TEMA:

"INCIDENCIA DEL PARTO Y SUS CONSECUENCIAS BIO-PSICO-SOCIALES EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2009. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN"

DRA. MG.SC. **BETTY CARRIÓN** GORDILLO

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA.

CERTIFICA.

Que en mi calidad de DIRECTORA DE TESIS, el presente trabajo de investigación titulado: **"INCIDENCIA DEL PARTO Y SUS CONSECUENCIAS BIO-PSICO-SOCIALES EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2009. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN"** , de los aspirantes: Rodolfo Gustavo Villacís Granda y Walter Iván Vera Vera, previo a optar el grado de Médicos Generales, ha sido realizado bajo mi asesoramiento y supervisión, el mismo que se ha desarrollado adecuadamente, tanto en forma como en su contenido, por lo que me permito autorizar su presentación.

Loja, 23 de Julio del 2010

Dra. Mg.Sc. Betty Carrión G.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Los conceptos, juicios y criterios vertidos en el presente trabajo de investigación, son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Rodolfo Gustavo Villacís Granda

Walter Iván Vera Vera

DEDICATORIA

A Dios, que me permitió culminar mi carrera universitaria y a comprender que el perfeccionamiento se logra a través de la superación personal, con humildad y sacrificio; y la persistencia y dedicación de mis padres: Gustavo y Dolores; a mi cuñado: Juan Pablo, que con su esfuerzo y apoyo e podido culminar con éxito una etapa de mi carrera profesional, de manera especial a mi esposa Raquel y a mi hijo Gustavito, quienes con su amor y dulzura son mi inspiración para triunfar en la vida…..

Gustavo

El presente trabajo está dedicado primeramente a Dios, por otorgarme la vida, y para cumplir la metas que me he propuesto, a mis queridos padres, que me han sabido guiar y brindar su apoyo, inculcarme la constancia y la responsabilidad en mi diario vivir; a mis hermanos que siempre me brindaron su ayuda moral e incondicional para que salga adelante en mi vida profesional…

Walter

AGRADECIMIENTO

Culminado el presente trabajo de investigación dejamos constancia de nuestro imperecedero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Área de La Salud Humana, Carrera de Medicina Humana; a sus dignas autoridades y docenes, que desinteresadamente impartieron sus conocimientos que sirvieron de guía en la formación profesional, y de manera especial a la Doctora, Betty Carrión Directora de Tesis, quien jugó un papel indispensable en el mismo ya que con su confianza, paciencia y sobre todo conocimientos supo asesorarnos para el desarrollo y culminación del trabajo.

De la misma manera a los directivos y empleados del Hospital Isidro Ayora, por brindarnos la información necesaria para realizar el presente trabajo de investigación; así como al colegio La Dolorosa quienes abrieron sus puertas permitiendo la socialización de nuestros resultados.

A nuestros padres y familiares, que de otra forma con su apoyo y concejos formaron parte del trabajo.

Los Autores

ÍNDICE

RESUMEN 1

SUMMARY 3

INTRODUCCIÓN 4

REVISON LITERARIA…….....9

MATERIALES Y MÉTODOS .....……46

RESULTADOS 49

DISCUSIÓN 61

CONCLUSIONES 71

RECOMENDACIONES 74

BIBLIOGRAFÍA 77

ANEXOS 80

HOJAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 81

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN 83

RESUMEN

1. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo para analizar la incidencia del parto, sus complicaciones biopsicosociales en las adolescentes en el Hospital Isidro Ayora de Loja, desde Enero a Junio del 2009. El grupo de estudio estuvo comprendido de 339 adolescentes. Esta información fue recogida de las historias clínicas de las pacientes así como registrada en el documento de recolección de datos. Los resultados obtenidos nos demuestran que la incidencia en partos en adolescentes es del 24.35 %. Referente a las consecuencias biológicas, el bajo peso materno estuvo presente en el 54,27 % de las adolescentes, el 83,77 % de estas eran amas de casa, el 65 % de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones, además de asociarse con mayor frecuencia las complicaciones posparto para la madre. Respecto a las complicaciones psicosociales se pudo observar que el 73.3% de pacientes tiene un nivel de vida precario manteniéndose en el nivel socioeconómico bajo. Las complicaciones psicológicas y sociales fueron de difícil evaluación en esta investigación, ya que existe poca o nula información dentro de los datos clínicos de las pacientes adolescentes. Este estudio muestra todos los riesgos que implica un embarazo en estas edades, por lo que insistimos en lo importante de disminuirlos al mínimo.

Summary

He/she was carried out a descriptive, traverse study, retrospective to analyze the incidence of the childbirth, their complications biopsicosociales in the adolescents in the Hospital Isidro Ayora of Loja, from January to June of the 2009. The study group was understood of 339 adolescents. This information was picked up of the clinical histories of the patients as well as registered in the document of gathering of data. The obtained results demonstrate us that the incidence in childbirths in adolescents is of 24.35%. With respect to the biological consequences, the first floor maternal weight was present in 54,27% of the adolescents, 83,77% of these they were housewives, 65% of these gestating ones presented some illness during the pregnancy and its products suffered bigger number of complications, besides associating the complications postpartum most often for the mother. Regarding the psychosocial complications one could observe that 73.3% of patients has a precarious level of life staying in the socioeconomic level under. The psychological and social complications were of difficult evaluation in this investigation, since little or null information exists inside the clinical data of the adolescent patients. This study shows all the risks that it implies a pregnancy in these ages, for what we insist in the important thing of diminishing them to the minimum.

INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la salud, define a la adolescencia como el proceso de vida comprendido entre los 10 – 19 años. 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, es decir la aparición de caracteres sexuales primarios y secundarios que habilitan al hombre y a la mujer para el proceso reproductivo. Pero en realidad es mucho más compleja la experiencia, en pos de la identidad de los hombres y mujeres ya que en ella intervienen sistemas y modelos socioculturales.

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública. Según estadísticas mundiales, en la actualidad la población adolescente representa cerca del 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo. Desde la década de 1990, el aumento

continuado de las tasas de nacimiento para mujeres de menos de 20 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas, la cual se ha incrementado de un 36% al 51%.

Desde una concepción integral de la sexualidad podemos comprender que toda esta eclosión de cambios corporales va necesariamente a afectar la manera de sentir, pensar, y actuar de los y las adolescentes, con respecto a su propio cuerpo, la relación con hombres y mujeres, y la forma como los adultos los perciben entre ellos sus padres y maestros.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un *"problema"*, ello limita su análisis. En todo caso, esta problemática se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un *"problema"*, exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la *"salud integral del*

adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral bio-psico-social por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad. La atención, el desarrollo integral y la promoción de la salud son estrategias de los organismos de salud para que la población en general se sienta participe de su propio bienestar. El análisis de este trabajo permitirá determinar la incidencia del embarazo en las adolescentes y sus complicaciones bio-psico-sociales, razón por la cual se justifica realizar este tema.

Por lo tanto se estudió las consecuencias biopsicosociales del parto y su incidencia en este grupo poblacional, para lo cual se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo en el grupo de adolescentes que tuvieron su parto en el tiempo comprendido de Enero a Febrero del 2009, requiriéndose el instrumento de recolección de datos en donde se registro la información, la cual fue analizada y luego de acuerdo a los resultados se realizó una actividad de socialización con un grupo de estudiantes de un colegio de la ciudad. Se completa la investigación con la discusión, las

conclusiones y recomendaciones. El presente trabajo cuenta con su respaldo bibliográfico.

REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años"

Adolescencia es un concepto moderno, fue definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX, estando ligado a los cambios económicos, culturales, al desarrollo industrial, educacional y al papel de la mujer también al enfoque de género en correspondencia con la significación que este grupo tiene para el proceso económico-social.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.[1] No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

[1] Berk, Laura E. Desarrollo del Niño y del Adolescente.2004.

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de “examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar”. En el área afectiva social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanza la autonomía, y además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. El autoestima en esta escala es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de si mismo. Otra de las tareas en esta área es la de alcanzar la identidad sexual y búsqueda de la pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente. El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable.

El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente. Por la misma inestabilidad emocional, por

desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa para una gran parte de ellos, muy susceptible de tomar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (trastornos de la conducta alimenticia), alteración en la relación personal o conductas más dañinas autodestructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga.

Esta situación nos lleva a la reflexión de que la labor de padres, inicia desde la misma planeación de estructurar una familia. El proporcionar el afecto y los cuidados necesarios en cada una de las etapas de su desarrollo son parte fundamental en la formación de su personalidad, esto llevará al adolescente, que en cualquier escenario, la toma de decisiones es la correcta y que es congruente con su integridad.

CAPITULO II

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La activación del sistema funcional formado por el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (ovárico y testicular) y la subsiguiente cascada de procesos de cambio madurativo que se producen en una época del desarrollo vital de las niñas y niños reflejan sin lugar a dudas los aspectos filogenéticos del mantenimiento de la especie a través de la procreación sexuada y los aspectos ontogenéticos de la diferenciación sexual en la especie humana. Los cambios puberales (cambios somato-psíquicos), esencialmente dismórficos en cuanto a caracteres sexuales secundarios, provocan una realidad social radical: la capacidad de ser fértiles va a unir y a separar definitivamente a los sexos.[2] Esta capacidad para procrear tiene, como hemos señalado, unas implicaciones sociales de vital importancia. Este nuevo estatus implica la asignación de toda una cascada de prerrogativas y demandas que va a situar a las niñas y a los niños de manera inequívoca en una de las dos nuevas situaciones posibles: ser una mujer o ser un hombre. Habitualmente este es un proceso identificatorio sin demasiada discontinuidad entre la identidad infantil y la nueva, las niñas construyen mujeres y los niños varones. Esta imagen de continuidad no debe

[2] PNUD, Informe sobre desarrollo humano, 2003.

engañarnos sobre el potencial de conflicto que genera este período vital, tanto a nivel vivencial del sujeto como del entorno que lo enmarca.

La adolescencia, como período vital y social, se puede referenciar como un período de "reindividualización y/o reivindicación sexual", en el que dominan unos cambios guía: pasar de un cuerpo de niña/o a un cuerpo de mujer/varón; transformar una identidad infantil en una identidad adolescente; sustituir el núcleo funcional familiar por el núcleo fusional externo; el deseo sexual, como investimento erótico del "otro", se convertirá en el motor vivencial que con más fuerza organizará el mundo de los afectos y sentimientos.[3]

2.1. Los Cuerpos y Las Identidades

Decíamos que el primer mandato que deben cumplir los adolescentes será convertirse, casi de la noche a la mañana, en mujeres y hombres. Sí hay un rasgo estructural que se repite en todas las sociedades humanas: adjudicar de manera diferencial e inequívoca formas, funciones, pensamientos, expectativas, apetencias, predisposiciones e incluso derechos a cada sexo con el objetivo de clarificar en la organización social la distinción entre varón

[3] Rice Philip. Adolescencia Desarrollo, Relaciones y Cultura. 2000.

y mujer. Constituyéndose ambos sexos de esta forma como polos opuestos, antagonizándose de forma artificial lo que tal vez sólo sea una cuestión de matices. Parece evidente que los sexos tienen diferencias entre sí, pero esto no significa que sean diferentes, es fácil comprobar que las similitudes son más que las diferencias.

