

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”

PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DEL
TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

TITULO DEL PROYECTO

FACTORES PSICOSOCIALES QUE PREDISPONEN EL
EMBARAZO PRECOZ EN LAS ADOLESCENTES QUE SON
ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO
OBSTETRICO EMRIQUE .C. SOTOMAYOR.

AUTORA:

KATTY DEL ROCIO MACIAS MARQUEZ

DIRECTORA: Lcda. Carmen Zea

Guayaquil, 10 de Junio 2011

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis hijos Dayanna , Arianna y Livingston quienes fueron fuente de inspiración cada día de mi vida para poder realizar mi vida universitaria gracias x su paciencia y el tiempo q los deje a un lado y no pude compartir con ellos muchos momentos especiales de su vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a ti Dios por la vida que me das por las oportunidades que me brindas cada día de mi vida por esa gran oportunidad que me distes la de ganar una beca en el primer año de formación ya que empecé la universidad sin un solo centavo llena de deudas pero con todas las ganas de poder ser una profesional, de verdad gracias padre mío.

Agradezco a mis padres quienes formaron en mí una mujer de bien, luchadora, emprendedora sin dejar que ningún obstáculo trate de interrumpir esta carrera que hoy la culmino con gran esfuerzo y sacrificio, para ellos va este logro, quiero que se sientan orgullosos de la hija que formaron.

Agradezco con todo mi corazón a una persona muy importante que dio todo de ella sin pedir nada a cambio mi suegra que sin el apoyo incondicional de ella yo no hubiera podido culminar mis estudios, gracias por haber hecho el rol de madre para mis hijos, por haberlos atendidos cuando yo no estuve ahí ya por mi trabajo o por mis clases de la universidad, gracias por las noches que se levanto a realizar un biberón sin que yo interrumpiera y dejara de lado mis deberes o lecciones, gracias por todo el tiempo que dedico a cuidarlos y a guiarlos , gracias por ser amiga de mi hija Dayanna .

Agradezco infinitamente a mis hermanos Ana, Laura, David que por más de una ocasión estuvieron ahí con sus pequeñas o grandes palabras o detalles para que siga adelante en este gran camino.

Gracias a todos mis profesores que con su granito de arena siempre nos incentivaron para que siguiéramos adelante que no nos dejáramos vencer, gracias por sus palabras de aliento haciéndonos saber que éramos personas dignas de admiración ya que trabajábamos, éramos padre de familia, esposas y amigas de nuestros hijos, gracias de corazón, por dedicar su tiempo en nuestra formación académica.

Gracias a mis compañeros que compartimos muchas penas y alegrías juntos jamás los olvidare y espero verlos por el camino de la vida augurándoles muchos éxitos.

Y muchas gracias a mi esposo a el que con tanta paciencia esta hoy a mi lado disfrutando de este éxito de mi vida que nos ayudara en la formación de nuestro hijos y

estabilidad familiar deseando que él también se decida a poder realizar ese sueño que está ahí y no se atreve a realizar espero ser la fuente de inspiración, simplemente gracias Luis Enrique Pérez.

Agradezco de una manera muy especial a la Lcda. Carmen Zea, sin cuyo apoyo no hubiese sido posible la culminación de la presente tesis.

Sé que este camino es solo el comienzo de una gran historia.

TABLA DE CONTENIDO.-

Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Indicé.....	IV
ABREVIATURAS.....	VI
RESUMEN.....	1
ABSTRACTO.....	2
Palabras claves.....	2
1. INTRODUCCION.....	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
3. OBJETIVOS.....	7
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivo específicos	
4. MARCO TEORICO.....	8
CAPITULO I	
4.1 ADOLESCENCIA.....	9
4.1.1 DEFINICION.....	10
4.1.2 CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA.....	10
4.1.3 SEXUALIDAD DE LA ADOLESCENCIA.....	15
4.1.4 REALIDAD DE LA ADOLESCENCIA EN EL ECUADOR.....	17

4.1.5 ACUERDOS Y RESOLUCIONES LEGALES SOBRE LOS ADOLESCENTES.....	19
CAPITULO II	
EMBARAZO ADOLESCENTE.....	21
4.2.1 DEFINICION.....	22
4.2.2 CONSECUENCIAS.....	22
4.2.3 PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN LA ADOLES- CENCIA.....	27
4.2.4 FACTORES SPICOSOCIALES QUE PREDISPONEN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	28
4.2.5 FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	29
4.2.6 FACTORES SPICOSOCIALES DE RIESGO EN LA ADOLESCENTES EMBARAZADAS.....	30
4.2.7 FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO EN LA EMBARAZADA ADOLESCENTE.....	30
PREGUNTA.....	31
HIPOTESIS.....	31
METODO.....	32
6.2. Diseño de la investigación.....	32

6.2.1. Muestra.....	32
6.2.2. Tecnicas de recogida de datos.....	32
6.2.3. Tecnicas y modelos de análisis de datos.....	33
7. PRESENTACION DE LOS DATOS.....	34
8. ANALISIS DE LOS DATOS.....	52
9. CONCLUSIONES.....	56
10. VALORACION CRITICA DE LA INVESTIGACION.....	57

APARTADOS FINALES:

1. Referencias bibliográficas.....	58
2. Indices varios (de tablas, de cuadros, de grafico, etc).....	60
3. Anexos.....	61

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

COSAVI: Congreso por la Salud y la Vida

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

MSP: Ministerio de Salud Pública.

