, D. C. 20037. 1992.P 473-518.
- Harrison M., La salud de la adolescente y del joven. OPS. Editorial Oficina regional O. M. 2000.
- Jokin I. Embarazos de adolescentes, España , editorial textos, 2002
- Houston, E y Armstrong. S. Preventing fertility, world.wide.coneeins.popilation. bulletin.population, Washington D.C. Reference bureau. Vol.40.2.1,985.

- Monroy A., Morales. M. La fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones, Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. Cuaderno técnico No.22. 1,988
- Agudelo L., Nelvia V. El mundo afectivo de la adolescente embarazada, España, editorial Interamericana, 2002.
- Torre J. El embarazo adolescente y la pobreza, Argentina, editorial Mc Graw, 2000.
- Sánchez R., Maternidad y Paternidad adolescente, editorial textos, España, Diciembre 1998, Página 71.
- GERENDAS, M., Embarazo en la adolescencia, factores de riesgo y cadena de prevención. Caracas, Editorial Elsevier, 2000.
- ROSENBERG, M., Repensar la maternidad: tarea de mujeres. Washington, Editorial RMMDP, 1991.
- BARREDA M., "Problemas sociales del adolescente". Tomo II del Compendio de Puericultorio y Pediatría. Ediciones Interamericana, Mc Graw – Hill. Pág. 291-300.
- BURROUGHS, A., Enfermería Materno Infantil de Bleier. 6ta. Edición. Interamericana. Mc Graw-Hill.
- EMANS, J., "Ginecología en Pediatría y la Adolescencia". España, 4ta. Edición. Edit. Mac Graw – Hill. Interamericana. Págs. 546.
- Andino N. Salud y estilos de vida saludables de los y las jóvenes y adolescentes. Sao Paulo: FNUAP; 1999
- Sadik N. Salud reproductiva y derechos reproductivos. New York: Fondo de Población de Las Naciones Unidas; 2006.

- Pelaez J. Adolescente embarazada. Características y riesgos. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecol Enero- Abril 1997 V. 23 No 1.13-17.
- Castro Santero R. adolescentes embarazadas. Aspectos orgánicos. Embarazos en adolescentes. Diagnostico 1991 Santiago de Chile SERNAM UNICEF,1992.
- González, F, Maneiro P. El embarazo en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venezuela 2000; 57(1): 13-7.
- Osoffky I. Embarazo en la segunda década de la vida. Consideraciones Psicosociales. Clin Obst-Ginecol Norteam 1999; 4(2):10.
- Castelo G; Naranjo J; Guijarro S; Arteaga L; Reinoso F; Narves M. Factores de riesgo y consecuencias sociales del embarazo en adolescentes. Pediatr Baca Ortíz 2001; 1(2):65-71.
- Monterroso A., Bello A. Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. Rev Col Obst Ginecol. 2000; 47(1): 15-22.
- Toro J., "Embarazo en la adolescente", Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.
- Suárez O, Roberts E, Korin D, Kosmins K. Adolescencia y juventud. Aspectos demográficos y epidemiológicos. En: La salud del adolescente y el joven de las Américas. Washington. Publicación Científica. OPS. OMS, 1999.
- Requena, M. "Estudio sobre la Planificación de a Familia en la Comuna de Quinta Normal de Santiago de Chile. El uso de Anticonceptivos. CELADE. Santiago.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Encuesta dirigida a las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecoobstetricia en el Centro de Salud Área N°1 de la ciudad de Loja, en el periodo marzo – julio 2010.

1. ¿Cuántos años, tiene usted?

2. ¿Cuál es su estado civil?

Unión libre ()

Soltera ()

Casada ()

3. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

Analfabeta ()

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Universidad ()

4. ¿Tipo de religión?

Católica ()

Evangélica ()

Otra ()

Ninguna ()

5. ¿Cuál es su procedencia?

Urbana () Rural ()

6. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?

7. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

8. ¿Su embarazo actual fue deseado?

Si ()

No ()

9. ¿Conoce usted que es planificación familiar?

Si ()

No ()

10. ¿Dónde adquiere los métodos de planificación familiar?

Hogar ()

Escuela/colegio ()

Amigos ()

Medios de comunicación ()

Centro de salud ()

11. ¿Ha usado anteriormente métodos de planificación familiar?

Si ()

No ()

12. ¿Cuál es el método de planificación familiar que más utiliza?

Pastillas ()

Inyección ()

Condón ()

DIU (T de cobre) ()

No usa ()

13. ¿En qué trabaja actualmente?

14. ¿Cuál es el ingreso familiar promedio actualmente?

15. ¿Tiene acceso a medios de comunicación?

Si ())

No ())

16. ¿Cuáles?

TV ())

Radio ())

Revistas ())

Internet ())

17. ¿Satisfacen sus dudas y/o expectativas sobre sexualidad y planificación familiar?

Si ())

No ())

18. ¿Consume usted?

Alcohol si () no ())

Tabaco si () no ())

Drogas si () no ())

Otros si () no ())

19. ¿Cuál es la escolaridad de sus padres?

Analfabeta ())

Primaria incompleta ())

Primaria completa ())

Secundaria incompleta ())

Secundaria completa ())

Universidad ())

20. ¿Cómo es la relación familiar con sus padres?

Estable ())

Violencia, pleitos ())

Ninguna ())

21. ¿Alguna persona que vive en su casa consume?

Alcohol si () no ()

Tabaco si () no ()

Drogas si () no ()

Otros si () no ()

22. ¿Conversan de sexualidad en su casa?

Si ()

No ()

23. ¿Ha recibido maltrato en su casa?

Si ()

No ()

24. ¿Qué tipo de maltrato ha recibido?

Verbal ()

Físico ()

Sexual ()

Psicológico()

25. ¿Ha recibido maltrato fuera de su casa?

Si ()

No ()

26. ¿Qué tipo de maltrato ha recibido?

Verbal ()

Físico ()

Sexual ()

Psicológico()

27. ¿Ha recibido charlas educativas por parte de los Centros de Salud?

Si ()

No ()