Es éste, la construcción social de los sexos, un proceso que funciona desde el nacimiento del individuo como una estructura de complementariedad; ambos sexos se construyen en registros paralelos en los que existen algunas convergencias entre ambos pero, sobre todo, muchos opuestos. La asignación de pertenencia a un sexo o al otro será automática e inequívoca en la primera infancia en base a tener un cuerpo con genitales externos más o menos conformados como hembra o como macho de la especie. Nadie pone en duda en esos momentos la bondad y la exclusividad de la asignación en base a esa vulva y a ese pene. ¡Es una niña! o ¡es un niño! Coincidiendo con el inicio del proceso de socialización temprano, que también inicia la época llamada como 2.ª infancia, en la que el grado de individuación, por lo tanto de autonomía, ya permite claramente significar singularidades, esta asignación empieza a ser más exigente. La presión, ejercida a través de la familia y del grupo, va aumentando en cuanto a la no adopción de esquemas vivenciales y comportamentales que estén asignados de manera exclusiva al otro sexo. Va a ser en este período de edad, entre los

3 y 5 años, cuando se consolida la identidad sexual nos referimos a la clara identificación y pertenencia a un sexo y el sentimiento inequívoco de fijación a él.

Al llegar a la adolescencia todo esto se complica y se amplifica. Si durante la infancia el sexo es el hecho más radical a nivel existencial, durante la adolescencia, además, se convierte en el hecho más radical a nivel vivencial. Los cambios que se sufren en la pubertad no son un simple crecimiento, son un cambio radical; se produce una transformación real en muy poco tiempo, casi una metamorfosis.[4] Los cambios van a arrancar del cuerpo y es a partir de ahí desde donde se inicia el proceso de referenciarse y ser referenciado. Las diferencias con base neuro-hormonal separan los puntos de arranque del proceso: las chicas se adelantan casi dos años a los chicos. Pero tanto en ellas como en ellos el cuerpo va a ser el escenario de la acción, el cuerpo como sustento y como carta de presentación de esa nueva identidad incipiente. En ambos la narcisificación corporal a través de la mirada "del otro" toma en ese momento vital la capacidad de reorganizar la aceptación de ese nuevo cuerpo. Pero ese cuerpo puede convertirse también en un posible núcleo conflictivo. Bien a nivel superficial, cuando hay una mala aceptación de los propios ritmos, cuando hay falsas creencias sobre el

[4] Iñaki Lete Lasa. José Luis de Pablo Lozano. *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*

desarrollo y las propias capacidades y en los problemas de aceptación de la figura corporal. O bien a niveles más profundos, como en la anorexia/bulimia, en las ansiedades graves de separación y en las transexualidades secundarias.

La identidad de la adolescente y del adolescente se reafirma en ese nuevo cuerpo, fuente de conflicto pero simultáneamente de ventajas, y en las nuevas capacidades cognitivas. El mundo toma un nuevo significado. Sintéticamente: el “yo” adolescente es un “yo” repleto de inquietudes y deseos de autonomía que se enfrenta a un “yo” real lleno de limitaciones estructurales sociales implícitas en la asignación. La adolescencia es una época de exigencias y responsabilidades.

2.2. La Identidad Genérica

El aspecto más básico de nuestra identidad es la identidad de género o genérica, que tiene que ver con nuestro reconocimiento y la aceptación de nosotros mismos como varón o mujer.

En el útero durante las primeras seis semanas después de la concepción, somos todos fisiológicamente de género femenino y solo después de esta etapa los varones “los que tienen cromosomas X Y” empiezan a diferenciarse sexualmente. Esta diferenciación no siempre es fácil; a veces los bebes

nacen con genitales ambiguos. Cuando sucede esto, la comunidad médica corrige quirúrgicamente la ambigüedad para crear un varón o mujer "anatómicamente correcto/a" (basando la decisión en un conjunto de factores, entre los que se incluye una verificación de los cromosomas, la relativa predominancia de ciertos organismos específicos, la posibilidad quirúrgica y los deseos de los padres).

En general, sin embargo, el género viene como una unidad o "paquete" y es poco lo que podemos hacer acerca de ello. Muy temprano, en sus vidas, los niños empiezan a desarrollar una conciencia de su "unidad", ósea aprenden los rótulos pegados a su "paquete", que generalmente comienzan como "mama – papa", y dan lugar a "niño/niña, masculino o femenino".[5]

2.3. El Rol Sexual

Otro aspecto de la sexualidad es el rol sexual, que es como nos comportamos como varones y como mujeres. Mientras se va desarrollando un conocimiento acerca de que "paquete" tenemos, el mundo envía mensajes sobre el significado de dicho "paquete". Además, observamos el comportamiento de las personas que tienen el mismo "paquete" que nosotros, e incorporamos esa información a nuestro repertorio de conducta.

[5] OPS, Manual de la adolescencia, 1992

Una expectativa del rol sexual, que los niños le recogen muy temprano, es no actuar como si fuera del otro sexo (afeminado, marica y marimacho).

Tales calificaciones ejercen un efecto de restricción sobre los jóvenes varones, a quienes se les desanima el explorar las inclinaciones que pueden tener hacia la danza, la música, las artes en general, actividades que a menudo se identifican como (femeninas).

La mayoría de nosotros tenemos que lidiar toda la vida con aspectos del rol sexual, especialmente ahora que la sociedad está en una etapa de transición en su comprensión de cuáles son las funciones apropiadas del varón y de la mujer. Por ejemplo, el hombre de edad madura que le abre la puerta a la mujer, puede deleitar a su madre y ofender a la colega “feminista”. La misma conducta puede ofender o ayudar, dependiendo de las actitudes de la persona que la recibe acerca del rol sexual apropiado.

2.4. La Orientación sexual

Otra dimensión crítica de nuestra sexualidad es la orientación sexual, que está basada en los sentimientos persistentes de atracción sexual y emocional hacia los varones o hacia las mujeres, o hacia ambos sexos. La mayoría de seres humanos desarrollan atracción hacia el sexo opuesto, una proporción más pequeña hacia el mismo sexo y algunos hacia ambos sexos.

Cualquiera que sea el caso no es algo que ellos decidan conscientemente. Llega un momento en que los jóvenes toman conciencia de quien o que los atrae y/o existan. Ellos se dan cuenta de que necesitan acercarse a alguien, de que los arrasa una emoción poderosa. La atracción es impulsada por los cambios hormonales que vienen con la pubertad.

2.5. El Comportamiento Sexual

Durante la adolescencia temprana, los jóvenes han desarrollado el sentimiento de quien y que los atrae. Contrariamente a las suposiciones populares, el darse cuenta de esta situación no implica automáticamente el tener relaciones sexuales.[6] El comportamiento sexual puede ser una decisión tanto de no hacer como de hacer algo, incluyendo el beso, tomarse de las manos, masturbarse, y una gama completa de otros comportamientos (de los cuales el acto sexual es uno más).

2.6. La Identidad Sexual y los Mitos de Pertinencia

En el mismo orden de cambios la identidad sexual se actualiza, de manera simplista y con una gran exigencia, en las y los adolescentes con un mandato claro: “ser una mujer es ser femenina y esto conlleva tener una

[6] Iñaki Lete Lasa. José Luis de Pablo Lozano. *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*

sexualidad femenina", "ser un varón es ser masculino y esto conlleva tener una sexualidad masculina".

Nadie sabe bien qué es todo esto, la herencia biológica no va a ser lo que permita a una/un adolescente poder clarificar e identificarse con un modelo unificado de lo que es ser femenina y masculino. Mucho menos cuál va a ser el significado de tener una sexualidad femenina o masculina.

La feminidad y la masculinidad son constructos que surgen de los diversos sentidos que la sociedad le asigna a la imagen de mujer y de varón. Desde luego no son conceptos naturales, son conceptos históricos, culturales, psíquicos, sociales y relacionales. Es en el mundo simbólico que se maneja en cada cultura donde se reflejan claramente estos constructos y lo que va a servir de referencia.

Hasta hace unos años la adolescencia disponía de los ritos de paso que facilitaban la adquisición de su nuevo estatus; en nuestro ámbito cultural se carece de las ritualizaciones de pasaje de la niñez al siguiente período vital. El significado de este ocultamiento explícito tiene que ver con el propio alargamiento, hasta el absurdo, del período de tránsito entre la niñez y la juventud, la adolescencia. La propia Organización Mundial de la Salud, cuando define los límites de la adolescencia, incluye un período pre, que se corresponde con el inicio de la pubertad, y un post, que casi se solapa con la

juventud, alargándose desde los 10-11 años hasta los 21-23 años. No caben ritos de paso a un período tan indefinido, el tiempo de espera es demasiado largo y la exigencia real es la permanencia durante demasiado tiempo en una situación en la que las capacidades de autonomía e independencia no se pueden llevar a cabo. A pesar de esta ausencia de ritos formales, la maduración y las nuevas capacidades exigen un escenario donde afianzar el cambio. Va a ser el "paso a la calle" el que marcará estos rituales de inclusión en el mundo adulto, conquistándose al asumir los modelos que dan consistencia al grupo de iguales.

Sus nuevas capacidades fisiológicas procreadoras recién estrenadas, la maduración ovárica y testicular, van a tomar significados vivenciales y sociales diferentes en este paso en nuestro contexto cultural.

El adolescente varón sabe que su eyaculación debe investirse relacionada con la virilidad y como resultado inequívoco de la erección. En este investimento fálico se relaciona de forma muy íntima la masculinidad con la potencia y de paso se legitima el placer. La mayoría de mandatos explícitos que reciben los chicos tienen que ver mucho, ya se inició en la infancia, con la eliminación de todo rasgo de ambigüedad y para ello hay que eliminar todos los vestigios de componentes femeninos y ensalzar la masculinidad como reflejo cierto de la virilidad.

La masturbación se convierte en el modo de demostración de pertenecer a esa categoría. Aunque rápidamente va a dejar paso al verdadero valor que subyace en esa demostración, el varón tiene que ser el polo activo de la sexualidad; es en este plano donde la agresividad aparece como el proyecto de la masculinidad. Así, la conquista sexual se convierte en un elemento que no sólo ofrece refuerzo narcisificante por el hecho de "ser uno reconocido y deseado por la persona deseada", sino que tiene la función clara de refuerzo y mantenimiento de esa masculinidad siempre frágil.[7] La penetración coital se convierte en la confirmación de haber realizado el pasaje y en un espejismo de realización. Es el encuentro con los otros (varones) el espacio iniciático, que se enfrenta a la familia, que va a ser asimilada como el espacio fusional, protector, "castrador" y feminizante. Es la vertiente genital de la sexualidad, vinculada al placer orgásmico, en la que los varones están mejor entrenados.

Para ellas la maduración ovárica, vinculada con la menstruación, tiene un referente vivencial directo con otro registro, la responsabilidad, que es mucho más limitador. A esto se suma que en el espacio simbólico legitimador y afianzador de la feminidad, la identificación con la madre (personalmente) y

[7] Mc.Anorney. Kreipe y col. Medicina del adolescente.1994

la capacidad de serlo (socialmente) es irremediable, y éste es un registro des-erotizado. Las chicas van a estar mejor entrenadas en la vertiente vinculada a los afectos, la ternura, las caricias, los sentimientos, poco genitalizada.