UNIFEM: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

RESUMEN.-

El embarazo en la adolescencia se lo considera como un problema de salud pública, son hechos mas frecuentes que la sociedad quisiera aceptar y son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes, como la de sus hijos, familiares y la sociedad.

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales que influyen directamente desde el punto de vista psicosocial en el aumento de embarazos en las adolescentes. El presente estudio pretende identificar los Factores Psicosociales que predisponen el embarazo precoz en las adolescentes que son atendidas en la consulta externa del hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Se estudiará adolescencia y sus diferentes etapas, se definirá el embarazo en la adolescencia, sus factores predisponentes y determinantes y las medidas de prevención para proteger a los grupos más vulnerables. Es un estudio de tipo longitudinal utilizando el métodos Observacional descriptivo que se llevara acabo desde el 1ro de Marzo al 15 de Mayo del presente año, el universo lo constituirá el 50% de las adolescentes embarazadas que asisten a la Consulta Externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor. Que corresponde a 160 usuarias. Los datos se receptaran en el área de la Consulta Externa atravez de una encuesta diseñada específicamente para este efecto. Los datos obtenidos serán ingresados a una base de datos Excel, para luego ser analizadas con un paquete estadístico apropiado.

ABSTRACT

The teenage pregnancy is regarded as a public health problem, are made more common than society would accept and are difficult experiences that affect the overall health of teenage parents and their children, families and society. Human sexual behavior is variable and depends on the cultural and social norms that influence directly from the psychosocial perspective on increasing teen pregnancy. The present study aims to identify psychosocial factors that predispose adolescent pregnancy in adolescents who are treated in the outpatient hospital obgyn Enrique C. Sotomayor. Adolescence will be studied and its various stages, will define the teenage pregnancy, and determining its predisposing factors and preventive measures to protect the most vulnerable years. Is a longitudinal study using descriptive methods Observacional will be held from March 1 to May 15 this year, the universe will be 50% of pregnant teenagers attending the Maternity Outpatient Enrique C. Sotomayor. Corresponding to 160 users. The data will be received in the outpatient area atrabez a survey designed specifically for this purpose. The data will be entered in a database Excel, and then analyzed with an appropriate statistical package.

Palabras clave: Adolescencia, Embarazo Adolescente, Factores psicosociales.

1.-INTRODUCCION.-

La adolescencia es la etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarles nuestra atención. Aunque tradicionalmente la adolescencia se ha considerado como un grupo poblacional exento de problemas de salud, en este aspecto han ocurrido incidencias que constituyen alertas no sólo para el personal de la salud, sino también para padres y maestros, quienes pueden encontrarse en situaciones difíciles para prevenir tales incidencias como son los embarazos precoces.

La evolución de la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, ya que el embarazo en este período tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo, y una mayor incidencia de complicaciones médicas en comparación con las gestantes adultas. Estas complicaciones son más graves en adolescentes de menor edad (menos de 17 años), y aún más graves en las adolescentes menores de 15 años.

En los últimos años se ha observado un incremento del embarazo en adolescentes y se considera que esto se deba a múltiples factores, entre los cuales se podrían mencionar: la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales así como la presencia de los medios de comunicación masiva.

La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque se evidencia que generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin una comunicación adecuada padre-hija, con nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual.

Los medios masivos de comunicación constituyen un instrumento contundente para generar cambios de comportamientos en la población. Transmiten infinidad de mensajes que muestran la actividad sexual como atractiva, incitante, y libre de riesgo. Dictan modelos y actitudes sexuales a imitar generando conceptos distorsionados y falsas expectativas respecto a la sexualidad.

El embarazo adolescente, es un grave y complejo problema en la sociedad mundial, que compromete a la adolescente y al recién nacido, a la familia y a la sociedad; supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional de la joven, además de condicionar definitivamente su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema tanto social como médico; el que expone a las adolescentes a una situación de ruptura con la posibilidad de continuar desarrollando su proyecto de vida.