Así, la legitimación del placer en las adolescentes es mucho menos explícita que en los varones, y el deseo sexual como un proceso activo mucho más difícil de asumir. Éste no parece que sea el contexto donde ellas van a tener que incorporarse en ese rito de paso irremediable hacia la adultez.

2.7. El Conocimiento Sexual

Está claro que el conocimiento es un componente importante de la sexualidad, pero he aquí la tragedia para la mayoría de los jóvenes de hoy; pasan por el proceso – identificando quienes son, lo que pueden ser como varones y como mujeres, como se sienten al respecto, con quién desean estar – y se ponen el rotulo, antes de que empiecen a obtener la información precisa sobre la sexualidad (si es que alguna vez la obtienen).

2.8. Las Habilidades Sexuales

Quizá el último componente del aprendizaje sexual sea la adquisición de las habilidades sexuales. Nuevamente los mitos predominantes enseñan que el sexo puede ser “maravilloso” o “sucio”, que en cualquier caso, instintivamente “sabemos cómo hacer” desde el comienzo, y que si no lo

sabemos algo debe andar mal con nosotros.[8] De hecho, como muchas otras actividades, realmente no lo hacemos bien si no después de repetir la experiencia varias veces.

2.9. Fantasías

Lo que pensamos y soñamos también es importante. Un muchacho de quince años de edad llamo por teléfono a un servicio de orientación, convencido que era homosexual, por el siguiente incidente: Había estado en una fiesta, se emborracho y perdió el conocimiento. Cuando volvió en si noto que alguien lo estaba "besando". Como estaba en estupor apenas semidespierto, supuso que esa persona era una chica cuya atención él había estado tratando de conseguir toda la tarde y gozo plenamente de la experiencia. Cuando abrió sus ojos, se dio cuenta que no era la chica sino un muchacho. Su conclusión fue que si había gozado tanto de una experiencia con un muchacho, debía ser homosexual. Este incidente aislado, sin embargo, no indicaba que fuese homosexual. Mientras su cuerpo estaba envuelto en una experiencia homosexual. Por cierto, a las fantasías sexuales debe dársele consideración esencial cuando se desea determinar el significado de una experiencia sexual.

[8] MC.Anorney. Kreipe y col. Medicina del adolescente.1994

CAPITULO III

EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los primeros dos años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica o = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.[9] Ha sido llamado también el síndrome de fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

Durante los últimos años la atención de la adolescente embarazada en Latinoamérica a experimentado un considerable desarrollo, se han creado servicios especiales y se han destinado actividades especificas de los programas maternales para este grupo etareo.

3.1. Fenomenología del Embarazo en la Adolescente

El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobreimpone a las crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia colorean las actividades de las adolescentes frente al embarazo. Hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante la adolescencia temprana, media y tardía, y

[9] Caballero Batista, Ángela, and Tony Méndez Díaz. "El sentido psicológico del embarazo en adolescente gestantes.2005

su conocimiento ayuda a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo.

Las actitudes de las adolescentes frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad, de acuerdo con las influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc. Sin embargo, es posible encontrar algunas características comunes y distintas que permiten clasificar conductas en bases a etapas de desarrollo de la adolescente.

3.2. Actitud Frente al Embarazo

Etapa de adolescencia temprana

- Incidencia más elevada de trastornos emocionales y negación patológica.
- El foco de preocupación en su propio cuerpo y la separación de la madre, en muchas adolescentes el embarazo es la respuesta contrafóbica a la dependencia (nunca satisfecha) de la madre, y lo es a la manera de un experimento con el propio cuerpo misterioso.

Etapa de adolescencia media

- Establecimiento de la identidad y de la feminidad. Característica la marcada competición con la madre.

- El embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, durante esta etapa es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de la depresión (se siente aislada, rechazada, no querida) pasa de la euforia (dinámica, querida, popular). El embarazo, por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brinda madurez y oportunidades.[10]

Etapa de adolescencia tardía

- Absorbida por el tema de las relaciones interpersonales, a menudo el embarazo es un intento de consolidar y de “atar al novio”.
- Es la etapa de la consolidación de la identidad y para algunas adolescentes eso se logra con la integración en el rol de la madre joven, estrechamente ligado a los factores culturales.

3.3. Actitud con Respecto a la Experiencia del embarazo

La adolescente temprana ligada a su madre y a sus propias necesidades, no es capaz de pensar en el embarazo como un evento que va a culminar transformándola en madre.

[10] OMS: Incidencia Del Embarazo Precoz en Latinoamérica. 2001

En la adolescencia media, es común ver una dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento poderoso de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y de orgullo.

Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve la raptación al impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por temas de la realidad y se dedican a los placeres de la nidación.

3.4. Complicaciones del Embarazo Adolescentes

La adolescencia es una etapa de crisis en la vida del ser humano. Constituye de por si un eslabón débil en una cadena sobre la cual hay que actuar para poder garantizar una futura vida adulta con buen equilibrio biopsicosocial.[11] Por otra parte, la maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado y puede ser vivido de tantas maneras como tantas son las características biológicas, psicológicas y sociales de la misma. En el caso de las adolescentes, estas tienen perfiles particulares por irrumpir el embarazo en el momento crítico de su propia evolución personal. Apenas comenzando el arduo camino de afirmarse como ser intelectual,

[11] Factores bio-psico-sociales que inciden en el embarazo precoz.

físico y socialmente independiente, con un proyecto de vida, el embarazo aparece la mayoría de las veces, en forma no programada, desestabilizando su precario equilibrio, su relación con el medio, en especial con su grupo familiar. Esto ocasiona algunas situaciones negativas, individuales y familiares, como:

- Aumento de la mortalidad materna
- Mayor riesgo de anemia y toxemia del embarazo
- Riesgo de deserción escolar y baja escolaridad.
- Desempleo más frecuente, ingreso económico reducido de por vida.
- Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono.
- Mayor número de hijos.

Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis todavía está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos.

Se observa que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana).

Complicaciones Prenatales

- Anemia
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Enfermedades de transmisión sexual

Complicaciones Natales

- Embarazo pretermino.
- Parto prolongado.
- Complicaciones intraparto (Sufrimiento fetal, atonía uterina). Desproporción feto-pélvica. Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna).
- Recién nacido de bajo peso al nacer.
- Complicaciones Neonatales.
- Ictericia neonatal.
- Sépsis.
- Malformaciones congénitas (polidactilia, paladar hendido).
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Prematuridad.

En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico. Este se relaciona con la pobreza, mala alimentación y mala salud

antes del embarazo, aunado a un inadecuado control prenatal, y no directamente con la edad materna.

La adolescencia es una etapa de crisis en la vida del ser humano. Constituye de por sí un eslabón débil en una cadena sobre la cual hay que actuar para poder garantizar una futura vida adulta con buen equilibrio biopsicosociales. Por otra parte, la maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado y puede ser vivido de tantas maneras como tantas son las características biológicas, psicológicas y sociales de la misma. En el caso de las adolescentes, estas tienen perfiles particulares por irrumpir el embarazo en un momento crítico en su propia evolución personal. Apenas comenzando el arduo camino de afirmarse como ser intelectual, físico y socialmente independiente, con un proyecto de vida, el embarazo aparece la mayoría de las veces, en forma no programada, desestabilizando su precario equilibrio, su relación con el medio, en especial con su grupo familiar.

3.5. Mortalidad Materna en Madres Adolescentes

En la información tradicional se muestra que la mortalidad materna, perinatal e infantil tiene mayores tasas en los extremos de la vida reproductiva, alcanzando su máximo en la menor de 15 años.

En el caso de la región latinoamericana la mortalidad materna total como la maternidad materna especifica por edad ha disminuido en casi todos los países. En algunos de ellos el indicador ya no puede ser utilizado como criterio para la evaluación de programas y se usa la auditoria de casos que permite profundizar el análisis de la calidad de atención en situaciones de accidentes obstétricos y perinatales.

Por otra parte la información de la mortalidad materna sigue siendo de calidad dudosa, con retraso en la entrega de la información, subenumeración y falta de asignación de causas obstétricas que permitan una comparación más acuciosa entre países.

Derivado de este mismo hecho, la prevención de la mortalidad materna en adolescentes se enfoca con la detección precoz de la mortalidad obstétrica y perinatal y su adecuado tratamiento. Es necesario detectar los grupos que tendrán la mayor posibilidad de patología durante el periodo prenatal, natal y postnatal. De este modo, se podrán aplicar los escasos recursos disponibles en aquellas adolescentes de mayor riesgo obstétrico y perinatal

3.6. Actitudes Hacia la Maternidad:

Se producen profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar

diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre:

En la ***adolescencia temprana***, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres.[12] Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la ***adolescencia media***, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*. Es muy común que *"dramaticen"* la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como *"poderoso instrumento"* que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la

[12] García Sánchez M. H., Hernández. L., Manjon: "Embarazo y adolescencia. 2.000.

euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la ***adolescencia tardía***, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

Los datos sobre las **consecuencias fisiológicas a largo plazo** del embarazo adolescente son mínimos. Aunque se ha comunicado de manera regular que las madres adolescentes son más bajas que las madres adultas, no está esclarecido si esto es un resultado de los menores niveles de hormonas gonadales asociados con el embarazo, que acelera la velocidad de cierre epifisario y por ende, detención permanente del crecimiento, o si obedece a que las madres adolescentes maduran temprano y por tanto, cabe esperar que sean más bajas que sus homologas adultas que maduran en etapas más tardías.

Disfunción familiar: Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo. Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente, enfermedad crónica en la familia.

3.7. Consecuencias Para La Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que afecta en forma profunda y adversa las experiencias educacionales, vocacionales y conyugales de numerosas jóvenes. Aunque se ha demostrado en reiteradas oportunidades que las adolescentes que tienen hijos reciben menos educación que la población adolescente en general, el abandono y el fracaso escolar suelen anteceder al embarazo en la adolescente, rara vez es la única razón por la que las mujeres jóvenes abandonan la escuela secundaria.[13] Dado que en numerosos casos el fracaso escolar parece inducir el abandono de la escuela y el embarazo, y que el rendimiento académico previo a la

[13] Andrés Salazar-Arango y Otros. Consecuencias del Embarazo adolescente. 2008.

concepción es uno de los mejores factores predictivos de graduación de la escuela secundaria después del parto.

Aun cuando el nivel socioeconómico y las aspiraciones educacionales sean buenas, las madres adolescentes obtienen trabajos menos protegidos peor remunerados que las adolescentes que posponen la maternidad; en consecuencia, la incidencia de pobreza aumenta a medida que disminuye la edad de la madre.

Además de esto la inestabilidad conyugal es un hallazgo común en las parejas que conciben antes del matrimonio, sobre todo cuando el nacimiento extramatrimonial es complicado por el estrés de la pobreza y la inestabilidad económica.

Por último, la prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos es significativamente más alta en madres adolescentes que en la población general. En un estudio de adolescentes embarazadas y madres, se observo una incidencia de depresión del 60%; en otro estudio, el 13% de la muestra de mujeres jóvenes que habían sido tratadas por un intento de suicidio ulterior.

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

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

3.8. El Aborto en Adolescentes

El aborto provocado es un problema social, consecuencia generalmente de un embarazo adolescente no deseado. Sus causas son habitualmente psicosociales y las consecuencias de sus complicaciones son médicas.

Los países sin aborto legal carecen de estadísticas fidedignas del aborto voluntario o inducido. Las estadísticas se basan en los egresos hospitalarios de los casos complicados y en encuestas poblacionales. La información de la primera fuente se ve sesgada por razones legales, aumentando la tasa de abortos espontáneos y la tasa de complicaciones dependerá de los ejecutores clandestinos (su entrenamiento, sus recursos, los costos). La información de morbimortalidad por aborto en adolescentes, está influenciada por el diagnóstico tardío del embarazo en ellas haciendo que, al acudir a *"aborteros"* de bajo nivel, se practiquen los abortos en gestaciones avanzadas y en malas condiciones higiénicas. Además, por desconocimiento del embarazo por parte de padres o tutores, las complicaciones del aborto de las adolescentes se reportan tardíamente, llegando en sumo estado de

gravedad a la internación, con mayor mortalidad (shock séptico, anemia extrema, compromiso de vísceras por perforaciones uterinas).

Complicaciones del aborto: En la mayoría de los casos a la mujer nunca le dijeron todo lo que le podía pasar. Muchas veces, se explica el aborto como un procedimiento quirúrgico clínicamente seguro. Pero los aspectos del llamado procedimiento "seguro" pueden dejar un deterioro físico permanente, sin mencionar el potencial de problemas psicológicos crónicos.[14]

El aborto, legal o ilegal también daña física y psicológicamente a la mujer y hasta puede acarrearle la muerte. La propaganda proabortista continuamente proclama la mentira de que el aborto legal es médicamente "seguro", y de que es necesario legalizarlo o despenalizarlo debido a la gran cantidad de muertes maternas causadas por el aborto ilegal. Esta estrategia para legalizar el aborto se llama engañosamente "Maternidad sin riesgos".

Entre las complicaciones físicas del aborto en la mujer están las infecciones, las hemorragias, las complicaciones debido a la anestesia, las embolias pulmonares o del líquido amniótico, así como las perforaciones, laceraciones o desgarros del útero. Estadísticamente hablando, se estima que el riesgo

[14] María Rosa Escalona. Factores Bio-Psico-Sociales del Embarazo precoz. 2002

inmediato de dichas complicaciones es de un 10%, pero el de las complicaciones a largo plazo es entre el 20 y el 50%.

Además de las complicaciones físicas, las mujeres sufren emocional y espiritualmente de lo que ya se ha identificado como el "Síndrome postaborto." Estos efectos del aborto incluyen sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del bebé abortado, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido, etc.

La Real Academia de Obstetricia de Inglaterra ha informado que las probabilidades de problemas psiquiátricos graves y permanentes después de un aborto pueden alcanzar hasta el 59% de las madres. La Organización Mundial de la Salud por su parte informa que las mujeres que se practican abortos por razones psiquiátricas son precisamente las que corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el aborto. Otros estudios muestran que las mujeres que se han practicado un aborto por razones de violación, incesto, salud, etc., tienen aún más probabilidades de sufrir problemas emocionales y psiquiátricos severos que las que se lo han practicado por razones socioeconómicas.

Efectos físicos:

- Esterilidad.
- Abortos espontáneos.
- Embarazos ectópicos.
- Nacimientos de niños muertos.
- Trastornos menstruales.
- Hemorragia.
- Infecciones.
- Shock.
- Coma.
- Útero perforado.
- Peritonitis.
- Coágulos de sangre pasajeros.
- Fiebre/sudores fríos.
- Intenso dolor.
- Perdida de otros órganos.

Efectos psicológicos:

- Culpabilidad.
- Impulsos suicidas.
- Sensación de pérdida.

- Insatisfacción.
- Sentimiento de luto.
- Pesar y remordimiento.
- Retraimiento.
- Pérdida de confianza en la capacidad de tomar decisiones.
- Pérdida de autoestima.
- Preocupación por la muerte.
- Hostilidad.
- Conducta autodestructiva.
- Ira/rabia.
- Desesperación.
- Incapacidad de valerse por sí misma..
- Deseo de recordar la fecha de la muerte.
- Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento.
- Culpabilidad

- Llanto/suspiros.
- Insomnio.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de peso.
- Agotamiento.

- Tragar constantemente.
- Nerviosismo.
- Disminución de la capacidad de trabajo.
- Vómitos.
- Trastornos gastrointestinales.
- Frigidez.
- Muerte.
- Intenso interés en los bebés.
- Instintos maternales frustrados.
- Odio a todos los que tuvieron algo que ver con el aborto.
- Deseo de acabar la relación con su pareja.
- Pérdida de interés en el sexo.
- Incapacidad de perdonarse a sí misma.
- Sentimiento de deshumanización.
- Pesadillas.
- Ataques /temblores.
- Frustración.
- Sentimientos de haber sido explotada.
- Abuso de los niños.

La confirmación del embarazo se presenta para muchas adolescentes como la próxima fase a enfrentar. Aquí es común la depresión, la tristeza, estados

de desesperación, intentos a toda costa y por diferentes vías de interrumpir el embarazo, pueden aparecer ideas e intentos suicidas, sobre todo en aquellas muchachas que se han desarrollado en ambientes educativos rígidos, sin la comunicación abierta y franca con sus padres y/o demás familiares. El momento más crítico para ellas resulta el inevitable enfrentamiento de la situación ante sus padres o tutores, los cuales en ocasiones adoptan actitudes de rechazo a la joven, la culpan de irresponsable o inmoral, la señalan como una vergüenza para la familia y hasta llegan a echarla de su hogar. A veces estas conductas se rectifican por la familia y en otras ocasiones se afianzan. La joven se siente sola, culpable, su autoestima se afecta considerablemente, al estado del embarazo se une la actitud de la familia y se siente muy sola, sin el apoyo necesario, afectándose así poder configurar la nueva situación en un contexto de agrado y disfrute. Se siente señalada, responsable y tiende a la retrospectiva como si quisiera volver atrás en el tiempo.

En una nueva etapa, la familia que llega a acoger a la muchacha, termina por aceptar el embarazo y en el mejor de los casos a la pareja si se ha mantenido la misma. Comienzan a ceder las tensiones y ante la espera del nuevo bebé la joven ha tenido que darle otros contenidos a sus pensamientos, las fiestas, los momentos de compartir con sus coetáneos van quedando atrás. El sentimiento materno comienza a aflorar. El aprendizaje

de cómo atender a un bebé, las preocupaciones referidas a la salud de ambos, las atenciones médicas y el proyectarse como futura mamá, las ideas respecto al parto y otras pasan a formar parte de las nuevas ocupaciones y preocupaciones de la muchacha que se convertirá en madre a destiempo.

MATERIALES Y METODOS

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal retrospectivo de Enero a Junio del 2009 en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja.

Universo: Estuvo constituido por todas la usuarias que acudieron a la atención de su parto en el hospital Isidro Ayora de Loja, durante el tiempo de estudio.

Muestra: Se conformó por todas las embarazadas adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital Isidro Ayora de Loja, que comprenden a 339 usuarias.

Criterios de Inclusión: Se tomó en cuenta mujeres adolescentes de 10 a 19 años de acuerdo con las actualizaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tuvieron su parto en el Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Técnicas y Procedimientos: Para la recolección de la información se elaboró el instrumento de recolección de datos de acuerdo a las variables a estudiar: Numero de partos de acuerdo al libro de datos del departamento de estadísticas del HIA-L, edad materna, escolaridad, ocupación, estado civil, Instrucción, lugar de residencia, patologías concomitantes con el embarazo actual, complicaciones maternas del parto y postparto, estado nutricional y vía de terminación del parto. En el recién nacido el bajo peso al nacimiento,

malformaciones, y complicaciones perinatales más frecuentes en este grupo de edad. Dentro de los aspectos psicológicos y sociales, no existen suficientes datos clínicos y se tomó en consideración, nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación actual, Instrucción y lugar de residencia.

Para el objetivo de intervención se realizó previamente una programación para la promoción y educación la misma que se desarrollo en un grupo de estudiantes secundarios de la ciudad de Loja, solicitándose la autorización del Rector del Colegio La Dolorosa; la temática a presentar se relacionó con la devolución indirecta de la información y la educación sobre temas de orientación sexual y embarazo en la adolescencia.

Se proceso la información en el sistema Epi-info. Se calcularon medias estadísticas descriptivas para variables cuantitativas y se los ha presentado mediante tablas o gráficos para los resultados.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

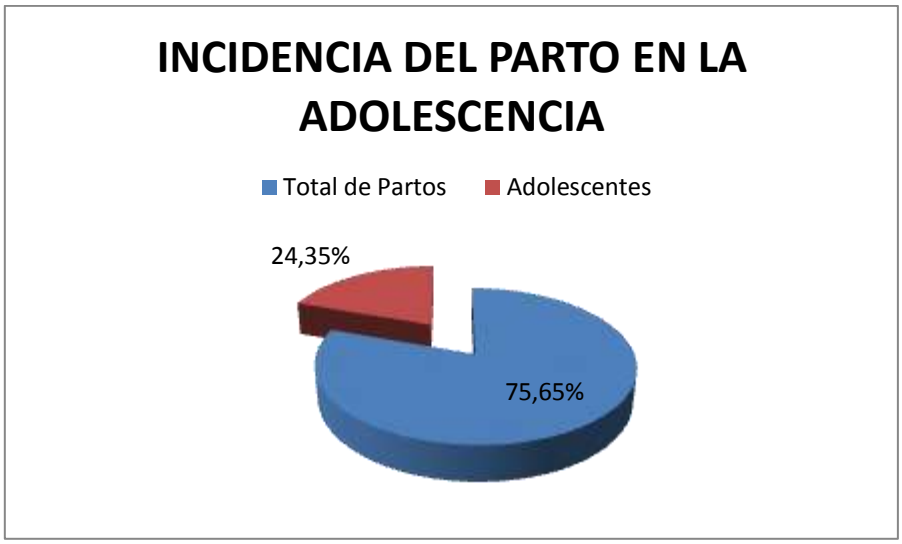
Cuadro Nº 1: *Incidencia del parto en las adolescentes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo Enero – Junio 2009.*

Total de Partos	>20		Adolescentes					
#	#	%	Adolescentes	%	Edad	#	%	= %
1392	1053	74,65	339	24,35	10 – 14	14	4,13	100%
					15 - 19	325	95,87	

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís, W. Vera

De acuerdo al cuadro Nº 1 en el periodo Enero – Junio 2009, se produjeron 1392 partos los cuales 339 fueron en adolescentes, con una incidencia de 24.35%.