En la mujer el embarazo es un evento trascendental en la vida que puede ser vivido de diferentes maneras por ser un hecho biosicosocial muy importante; por ello nos propusimos identificar los factores psicosociales que influyeron en la concepción del embarazo en las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

2. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

La problemática en salud reproductiva de la adolescente, en sentido general, se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas, así tenemos: el inicio cada vez más precoz de la vida sexual, el poco reconocimiento de los riesgos, las relaciones sexuales imprevistas en lugares y situaciones impropias, los continuos cambios de pareja (promiscuidad), bajo nivel educativo con desinterés general, poco conocimiento sobre el uso de anticonceptivos, el insuficiente conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual.(1)

Conjuntamente con lo anterior, encontramos la presencia de familias disfuncionales poniendo de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, generando su ausencia carencias afectivas que la joven no sabe resolver. Además vive una controversia entre su sistema de valores y el de sus padres, manejando pensamientos mágicos, propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa. (1)

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, pues como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, han aumentado considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas.

Este es un fenómeno expandido por todo el mundo, solamente en los Estados Unidos se producen anualmente más de medio millón de embarazos en adolescentes; en Canadá, en 1999, se embarazaron alrededor de 40 000 adolescentes; ni siquiera Europa está exenta de este problema, donde las cifras mayores corresponden a Alemania y Gran Bretaña.(2)

Las estadísticas mundiales reportan que aproximadamente 15 millones de adolescentes dan a luz cada año. De los 13 millones de partos registrados anualmente en América Latina y el Caribe, dos millones corresponden a adolescentes, es decir, el 15% del total.

El Centro Latinoamericano de Demografía estima que el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes es más bien cercano al 20%, mientras que otros organismos, como la UNICEF y el UNIFEM, lo establecen entre un 15 y un 26%. (3) Si pasamos a cifras la problemática, y la comparamos con otros países en la región de América Latina y el Caribe encontramos que existen diferencias notables. En el Perú la gestación en adolescentes representa el 13% en una población adolescente entre 15 a 19 años, siendo Nicaragua el país que mayor porcentaje de adolescentes embarazadas tiene, con 148 por cada mil, mientras que el menor es el de Barbados, con 60 por cada mil. (4)

En Ecuador de 11.472 partos registrados en la Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito en el 2009, 3.121 fueron de adolescentes entre 14 y 19 años. Mientras que en Guayaquil según las estadísticas instituciones del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor durante el año 2010 fueron atendidas 5502 gestantes adolescentes comprendidas entre los 12 y 19 años de edad, de ellas 2636 fueron atendidas por cesáreas y 2866 por parto normal.

Actualmente en la Consulta Externa del Hospital Enrique C. Sotomayor, se atienden alrededor de 500 pacientes diarias que asisten a los diferentes servicios tales como: control prenatal, ecografía, colposcopia, control ginecológico y de manera especial se atiende en el servicio de adolescentes de alto riesgo a 16 pacientes diarias ya sea por consultas de primera vez o subsecuentes.

Por todo lo anteriormente revisado y por considerarse al embarazo adolescente un problema social y de salud pública que preocupa a la sociedad en general y particularmente como Auxiliar de Enfermería que laboro en esta Institución y que diariamente palpo la problemática que viven las adolescentes que asisten a la consulta externa, me motivo a realizar esta investigación que posee relevancia social para la comunidad por cuanto se basa en una problemática existente a nivel mundial, nacional, y local.

3. OBJETIVOS.-

3.1. OBJETIVO GENERAL.-

Determinar los factores psicosociales relacionados al embarazo precoz en gestantes adolescentes atendidas en la Consulta Externa del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor durante los meses de Abril y Mayo del 2011

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

- ✚ Describir a las adolescentes embarazadas según edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia, paridad.
- ✚ Identificar las causas que influyen para que las adolescentes se embaracen precozmente.
- ✚ Determinar los factores sociales que inciden en el embarazo precoz de las adolescentes.

4. MARCO TEORICO

CAPITULO I

4.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia es el inicio de grandes cambios donde se empiezan a tomar decisiones propias, y a medida que va pasando el tiempo, sabemos que esas decisiones antes tomadas, tendrán una consecuencia buena o mala. Es aquella fase en la que se aprende a ver de una manera diferente la vida, encontramos más libertad, mas amigos (as), en la que surgen nuevos horizontes, nuevas ideas, mas sin embargo es una etapa tan delicada en la vida de un ser humano porque es la que enmarca prácticamente el futuro de tu vida. (5)

Definir la adolescencia únicamente como un estado de desarrollo biosicosocial es limitado, si bien son innumerables los cambios que se manifiestan, sobre todo en la biología corporal.

A partir de este momento la adolescente en su tarea de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, descubre la sexualidad en una sociedad caotizada por la falta de información y sumergida en una serie de modos y condiciones de vida que la vuelven vulnerable exponiéndola a la maternidad muy tempranamente.

4. 1.1 DEFINICION

El vocablo “adolescencia” proviene de la voz latina “adoleceré” que significa “crecer”, “avanzar hacia la madurez” (6). Conceptuar la adolescencia implica definir criterios polifacéticos en el aspecto biológico, psicológico, y social de una fase vital del hombre y la mujer, en la cual se deja atrás la infancia en la búsqueda del camino hacia la adultez.

Para varios autores, (7, 3,4) la adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica, y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido desde el punto de vista cronológico, como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años; con el fin de precisar el grupo poblacional para las estrategias de acción en salud del adolescente (8).

4.1.2 CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un proceso de maduración física, psíquica y sexual, es una etapa de crecimiento que marca la transición entre la infancia y la adultez, en la cual el joven enfrenta cambios tanto físicos como psicológicos los cuales llevan a un reajuste de conducta, como consecuencia de esto tiene que definir su posición dentro de la familia y comunidad; (9) comienzan a independizarse de los padres, a relacionarse con sus contemporáneos y a adquirir una responsabilidad social básica. (10)

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas, como por ejemplo en el Benei Mitzvá, que se celebra a los doce años. Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erickson consideran que la adolescencia abarca entre los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años.

Basados en los criterios de la OMS, (1) se acepta que la adolescencia se divide en tres etapas:

- a. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)
- b. Adolescencia Media (14 a 16 años)
- c. Adolescencia Tardía (17 a 19 años) (16,62)

a. Adolescencia Temprana (10 a 13 años).-

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Se aprecia preocupación y curiosidad por los rápidos cambios corporales y por la normalidad del proceso de maduración sexual y crecimiento corporal. Estos cambios físicos juegan un papel importante en el proceso de la imagen corporal; está incierto aún de su propio físico y del resultado final del proceso de crecimiento y maduración sexual.

Psicológicamente, el adolescente comienza a perder interés o atención central en los padres comenzando a orientarse más hacia las amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Se inicia la ruptura de la dependencia que tiene con sus padres y con otros adultos, lo cual se manifiesta por cierta rebeldía. Son frecuentes la no aceptación del consejo y la crítica, una menor obediencia, reclamos sobre las normas paternas acerca de horarios que debe cumplir o de los amigos con quienes tiene que frecuentar; éstas son expresiones comunes del inicio de la independencia. Se pierde un poco el interés por los

asuntos familiares o por pasar ratos con la familia, lo cual causa malestar a los padres.

Al mismo tiempo, el (la) adolescente, sin embargo siente la necesidad de amor, de comprensión, de apoyo y de protección por parte de sus padres y familiares. Es una etapa de tensión y conflictos familiares por causa del / la adolescente, quien busca apoyo en amigos, generalmente en forma aislada y no en grupos. Respecto a su identidad se aprecia que se va perdiendo la “identidad del niño”, es decir, este rol claramente definido que le permitía saber concretamente lo que debía y podía hacer. Ahora está sin estatus claro y está comenzando el desarrollo de su plena identidad. Como el pensamiento abstracto está recién emergido y todavía predomina el de tipo concreto, esto no permite un claro avance de los procesos de independencia e identidad

Sin embargo, el fantaseo normal de esta etapa es una expresión de que se está iniciando; aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Por ello idealizan personajes, como figuras modelos que juegan un papel importante en su propio proceso de identificación. Surge la necesidad de privacidad y el /la adolescente emprende su búsqueda. La autoestima está afianzándose siendo susceptible a la crítica. Así mismo, su vivencia es muy existencial ligada al presente y volcada sobre si misma, habiendo un marcado narcisismo (admiración exagerada que siente alguien por sí mismo).

La escala de valores comienza a tener predominio, los principios inculcados por parte de la familia comparándolo con la de sus amigos y el adolescente va formando su propia escala de valores. La programación del futuro a estas edades aún no se ha establecido la vocación, ni tampoco se tiene una visión clara del futuro; son irreales, idealistas, cambiantes.

b) Adolescencia Media (14-16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; es cuando se está completando prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Los caracteres secundarios se han establecido, está declinando o terminando. Lo que hace que el/la adolescente muestre menos preocupación; pero la imagen corporal aún no está plasmada por

lo que hace que traten de ser más atractivos, buscando ser atendidos por el sexo opuesto. Todo esto demuestra incertidumbre respecto a su físico y a su apariencia.

Psicológicamente, es el período de máxima relación con sus amigos, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres; se reduce el interés por los asuntos familiares y por alternar con sus miembros. Se producen mayores conflictos familiares por esa indiferencia y porque la rebeldía es mayor y más desafiante, hay menor control paterno; hay intentos y deseos más claros de emancipación. La identidad está mejor desarrollada, ya que la identificación con el grupo contribuye a afirmar la identidad personal. El narcisismo disminuye, lo que permite que aprecie con una mayor capacidad los sentimientos de otros.

El progreso que experimenta el desarrollo del pensamiento abstracto ayuda al avance del proceso de identidad, pero a la vez, suele producir una sensación de “omnipotencia intelectual”, creyéndose capaces de “saberlo todo”, pero al conocer sus limitaciones son proclives a reducir su autoestima, a la depresión, a la rebeldía y al resentimiento. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas de riesgo.