Grafico Nº 1



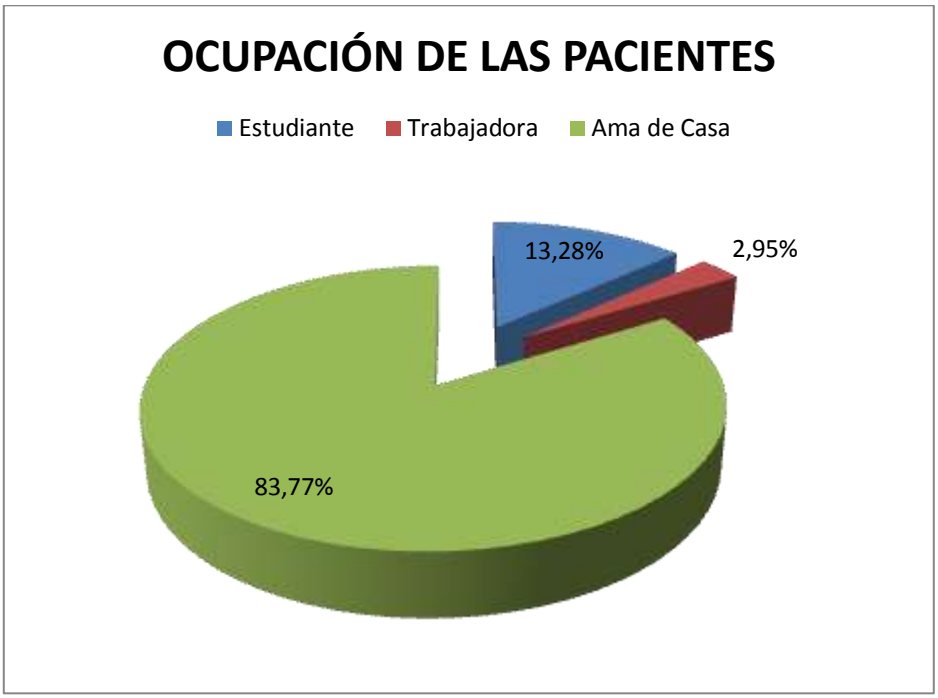
Cuadro Nº 2: *Ocupación de las adolescentes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Enero – Junio 2009.*

Grupo de Edad	Estudiante		Trabajadora		Ama de casa	
	#	%	#	%	%	%
10 – 14	7	2.06	2	0.58	5	1.47
15 – 19	38	11.20	8	2.35	279	82.30
TOTAL	**45**	**13.28**	**10**	**2.59**	**284**	**83.77**

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís, W. Vera

Según el cuadro Nº 2, durante el presente estudio de los 339 casos, 45 adolescentes continúan sus estudios con una incidencia del 13.28%, un pequeño número, 10 pacientes trabaja, lo que representa 2,59%, por otra parte un gran numero 248 adolescentes se dedica a realizar labores en el hogar con un porcentaje de 83.77%.

Gráfico Nº 2



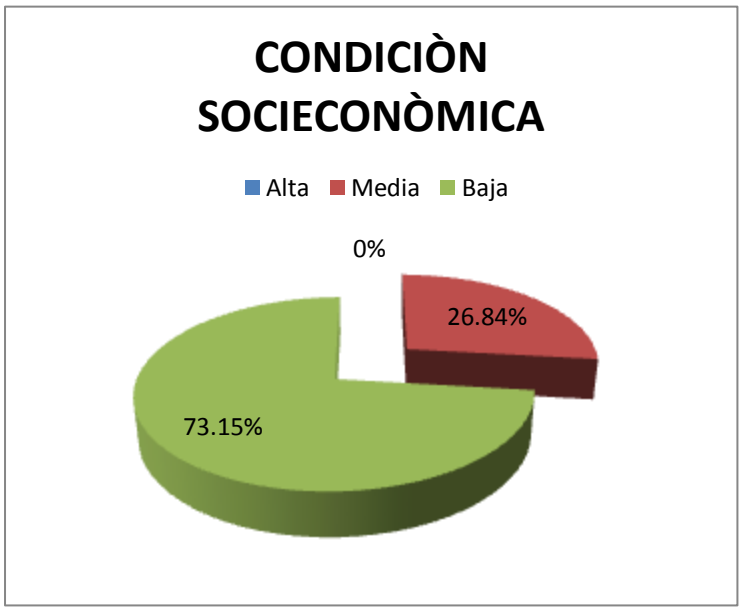
Cuadro Nº 3: *Nivel socioeconómico de las adolescentes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Enero – Junio 2009.*

Grupo de Edad	Alta		Media		Baja	
	#	%	#	%	#	%
10 – 14	0	0	8	2,36	6	1,77
15 – 19	0	0	83	24,48	242	71,38
TOTAL	**0**	**0**	**91**	**26,84**	**248**	**73,15**

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís, W. Vera

De acuerdo con el cuadro Nº 3, el nivel socioeconómico está representado como en la mayoría de la población del país, de las 339 pacientes que forman parte del estudio, 242 que representan el 73.15% viven en un nivel socioeconómico bajo, un numero más bajo 91 de ellas el 26.84% tienen un nivel socioeconómico medio.

Gráfico Nº 3



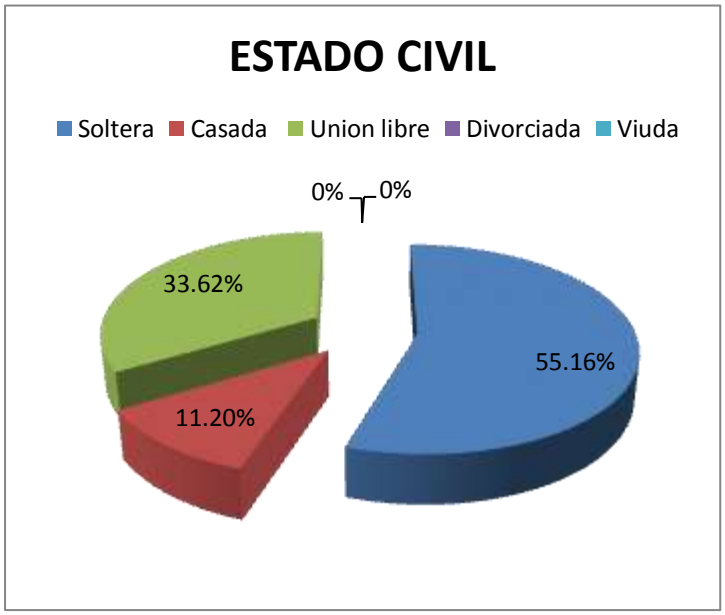
Cuadro Nº 4: *Estado Civil de las adolescentes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja n el ll el en el periodo Enero – Junio 2009.*

Grupo de Edad	Soltera		Casada		Unión Libre		Divorciada		Viuda	
	#	%	#	%	%	%	#	%	#	%
10 – 14	14	4,13	0	0	0	0	0	0	0	0
15 – 19	173	51,03	38	11,20	114	33,62	0	0	0	0
TOTAL	**187**	**55,16**	**38**	**11,20**	**114**	**33,62**	**0**	**0**	**0**	**0**

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís, W. Vera

En el cuadro Nº 4, el estado civil que más se presenta es soltera con 187 casos que representa el 55.16%, también existen 38 pacientes casadas con un 11.20%, en cuanto a unión libre o estable encontramos 114 adolescentes que equivalen al 33.62%.

Gráfico Nº 4



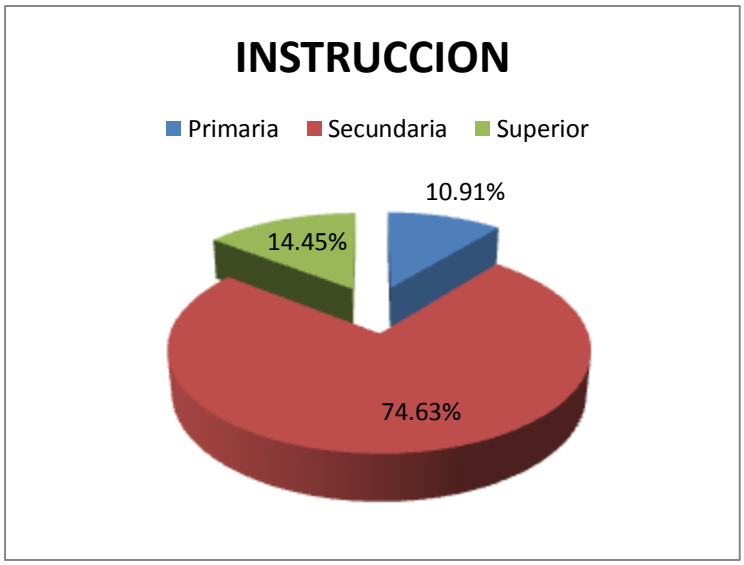
Cuadro Nº 5: *Nivel de instrucción de las adolescentes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Enero – Junio 2009.*

Grupo de Edad	Primaria		Secundaria		Superior	
	#	%	#	%	#	%
10 – 14	7	2,06	7	2,07	0	0
15 – 19	30	8,85	246	72,56	49	14,45
TOTAL	**37**	**10,91**	**253**	**74,63**	**49**	**14,45**

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís, W. Vera

El cuadro Nº 5, nos indica que de las 339 adolescentes estudiadas 37 solo han terminado la primaria con una incidencia del10.91%, un gran numero 253 a concluido a se encuentra en un nivel de educación secundaria lo que representa el 74.63%, por otra parte 49 de ellas están atravesando estudios superiores con un 14.45.

Gráfico Nº 5



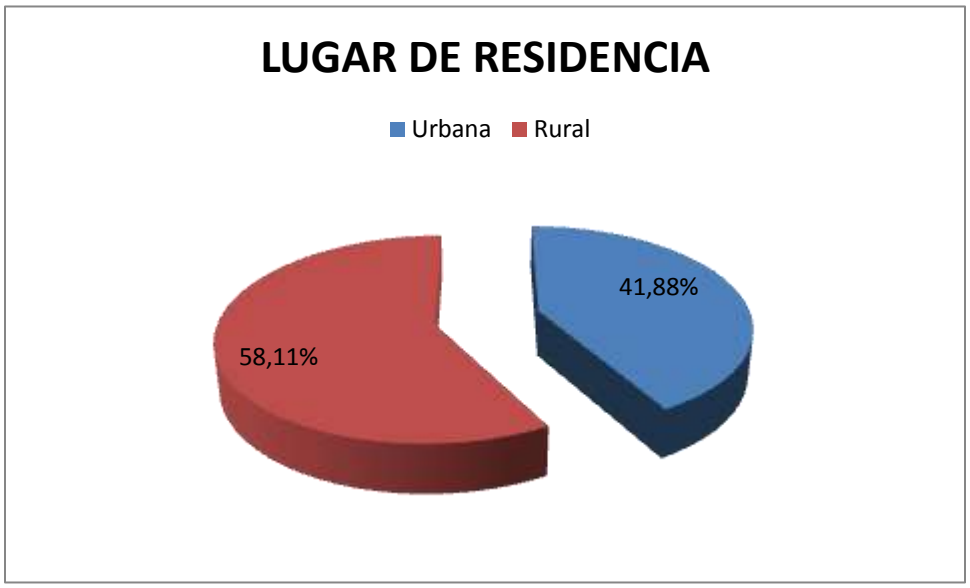
Cuadro Nº 6: *Lugar de residencia de las adolescentes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Enero – Loja 2009*

Grupo de Edad	Urbana		Rural	
	#	%	#	%
10 – 14	5	1,47	9	2,65
15 – 19	137	40,41	188	55.45
TOTAL	**142**	**41,88**	**197**	**58,11**

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís, W. Vera

En el cuadro Nº 6 encontramos que 142 adolescentes viven en un medio urbano lo que representa el 41,88%, el resto de ellas 197 lo hacen en un medio rural con una incidencia del 58,11%.