En la escala de valores el proceso está más avanzado, por el desarrollo del pensamiento abstracto; sin embargo, todavía no se ha establecido definitivamente un código de valores porque reciben gran influencia por parte de sus amigos, al que tiende a imitarlos y asumir conductas de otros, aún cuando se opongan a los principios inculcados dentro de la familia.

La programación del futuro debido al mayor desarrollo intelectual y a la capacidad abstracta, en esta etapa se advierten intereses académicos específicos por ciertas áreas de conocimiento, por profesiones u ocupaciones; que es importante en el proceso de madurez vocacional. Surge mayor capacidad de proyección del futuro, pero no muy definida, percibiéndose aún la vivencia existencial del presente.

c) Adolescencia Tardía (17-19 años)

Los adolescentes en etapa son biológicamente maduros, habiendo terminado su desarrollo sexual y su crecimiento. La imagen corporal debe estar plasmada y la aceptan, y el joven despreocupado y satisfecho con su físico. El arreglo personal es menos compulsivo y ansioso.

La sensación de autonomía debe haberse completado y ser satisfactorio. Vuelve el interés por los padres y por los asuntos familiares, se reintegra a la familia y se restablecen relaciones maduras y sin conflictos, a menos que la evolución de este proceso no haya sido satisfactoria. El adolescente mayor se convierte en una entidad separada de su familia paterna que le permite apreciar plenamente la importancia de sus valores y de sus consejos. Las relaciones familiares adquieren mayor compañerismo. Disminuye o desaparece la “dependencia” del grupo de amigos manteniendo sus amistades, las relaciones son más libres e independientes.

La identidad personal y la autoestima deben haber logrado su maduración completa y ser satisfactorias para el individuo. En esta etapa final, debe haberse producido con mayor refinamiento en la concepción de valores morales, éticos, políticos, etc., habiéndose establecido su escala de valores. Debe poseer una perspectiva orientada al futuro, los planes vocacionales y de trabajo deben ser claros, delineados y/o en plena ejecución. Es la parte final de la educación secundaria y los inicios de la educación superior; se inicia el proceso hacia la estabilización socioeconómica y cultural propio del adulto.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada. (11)

Los cambios psicológicos más significativos del adolescente son:

- La autoafirmación
- Atracción por lo sexual
- Preocupación por su cambio físico.-
- Inestabilidad emocional

- Ansiedad

En lo social, la autoafirmación le determina necesidades como la búsqueda de su independencia y autoestima. Necesita comprensión para descifrar sus dudas y temores; y es la familia (sobre todo los padres, los primeros que deben dársela) buscan ser tratados como adultos y ansían ser aceptados. En la escala de valores: buscan modelos y están llenos de ideales, creen en la pureza de ellos. Por esta razón es muy peligroso, que tengan modelos negativos o que éstos los puedan defraudar, porque terminan rebelándose o retrayéndose en su mundo interior.

Necesita actuar conforme a los valores; si en el medio social y cultural en que vive; no se encuentra en directa relación, o no ésta en contacto con valores o ideales y tampoco cuenta con un hogar con modelos a seguir, el adolescente será insensible a dichos valores y puede ser atraído por grupos que desarrollan comportamientos negativos, en los que prevalecen la delincuencia, el pandillaje, el alcoholismo y la drogadicción. Además de la familia, existen otros modelos y valores positivos que el adolescente puede observar y seguir. (12)

4.1.3 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.-

La sexualidad es una parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto.

Es una fuente de comunicación expresada principalmente en tres áreas: biológica, fundamentada en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer, y la moral expresada en la estructura social (14) La sexualidad debe ser considerada dentro del contexto del desarrollo humano, no como un secreto | a ser guardado por el silencio adulto(13)

En términos más amplios la sexualidad incluye una serie de aspectos que modifican el comportamiento del adolescente esto son: desarrollo de la identidad genérica, del rol sexual, orientación, comportamiento e identidad sexual, el conocimiento y las habilidades sexuales (15).

Por lo tanto la sexualidad humana es un complejo conjunto de reacciones biológicas, psíquicas y emocionales que están presentes a lo largo de toda la vida

del ser humano, manifestándose de forma variada según la influencia de múltiples factores individuales y sociales (16)

La educación sexual y la enseñanza moral comienza en el hogar a través de los padres, si conscientemente evitan hablar sobre la misma actúan ignorando que es una parte del aprendizaje de la adolescente (17)

Los padres han sido completamente imbuidos en la creencia de que no pueden hablar de sexualidad con sus hijos y que deben dejar esos temas esotéricos a los maestros. El grave error de este razonamiento es el que el maestro no ve a la adolescente hasta el momento en que muchas ideas acerca del sexo ya se han formado (18). Los padres que no han estado relacionados con sus hijos no serán capaces de hacer gran cosa al respecto a la adolescente y a su orientación sexual.

La gran mayoría de las adolescentes no están preparadas físicas, sexual o psicológicamente para ser madre, si se puede influir durante los primeros años de la adolescencia, la mayoría formaría una norma de conducta que las ayudara a esperar hasta que sean lo bastante mayores para realizar juicios maduros con respecto a su conducta sexual (19).

La sexualidad del adolescente se expresa en sus relaciones con pares, padres, la sociedad en general y también con el adolescente mismo. Particularmente en la adolescencia cobra gran significación por los múltiples y complejos cambios que ocurren en esta etapa, los que determinan significados y formas de expresión diferentes de la sexualidad. Como consecuencia, la sexualidad influye significativamente en el modo de vida de los adolescentes y repercute en la problemática de salud que puede aparecer en ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo vital.

Resulta impostergable, por lo tanto, considerar la sexualidad en el contexto de la salud integral de los adolescentes, por la repercusión que tiene en el estilo de vida, e incorporar como estrategia de intervención la educación de la sexualidad tempranamente y en el marco de la promoción y prevención continua de salud a través del ciclo vital. Por lo tanto si se quiere disminuir el inicio temprano de las relaciones sexuales y embarazos no deseados se debe tener la colaboración de la familia, la escuela, los médicos y la comunidad.

4.1.4 REALIDAD DE LA ADOLESCENCIA EN EL ECUADOR.

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años de edad, Los/las adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana. (20)

La adolescencia constituye un momento determinado en la vida de las personas, que no se reduce a una época pasajera, tienen gran importancia ya que en ella se cimienta las identidades. La identidad personal de los y las adolescentes se construye en una cultura particular en donde se define la especificidad de cada individuo. La identidad deviene de un proceso complejo de una historia personal, construida en el interior de la trama de relaciones interpersonales y de interacciones múltiples con el ambiente, partiendo de la elaboración de los modelos de los adultos/as.

Los adolescentes y jóvenes no son homogéneos. Existen agrupaciones juveniles, o lo que es conocido actualmente como tribus o culturas juveniles urbanas, muy ligadas a sus consumos culturales (música, estilo, producciones) (las tribus urbanas)

Por otro lado, las culturas de nuestro país no utilizan el término de adolescentes y consideran la juventud como un período de edad máximo hasta los 20 años. Esta especie de invisibilidad de la adolescencia está asociada al matrimonio en edades muy tempranas en esas culturas. La transición de la niñez, a la edad adulta se produce de manera acelerada, muy vinculada a los roles sociales que las personas ocupan en la comunidad, al cuerpo y a la vida en pareja, lo que genera una ausencia de adolescencia.

Así mismo la adolescencia y juventud rural esta invisibilizada, se cree que los temas de adolescencia y juventud afectan solo a los/as jóvenes de las urbes.

En los últimos años el movimiento social que defiende los derechos de niños/ñas y adolescentes y el movimiento juvenil han incidido en el estado para lograr un reconocimiento social de esto como sujeto de derechos y garantías. Sus derechos son de orden público, interdependientes, indivisibles, irrenunciables, e

inalienables, y se encuentran consagrados en la Constitución. El Estado Ecuatoriano garantizara su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas, de conformidad con la ley (20).

Los/las adolescentes en estos procesos han demostrado protagonismo y capacidad de gestión y construcción de propuestas políticas que han sido presentadas y sustentadas en espacios de participación como el Congreso por la salud y la Vida-COSAVI de septiembre de 2007 en donde adolescentes y jóvenes exigieron al estado Ecuatoriano las garantías para su participación en espacios de decisión en donde se aborde la problemática del embarazo en adolescentes y sus impactos sociales. Estas demandas fueron recogidas en el manifiesto de Adolescentes y jóvenes frente al plan nacional de prevención del Embarazo en Adolescentes elaborado en ese mismo año en donde explicitan que “el Estado debe promocionar espacios de discusión y participación para jóvenes y adolescentes con el objetivo de impulsar estrategias desde nuestros sectores para prevenir los embarazos adolescentes, según las realidades y situaciones de cada localidad (21).

4.1.5 ACUERDOS Y RESOLUCIONES LEGALES SOBRE LOS ADOLESCENTES.

La Constitución y las leyes de la Republica del Ecuador reconoce a los adolescentes como sujetos de atención prioritaria a través de los siguientes artículos: (22)

Art. 45. Las niñas y niños y adolescentes gozaran de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El estado reconocerá y garantizara la vida, incluyendo el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas y niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y síquica: a su identidad, nombre y ciudadanía: a la salud integral y nutrición: a la educación y cultura, al deporte y recreación: a la seguridad social: a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria: a la participación social: al respeto de su libertad y dignidad: a ser consultados en los asuntos que los afecten;(23)

Art. 358.El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva y reconocerá la diversidad social y cultural.

A. LEY ESPECIAL.

El código de la Niñez y la Adolescencia ecuatoriano (2003), reconoce como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años y estipula en relación a su derecho a la salud integral:

Art. 27.-Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, sicológica y sexual.