Gráfico Nº 6



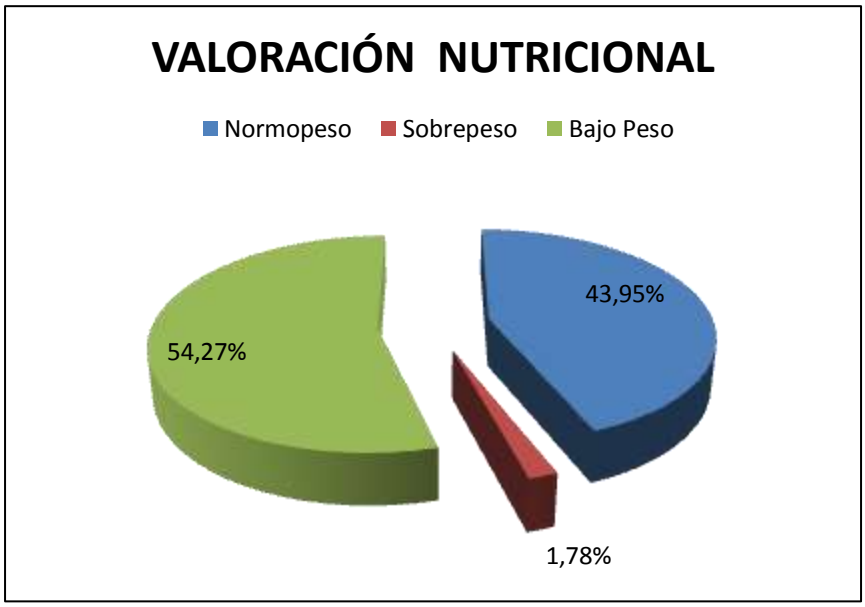
Cuadro Nº 7: *Estado nutricional de las adolescentes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo Enero – Junio 2009.*

Grupo de Edad	Normopeso		Sobrepeso		Bajo Peso	
	#	%	#	%	%	%
10 – 14	9	2.65	1	0.29	4	1.17
15 – 19	140	41.29	5	1.47	180	53.09
TOTAL	**149**	**43.95**	**6**	**1.78**	**184**	**54.27**

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís, W. Vera

En relación al cuadro Nº 7, de las 339 adolescentes estudiadas 149 tienen un peso normal lo que representa el 43.95%, otro grupo de 6 pacientes presentan sobrepeso lo que equivale a un 1.78%, el resto de ellas 184 tienen bajo peso lo que equivale a un 54.27%.

Gráfico Nº 7



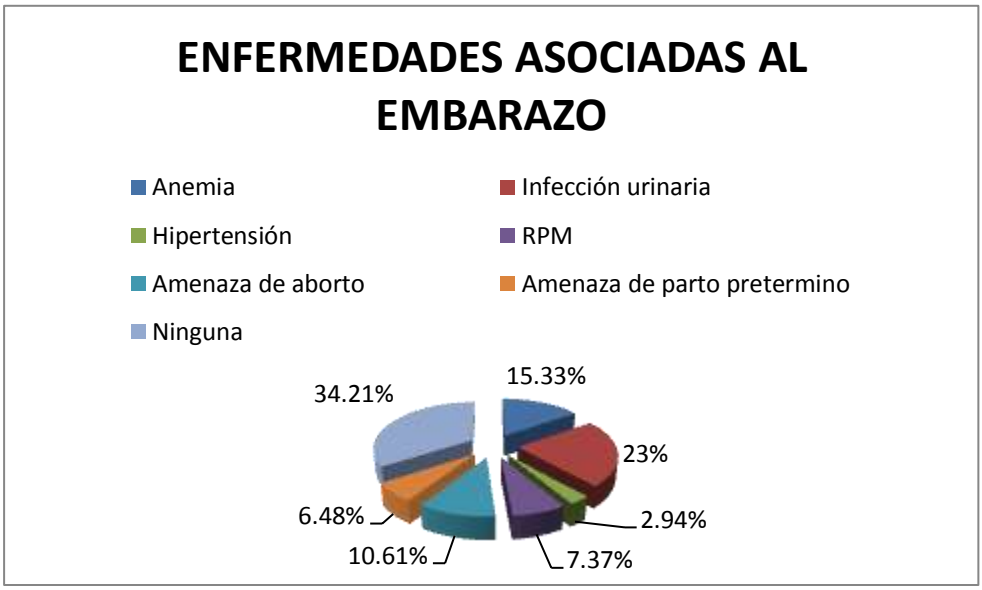
Cuadro Nº 8: *Enfermedades y complicaciones asociadas con el embarazo, en las pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Enero – Junio 2009.*

Grupo de Edad	Anemia		Infección urinaria		HTA		RPM		Amenaza de aborto		APP		Ninguna	
	#	%	#	%	%	%	#	%	#	%	#	%	#	%
10 – 14	3	0.88	2	0.58	3	0.8	1	0.29	1	0.29	0	0	4	1.17
15 – 19	49	14.4	76	22.41	7	2.0	24	7.07	35	10.3	22	6.4	112	33.0
TOTAL	**52**	**15.3**	**78**	**23.00**	**10**	**2.9**	**25**	**7.37**	**36**	**10.6**	**22**	**6.4**	**116**	**34.2**

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís, W. Vera

De acuerdo al cuadro Nº 8, un gran número de pacientes 116 de ellas no presentan ninguna patología lo que equivale al 34.21%, el resto del grupo poblacional presenta, 52 casos de anemia que equivale al 15.33%, infecciones urinarias 78 casos con un 23%, RPM en 25 pacientes con una incidencia 7.37%, Amenaza de aborto 36 casos con un porcentaje de 10.61%, hipertensión 10 casos que equivale al 2.94%.

Gráfico Nº 8



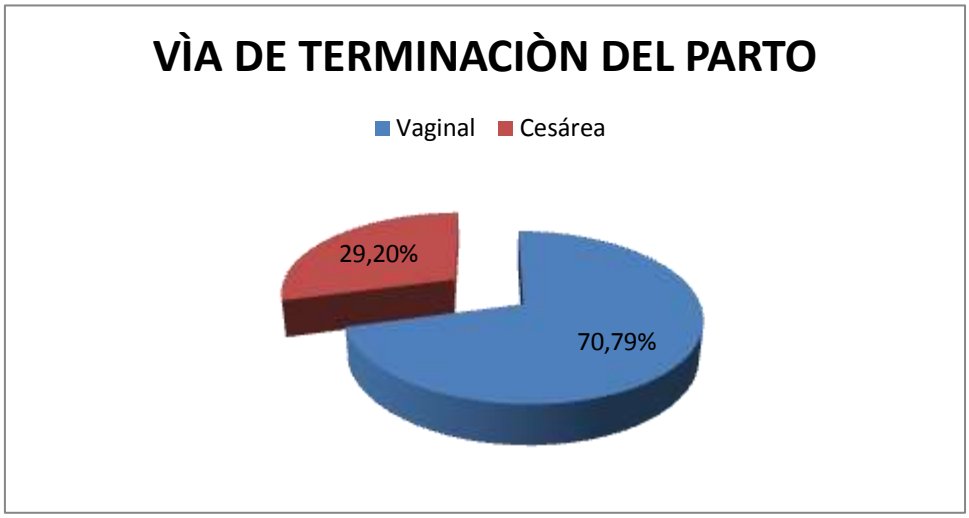
Cuadro Nº 9: *Vía de terminación del parto de las pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Enero – Junio 2009.*

Grupo de Edad	Vaginal		Cesárea	
	#	%	#	%
10 – 14	2	0,58	12	3,53
15 – 19	238	70,20	87	25,66
TOTAL	**240**	**70,79**	**99**	**29,20**

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís. W. Vera

De acuerdo al cuadro Nº 9 la principal vía de terminación del embarazo es el parto vaginal con 240 casos que representan un 70,79%, por otro lado la terminación por cesárea tiene una incidencia más baja 99 casos con un 29,20%.

Gráfico Nº 9



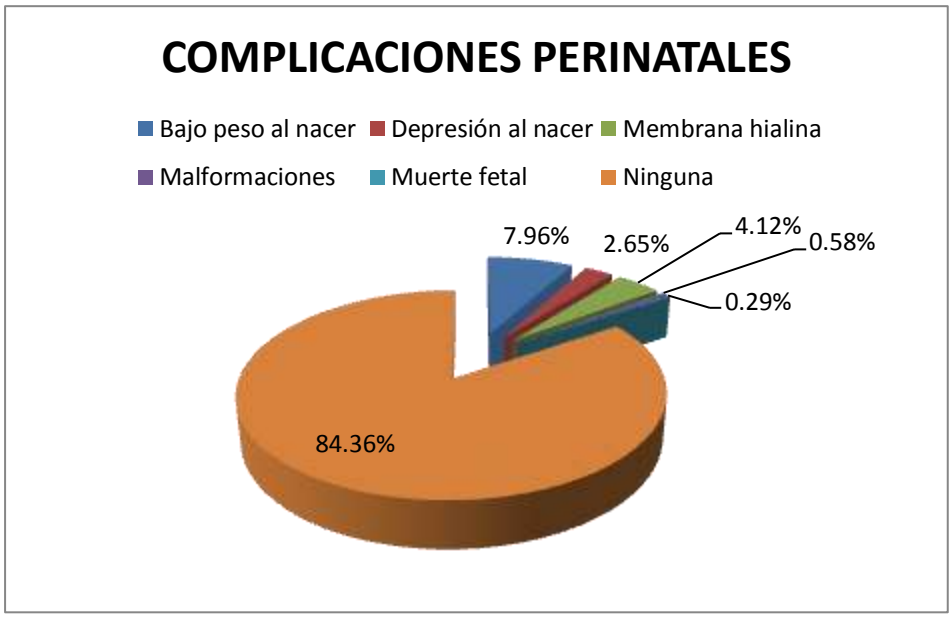
Cuadro Nº 10: *Complicaciones perinatales del recién nacido en las adolescentes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Enero – Junio 2009.*

Grupo de Edad	Bajo peso al nacer		Depresión al nacer		Membrana hialina		Malformaciones		Muerte fetal		Ninguna	
	#	%	#	%	%	%	#	%	#	%	#	%
10 – 14	4	1.17	2	0.58	1	0.29	0	0	0	0	7	2.06
15 – 19	23	6.78	7	2.06	13	3.83	2	0.58	1	0.29	279	82.30
TOTAL	**27**	**7.96**	**9**	**2.65**	**14**	**4.12**	**2**	**0.58**	**1**	**0.29**	**286**	**84.36**

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís, W. Vera

En el cuadro Nº 10 se puede observar que la mayoría de niños 286 no presentaron ningún tipo de patología lo que equivale al 84.36%, sin embargo algunos de ellos presentan complicaciones como, bajo peso para la edad gestacional 27 casos con un 7.96, membrana hialina 14 neonatos que representan el 2.65%, además encontramos otros problemas como: depresión al nacer 9 casos con el 2.65%, malformaciones 2 con un 0.58% y muerte fetal 1 caso que representa el 0.29%.