El derecho de salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio de ambiente saludable;
2. Absceso permanente y ininterrumpido a los servicio de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud pública son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes q los necesiten.
3. Vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo q les permita un adecuado desarrollo emocional:
4. Accesos a servicios que fortalezcan el vinculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y,
5. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y posnatal apropiadas.

B.-Decreto Ejecutivos y Acuerdos Ministeriales.-

Se declara mediante decreto ejecutivo N 620 de septiembre de 2007, la educación erradicación de la violencia de Género hacia niñas, niños y adolescentes.

El acuerdo Interministerial N 394 del 11 de julio del2008 crea el comité Interinstitucional para la prevención del Embarazo Adolescente, CIPEA.

El Acuerdo 403 del Ministerio de Educación y cultura institucionaliza la educación sexual en los establecimientos educativos, fiscales, particulares, fiscomisionales y municipales de país de niveles de educación Básica y Bachillerato, dando cumplimiento a la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el amor, al Plan nacional para la Educación en la Sexualidad y el Amor, al Plan Nacional para la Erradicación de Delitos Sexuales en el ámbito escolar, con fecha del 19 de Agosto de 2006.

El Acuerdo 089 de 2007 establece la Acción Integral Para Adolescentes en estado de Embarazo.

CAPITULO II

4.2. EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo a cualquier edad es un evento bio – psico – social sumamente importante. Impacta negativamente en la adolescencia por varias razones entre las que se pueden mencionar el hecho de no estar preparados ni biológicamente ni psicológicamente ni socialmente para la maternidad o paternidad

En el ámbito mundial se registra que el embarazo en adolescentes es una preocupación social y requiere de poner en marcha nuevas acciones para combatir este fenómeno. Se ha demostrado que las madres adolescentes presentan los peores indicadores de salud materno infantil que las mujeres en edad óptima para la procreación.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad. 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 ella se encuentre (24)

El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años (25) Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes.

Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos.

4.2.1 DEFINICION EMBARAZO ADOLESCENTE.-

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". (26)

4.2.2 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.-

El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable. Una razón es biomédica.

La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente. y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento.

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.

Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo.

Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que

le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado 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.

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida (27)

Las consecuencias de estos embarazos trascienden al chico y a la chica tomados individualmente y pueden afectar considerablemente a la relación que ambos mantienen entre sí. Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

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

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la chica sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.

a. Consecuencias para el hijo o hija.-

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales. Especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

Un hijo no deseado de padres adolescentes puede verse afectado, desde el mismo momento del parto y hasta su adolescencia, por toda una serie de problemas de distinta índole tanto durante el parto, postparto, como durante su infancia y adolescencia.

b. Consecuencias iniciales (parto y postparto).-

Dadas las características de estos embarazos, existe en estos niños una mayor incidencia de problemas orgánicos tales como prematuridad, bajo peso para su edad gestacional, y mayor mortalidad en los días próximos al parto y durante su primer año de vida, también son mayores las posibilidades de sufrir problemas neurológicos, epilepsia, parálisis cerebral, sordera y ceguera.

Un hijo de madre adolescente tiene entre dos y tres veces más posibilidades de morir durante su primer año que un hijo de madre no adolescente. Esta cifra se dispara en madres menores de 15 años. Todos estos datos dan prueba de las importantes consecuencias orgánicas que para el niño puede acarrear, a corto plazo. (27).

c. Consecuencias durante la infancia.-

Dadas las escasas habilidades parentales, las erróneas expectativas sobre el desarrollo del hijo, la pobre motivación, el elevado nivel de estrés y ansiedad, y el reducido apoyo social y económico de los que suele disponer la madre y, en su caso, el padre, y dado el bajo estatus socioeconómico al que suelen pertenecer, es muy frecuente que estos niños reciban peores y más escasas atenciones tanto físicas como psicológicas, lo que tendrá importantes consecuencias no sólo durante su infancia, sino también durante la adolescencia.

Es menos probable que estos niños lleguen a establecer vínculos de apego seguros y las posibilidades de sufrir negligencia y malos tratos son mayores.

Tienen una mayor incidencia de trastornos orgánicos y son más frecuentes en ellos los problemas de conducta, el fracaso escolar y el bajo rendimiento intelectual, así como otros problemas psicológicos. Además, suelen vivir en hogares con pocos recursos, con todo lo que ello conlleva.

d. Problemas en la vinculación afectiva.-

Existen tres patrones característicos de interacción madre-hijo. En ocasiones se ha observado falta de sensibilidad y respuesta ante las necesidades físicas y afectivas del niño, y disgusto ante el hecho de tener que realizar actividades como cuidarlo, vestirlo, alimentarlo, o sacarlo a pasear. En este caso, según los mencionados autores, es frecuente que el niño reaccione con pasividad y apatía, viéndose afectados su desarrollo afectivo y motor.