Gráfico Nº 10



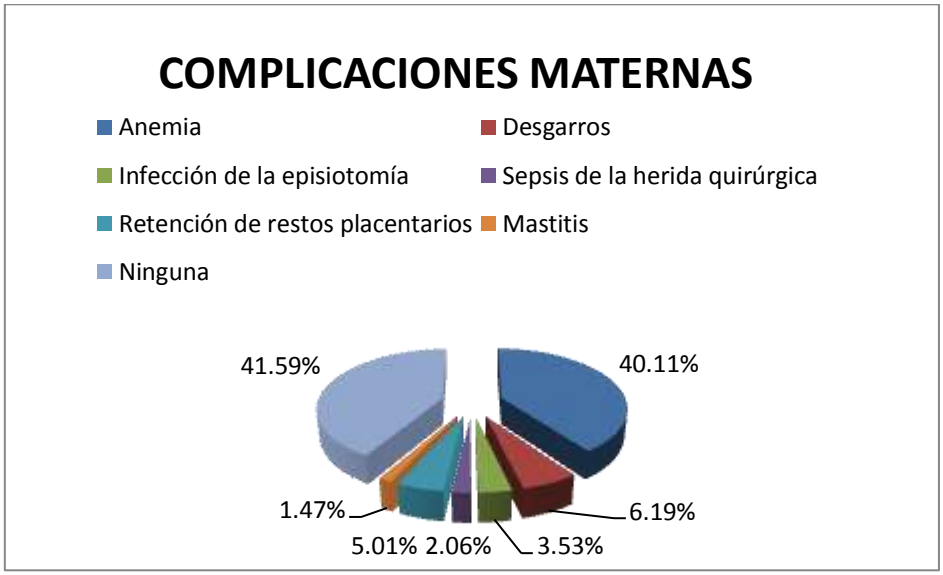
Cuadro Nº 11: *Complicaciones Maternas del Parto y Postparto en las adolescentes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Enero – Junio 2009.*

Grupo de Edad	Anemia		Desgarros		Inf. Episiotomía		Sépsis Herida Qx.		R. restos		Mastitis		Ninguna	
	#	%	#	%	%	%	#	%	#	%	#	%	#	%
10 – 14	1	0,29	9	2,65	1	0,29	1	0,2	2	0,5	0	0	0	0
15 – 19	135	39,8	12	3,54	11	2,24	6	1,7	15	4,4	5	1,4	141	41,5
TOTAL	**136**	**40,1**	**21**	**6,19**	**12**	**3,53**	**7**	**2,0**	**17**	**5,0**	**5**	**1,4**	**141**	**41,5**

Fuente: HCL, Dto. Estadística, HIA- L
Elaborado: Est. G. Villacís, W. Vera

En este cuadro encontramos las complicaciones más frecuentes que se presentan durante y luego del parto en las adolescentes, Anemia 136 casos con un porcentaje del 40.11%, desgarros 21 pacientes con un 6.19%, retención de restos 17 que equivale al 5.01%, infección de la episiotomía 12 casos con un 3.53%, Infección de herida Qx, en el 2.06%, patologías como la mastitis 5 casos con un 1.47%. Así mismo un gran porcentaje de pacientes no presenta ningún tipo de problema 141 pacientes con un porcentaje del 41.59%

Gráfico Nº 11



DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

En el mundo aproximadamente el 10 % de los nacimientos que se registran anualmente se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día 41095, cada hora 1712. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, representando entre un 15 – 25% de los nacimientos. Sin duda, uno de los problemas más acuciantes resulta el embarazo y parto en la adolescencia, que se observó en nuestro hospital en una cifra muy superior a la mayoría de la literatura revisada y de los propósitos nacionales y provinciales. A nivel internacional en un estudio realizado en el hospital municipal de Santa Cruz del sur de Cuba, se menciona un universo de 594 pacientes, siendo 132 partos de adolescentes, correspondiendo esto al 22,2% frente al 24, 5% de nuestro estudio. Con esto queda entendido que las cifras son muy parecidas, y el problema se convierte no solo en un problema nacional sino también continental.

En el Ecuador el 31 por ciento de la población se compone de adolescentes y jóvenes, es decir más de tres millones de personas, de las cuales el 45 por ciento no trabaja ni estudia, situación esta en la que incide mucho la pobreza. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es

al incremento, siendo la más alta de la subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. Ecuador es uno de los países con menor asistencia de adolescentes al nivel secundario en educación, con menos del 50%, lo que supone un factor de riesgo para la ocurrencia del embarazo en estas edades, así como una consecuencia del mismo. En relación con el embarazo adolescente, según ENDEMAIN 2004, el 45% de adolescentes que se embarazaron, no estudiaban ni trabajaban. En nuestro estudio predominan las amas de casa en una cifra muy superior a la reportada por otros autores, con el 83,77%; frente al 87,1% del estudio comparativo en el Hospital Municipal de Santa Cruz en Cuba. Esta cifra, tomando en cuenta los límites de edad en la adolescencia, nos hace pensar en la cantidad de adolescentes que tienen que dejar sus estudios, para dentro de nueve meses dedicarse a su embarazo. En nuestra sociedad y por falta de políticas gubernamentales y ausencia de conciencia, no se permite la continuidad del año escolar a adolescentes embarazadas, por lo que es necesario anunciar que esto no solo es un problema familiar y personal, sino, también se ha convertido en un problema social.

El control de la paciente, desde la etapa prenatal hasta la culminación del embarazo, constituye un reto para el médico. Esta entidad se considera de alto riesgo tomando en cuenta los factores mencionados y las complicaciones que pueden presentarse, tales como hipertensión arterial

inducida por el embarazo, anemia, abortos, parto pretermino, desproporción céfalo-pélvica, infecciones urinarias, infecciones puerperales y deficiencias nutricionales. En vista de que la embarazada adolescente se encuentra en fase de crecimiento tiene mayores necesidades proteicas, se estima que sus requerimientos diarios son de 1,7 g/ kg de peso de 11 a 14 años y 1,5 g/kg de peso de 15 a 17 años, además de un aumento de las necesidades de energía, vitaminas y minerales.

En la adolescencia se tienden a asumir dietas restrictivas con ayunos prolongados para no aumentar de peso y esconder el embarazo, lo que agravaría los estados de hipoglucemia característicos de la primera mitad del embarazo, caracterizado por hiperinsulinismo. El estado nutricional de la madre tiene un efecto determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. Hay pruebas concretas de que el aumento de peso total durante el embarazo sirve para predecir el peso al nacer, aunque este último también se ve afectado por el estado nutricional y la talla de la madre antes del embarazo. Las madres adolescentes tienen la mayor incidencia de recién nacidos de bajo peso que cualquier otro grupo etario, casi 14 %. Aunque la gestación y la lactancia no son momentos óptimos para corregir estados nutricionales deficientes, varias experiencias con grupos de alto riesgo en virtud de sus características biológicas, psicológicas y sociales, como el de adolescentes embarazadas, han demostrado la utilidad de intervenciones

nutricionales destinadas a promover un crecimiento intrauterino normal y a reducir a un mínimo el bajo peso al nacer. La carencia de nutrientes puede retrasar su crecimiento y disminuir su estatura final, además, se crea una competencia entre la madre y el feto por los nutrientes.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos luego de una revisión bibliográfica concluyó que el aumento de peso materno al momento del parto es un determinante importante del crecimiento fetal.

Un aumento discreto es indeseable por su relación con niños de bajo peso al nacer; un aumento exagerado también preocupa, por las complicaciones que acompañan a los fetos muy grandes. Dentro del estudio existieron 27 pacientes que dieron vida a niños con peso por debajo de los percentiles permitidos correspondiendo al 7,96%. Esto es importante desde el punto de vista de la salud pública, debido a que el peso al nacer es el parámetro que más se relaciona con la supervivencia, el crecimiento antropométrico y el desarrollo mental ulteriores del recién nacido, por esto es de suma importancia evaluar el estado nutricional de la embarazada, en conjunto con una evaluación socioeconómica, dietética, clínica, antropométrica y bioquímica.

El embarazo agrega una sobrecarga importante, aumentando los requerimientos de nutrientes para satisfacer las necesidades del binomio

madre-feto. Para el grupo de adolescentes en nuestra Región, donde existe una investigación previa limitada, evaluar el estado nutricional en las diferentes etapas del proceso reproductivo es una necesidad real. El estado nutricional se manifestó mediante la recolección de nuestros datos, en el bajo peso materno, lo que coincide con otros autores (Menéndez López L, et al. Morbilidad perinatal en la adolescente. X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología y III de Perinatología. Nuestro estudio menciona que el 54,27 de nuestras pacientes, mantienen peso bajo frente al 59,8% del estudio comparativo del Hospital Municipal de Santa Cruz.

De forma global, se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto de forma reducida, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares. En el mundo aproximadamente existen 4.4 millones de abortos de adolescentes embarazadas cada año; y cada cinco minutos un adolescente se suicida en alguna parte de este planeta.13. En Venezuela en 2000 el 16,5 % de las mujeres en edad fértil presentaron anemia y el 34,7 % deficiencia de hierro; de estas 22 % y 39 %, respectivamente, se presenta en los estratos más pobres. En un estudio

realizado en Caracas, en este mismo año, se observó que las embarazadas presentan una prevalencia de anemia de 40,9 %.15. Las enfermedades que se asociaron con mayor frecuencia en la adolescente embarazada dentro del HIA, se encuentran la anemia (15,33 %), los signos de alarma e infección de vías urinarias (23 %), amenaza de aborto (10,61 %), lo que se corresponde con la bibliografía revisada con 33,3%, y pone de manifiesto el gran riesgo que entrañan el embarazo en estas edades tempranas.

En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pretermino, como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional. En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, se relacionan con un desarrollo incompleto de la pelvis materna; lo que determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas).14. Las cifras de nuestra investigación pone de manifestó la incidencia de la morbimortalidad perinatal, donde se observaron complicaciones tales como el bajo peso al nacer (7,96 %), Membrana Hialina (4,12%), y la depresión al nacer (2,65 %), las cuales se observaron en una cifra parecida en el grupo de gestantes de la misma edad según otras literaturas donde se menciona con el 9%, 1.5%, y 4,5% correspondientemente. En cuanto a las complicaciones maternas intraparto y posparto fueron, Anemia (40,11%), desgarros (6,19%), y

retención de restos placentarios en un (5,01%), similar a lo planteado por otros autores, con el 22,7% para anemia, 15.1% para desgarros, y a diferencia en tercer lugar plantea la endometritis con un 2,2%.

En lo que respecta a las patologías del parto, mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo-pélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajo de parto prolongado y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas. Además de la desproporción céfalo pélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné, originando sangrados abundantes que se ven evidenciados en un gran porcentaje de casos de anemia 40.11%. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando.

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública, tanto en América latina como en el resto del mundo. Tras el análisis de los resultados obtenidos en este trabajo se estableció que,

aproximadamente el 24.35% de los recién nacidos corresponde a la población de adolescentes, coincidiendo este dato con estudios internacionales que han demostrado el aumento de frecuencia de partos durante la adolescencia, oscilando entre 7 y 25%. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

En la población estudiada las adolescentes cursan estudios secundarios 74.63%, sin embargo, en el caso de ser estudiante, generalmente la adolescente embarazada abandona sus estudios, y raras veces los reanuda con posterioridad, lo que supone una menor instrucción además de dificultar su posible inserción en el mundo laboral. Este valor se encuentra relacionado con el estudio realizado con la OMS 2009 donde en el 70% de embarazos adolescentes se dieron en pacientes estudiantes de secundaria.

El binomio urbano-rural parece ser determinante, ya que es más frecuente la maternidad en el medio rural y está asociada a zonas de nivel socioeconómico bajo 73.15%. El medio urbano y las zonas deprimidas, como factores desencadenantes de la maternidad prematura, están recientemente ligados a otro factor como es la migración. En este aspecto no

se encontraron estudios serios que relacionen el nivel socioeconómico con el embarazo adolescente.

Por otra parte en los aspectos socioeconómicos en general no se encontró diferencias de importancia entre los grupos, pero es rescatable mencionar que el estado civil más frecuente es el de soltera en los casos como se afirma en la literatura revisada; la mayoría de éstas son amas de casa y pertenecen a grupos socioeconómicos bajos, que cuentan parcialmente con servicios básicos.

CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

- La incidencia del parto en las adolescentes atendidas en nuestro hospital, fue del 24,35 % en el periodo de Enero a Junio del 2009.
- En relación a la residencia, el 58,11% de las gestantes adolescentes viven en el sector rural, el 76% tienen instrucción secundaria, el 55,16% con estado civil soltero y 33,63% casado.
- En cuanto a la ocupación y el nivel socioeconómico de las pacientes atendidas, el 83,77% son amas de casa, el 74,15% representan el nivel socioeconómico bajo; lo que determina mayor riesgo biológico materno fetal.
- En lo que respecta al estado nutricional de las gestantes atendidas, el 54,27% presentaron bajo peso materno, y, el 23% de las enfermedades asociadas al embarazo correspondieron a infecciones del tracto urinario.
- Con respecto a la vía de terminación del embarazo, en nuestra investigación el 70,79% se dio por vía vaginal, y en un 20,20% por cesárea.
- Se determinó que las complicaciones maternas del parto y postparto en las adolescentes, estuvieron en más de la mitad del grupo en estudio, correspondiendo al 58.41 %; siendo las mismas: anemia,

desgarros, infección de episiotomía, retención de restos placentarios, sépsis de herida quirúrgica, y mastitis.

- En cuanto a las complicaciones perinatales, el 15.63% de los neonatos presentaron complicaciones al momento del nacimiento, estas fueron: bajo peso al nacer, recién nacido deprimido, membrana hialina, malformaciones y muerte fetal.

- En las historias clínicas no hay registros referentes a aspectos psicológicos y sociales puntuales.

RECOMENDACIONES

7. RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones van dirigidas tanto a la comunidad, a la familia de la usuaria, a ésta y a su pareja, con el fin de mejorar los niveles de salud de todos.

- Incluir en la Historia clínica el perfil psicológico y social específico, para así poder orientarnos de manera más profunda al conocimiento de los problemas de los pacientes adolescentes.
- Se deberá trabajar de manera conjunta con todos los sectores de la sociedad, manteniendo la iniciativa de reglamentar y mejorar el servicio de atención integral para adolescentes con privacidad y confidencialidad, de esta forma, disminuir la probabilidad del embarazo precoz por supresión, omisión o compensación de los factores de riesgo.
- Desarrollar programas de educación continua en educación sexual para la vida familiar, que incluyan orientación a maestros, profesores y padres para apoyar a sus hijos desde temprana edad en la toma de decisiones, manejo de los sentimientos, temores y la autoestima y así alentar la postergación de la actividad sexual, hasta que los adolescentes tengan madurez cognoscitiva y emocional para manejar responsablemente todas las implicaciones de una relación sexual.

- Tomar en consideración la prevención en grupos de adolescentes que ha tenido su embarazo para disminuir la posibilidad que el embarazo se agrave, se complique o se repita; así como para evitar secuelas e incapacidades en la parte de funcionamiento físico, psicológico y social, que puede tener a corto y largo plazo.
- Demandar la utilización de la historia clínica del adolescente en todos los servicios de salud, tanto públicos como privados, y así, considerar el embarazo de las adolescentes como de alto riesgo y dar atención obstétrica y pediátrica especializada.
- Dar a conocer en los colegios los datos recogidos en este trabajo de investigación como parte de educación sexual continua, con el fin de estimular a las y los adolescentes a que acudan a los servicios de planificación familiar para la debida orientación.

BIBLIOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Castro Espín M. Crecer en la adolescencia. Sex Soc 1996;2(4):2-6.
2. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obst Ginecol 1996;22(1):11-5.
3. Rigol Ricardo O, Pérez Carballá F, Pérez Corral J, Fernández Sacasa J, Fernández Mirabal J. Medicina General Integral. 2 ed. La Habana: Pueblo y Educación; 1987:123-67.
4. López Nodarse M, Flores Madan L, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. Sex Soc 1996;2(4):12-6.
5. Peláez Mendoza J, Sarmiento Barceló J, Oz Cornesa R de la, Zambrano Cárdenas A. Cesárea en la adolescencia: Morbilidad materna y perinatal. Rev Cubana Obst Ginecol 1996;22(1):45-52.
6. Chio Naranjo J, Pouymiro Beltrán T, Pérez Felpeto R, Echevarría Puente A, Vargas Torres J. Mortalidad perinatal en embarazadas adolescentes. Rev Cubana Obst Ginecol 1998;14(2):31-8.
7. Pérez Queda R, Rosabal García F, Pérez Guerrero J, Yabor Palomo A. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del Médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integ 1995 Jul-Sep; 11(3):239-45.
8. Paz Aguirre R de la. Embarazo y adolescencia. Estudio en un área de salud. Rev Cubana Obst Ginecol 1982;8(4):500-10.

9. Dueñas D, Silvia Leal N, Sarmiento Barceló J, Fernández Nasso J, Bustamante Frandenthaler G, Botana J. Status de crecimiento en embarazadas adolescentes: su relación con indicadores antropométricos. Rev Cubana Obst Ginecol 1996;22(2):92-101.
10. Pagola Prado V, Gutiérrez R, Fernández León N. El Parto en la adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol 1986;12(2):203-8
11. Ana Betancourt de Mora; Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y Complicaciones; Revista Cubana de Gineco-Obstetricia 2002.
12. MC.Anorney. Kreipe y col. Medicina del adolescente. 3ª Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1994.
13. Berk, Laura E. Desarrollo del Niño y del Adolescente. 4ª ed. España: edit. Pearson; (2004) p250-253.
14. Iñaki Lete Lasa. José Luis de Pablo Lozano. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. 1ª Edición. Santiago: Edit. ATEPROCA;2002.
15. CEDILLO D, Nataly Svetla, JOSE ELIAS, Dellán B y TORO MERLO, Judith. Estado nutricional de las adolescentes embarazadas: relación con el crecimiento fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez*, dic. 2006, vol.66, no.4, p.233-240. ISSN 0048-7732.

ANEXOS

UVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

"INCIDENCIA DEL PARTO Y SUS CONSECUENCIAS BIO-PSICO-SOCIALES EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2009. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN"

HCL:

DATOS GENERALES

- Edad
- Estado Civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Residencia
  - Urbana
  - Rural

CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS

- Estado Nutricional Materno:
  - Normopeso
  - Sobrepeso
  - Bajo peso
- Complicaciones Maternas durante el parto y postparto
- Vía de terminación del Parto
  - Vaginal

Cesárea

Complicaciones Perinatales del Recién Nacido

COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

Complicaciones Psicológicas: No se encuentran datos

Complicaciones Sociales:

Condición socioeconómica

Lugar de residencia

Instrucción

Estado Civil

PROYECTO DE INTERVENCION

1. Título del Proyecto:

LA INCIDENCIA DEL PARTO ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA; REALIDAD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES.

2. Descripción del problema:

Uno de los principales problemas de salud pública tanto en lo social, biológico y económico, en países en vías de desarrollo como el nuestro, es la falta de educación y conocimiento sobre sexualidad, hecho que conlleva a embarazos prematuros no deseados, abortos y altas incidencias de infecciones de transmisión sexual.

Es por esto, que, nuestro plan de intervención se enfoca a tratar temas como: conceptos de educación sexual, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente y sus complicaciones.

3. Objetivos:

Objetivo General

Proveer estrategias de orientación para el uso de métodos anticonceptivos que eviten el embarazo precoz e infecciones de transmisión sexual en jóvenes de ambos sexos del Colegio la Dolorosa de la ciudad de Loja.

Específicos

- Informar a los adolescentes sobre los diferentes riesgos a los que están expuestos al tener relaciones sexuales sin ningún tipo de protección.
- Informar sobre los diferentes métodos anticonceptivos como herramienta de prevención del embarazo precoz e ITS.
- Indicar a los adolescentes sobre las principales complicaciones del embarazo y parto en este grupo etario.
- Socializar los resultados del trabajo investigativo “La incidencia del parto en adolescentes y sus complicaciones biológicas, psicológicas y sociales que fueron atendidas en el Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja durante el periodo de Enero a Junio del 2009”.

4. Metas:

- Lograr un 70% de asistencia de los estudiantes adolescentes a la conferencia.
- Que los asistentes se concienticen en el uso de los métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- Estimular a los adolescentes a transmitir la información aprendida de forma clara y adecuada a sus padres y familiares.

5. Justificación del problema:

La educación para la prevención del embarazo no deseado en adolescentes e infecciones de transmisión sexual, constituyen motivo de preocupación para quienes observamos cada vez más la falta de orientación acerca de los métodos anticonceptivos y las insuficientes estrategias que hay para la prevención de este gran problema que afecta a nuestra sociedad, teniendo sus consecuencias en los ámbitos psicológicos, fisiológicos, sociales y familiares del adolescente.

Existe un gran número de situaciones que agravan esta problemática como: abandono, migración, maltrato infantil, madres solteras, drogadicción, falta de la orientación a los padres, pobreza, carencia de empleo y exclusión social, estos no son más que algunos de los graves problemas que confrontan diariamente las familias en nuestra sociedad.

Dada la magnitud y trascendencia de este problema, que ataca, fundamentalmente la población adolescente, vemos importante y necesario implantar información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, embarazo adolescente su incidencia y complicaciones, lo que nos permitirá reforzar su madurez psicosocial, ampliando sus conocimientos y desarrollando influencias positivas que hagan la concientización en la importancia de este tema.

Es importante que los adolescentes, hombres y mujeres, estén informados sobre las opciones en métodos anticonceptivos, para, no sólo evitar embarazos precoces, sino también, evitar infecciones de transmisión sexual.

6. Procedimientos:

- Se realizará una charla con temas educativos.
- Proyección de video educativo
- Socialización de resultados de la investigación realizada

1) TEMAS A TRATAR:

a) Adolescencia:

- Sexualidad en la adolescencia.
- Fecundidad y embarazo

b) Embarazo en la adolescencia:

- Actitudes de las adolescentes frente al embarazo.

- Complicaciones del embarazo adolescente.

c) Educación sexual:

- Importancia de la sexualidad.
- Sexualidad responsable y segura; métodos anticonceptivos.
- E.T.S., V.I.H.

2) VIDEO EDUCATIVO A PRESENTAR:

a) Sexualidad y adolescencia

3) SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS:

a) Incidencia del parto adolescente y sus complicaciones biopsicosociales en el HIA-L, durante el periodo de Enero a Junio del 2009.

7. Cronograma de actividades:

Actividad	Fecha	Horario	Responsables	Duración total en horas
Presentación	26 de Junio del 2010	09h00-09h15	Gustavo Villacís Walter Vera	00h15
Ejecución de temas	26 de Junio del 2010	09h15-10h30	Gustavo Villacís Walter Vera	01h15
Presentación de video educativo	26 de Junio del 2010	10h30-11h00	Gustavo Villacís Walter Vera	00h30
Socialización de resultados	26 de Junio del 2010	11h00-12h00	Gustavo Villacís Walter Vera	01h00