Otras madres, por el contrario, exhiben un comportamiento caracterizado por una "sobre preocupación ansiosa", lo que hace que el niño presente intranquilidad, tensión y ansiedad. Finalmente, un tercer grupo pasan alternativamente del rechazo y privación a la sobreprotección. Esto hace que el niño muestre una inestabilidad que puede desembocar en un sentimiento general de incertidumbre, especialmente referida a si es o no es amado.

e. Consecuencias iniciales (Ante la confirmación del embarazo).-

Conocer que está embarazada sin quererlo, supone un fuerte impacto psicológico para la chica. En general el miedo, el estrés y la ansiedad son las reacciones iniciales. Son múltiples las dudas que se le plantean: ¿qué puede hacer? ¿Cómo reaccionará su pareja? ¿Cómo se lo va a decir a sus padres y cómo lo tomarán? ¿Qué va a ocurrir con su vida?

A este respecto, hay que tener en cuenta que lo más habitual es que la chica no disponga de estrategias adecuadas de afrontamiento y resolución de este tipo de problemas.

f. Consecuencias orgánicas.-

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud.

Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos. Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada.

g. Consecuencias psicológicas.

"La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello". Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada.

Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

(18, 22,24)

h. Consecuencias educativas, socio-económicas y relacionales.-

Estos embarazos, acarrearán gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir unos ingresos suficientes. Por otro lado, las relaciones sociales de la chica también pueden verse afectadas.

4.2.3. PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.-

Siguiendo esos últimos datos mencionados, en términos generales diremos que, en nuestra cultura, el embarazo en la adolescencia es un problema:

1. Porque incide en una persona cuya identidad psicosocial no está asentada. En particular, la madre adolescente de nuestra cultura no ha integrado suficientemente aún su identidad personal y, menos aún, su identidad como mujer-posible-madre.
2. Porque incide en un organismo cuya integridad biológica como adulta no está acabada, lo que predispone a problemas con el embarazo, el parto y la lactancia.
3. Porque la falta de identidad y estructuración del, del sí-mismo, de la adolescente la predispone, en sus relaciones sexuales, a las enfermedades de transmisión sexual.
4. Porque incide en una persona cuyo rol y estatus sociales no están definidos aún.
5. Porque las ansiedades y conflictos profundos que todo embarazo y recién nacido desencadenan pueden interferir de forma grave en la elaboración del conflicto psicosocial básico de la adolescencia: logro de la identidad versus confusión del rol.

6. Porque el aborto, espontáneo o intencional, es más frecuente en estas edades, y no hay que olvidar que el aborto, y en especial el aborto repetido, es una importante transición psicosocial que implica sufrimiento mental y social (o bien, una enorme energía dedicada a la disociación del mismo). Puede favorecer pues la descompensación psicosocial o emocional.

7. Porque la situación de niño no deseado al final del embarazo es una situación de alto riesgo biosicosocial para el bebé y el niño. Y de riesgo psicológico (y tal vez psicosocial) para la madre.

8. Porque, a menudo, en la adolescencia es difícil que exista una figura de apoyo y contención.

4.2.3 FACTORES PSICOSOCIALES QUE PREDISPONEN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.-

Menarca Temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: Cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia Disfuncional: Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Bajo Nivel Educativo: Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Migraciones Recientes: Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de educación y/o trabajo. Pensamientos Mágicos: Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

Fantasías De Esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles. Falta O Distorsión de la Información: Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

Controversias Entre Su Sistema de Valores y el de Sus Padres: Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

Aumento en número de adolescentes: Alcanzando el 50% de la población femenina. Factores socioculturales: La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos (30)

4.2.6. FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.-

1. – Relaciones Sin Anticoncepción.
2. – Abuso Sexual.
3. – Violación.

a. Otros factores de riesgo.-

- El uso temprano del alcohol y/o otras drogas, incluyendo productos como el tabaco, salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o poco amigos.
- La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.

4.6.1. FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.-

Asincronía madurativa físico – emocional

Baja autoestima

Bajo nivel de instrucción

Ausencia de interés

Pérdida reciente de personas significativas

Intento de aborto

Propósito de entregar el hijo en adopción

Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente

Trabajo no calificado

Pareja ambivalente o ausente

Condición económica desfavorable

Marginación de su grupo de pertenencia

Difícil acceso a los centros de salud

4.6.2. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO EN LA EMBARAZADA ADOLESCENTE.-

Edad cronológica < 14 años y / o edad ginecológica < 1 año

Peso < 45 Kg y / o talla < 1,45 m

Estado nutricional deficiente Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado preconcepcional.

Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad

Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)

Tatuajes

Más de 2 parejas.

5. Basándome en este planteamiento y el análisis de los criterios me planteo la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en las adolescentes para que se embaracen precozmente?

HIPOTESIS.-

La precocidad de la actividad sexual, el ambiente familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente, están relacionados con su embarazo precoz.

6. METODO.-

6.1. JUSTIFICACION DE LA ELECCION DEL METODO.-

Se empleara para este proceso de investigación un estudio de tipo longitudinal utilizando el método observacional descriptivo.

6.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.-

6.2.1. MUESTRA.-

La muestra para el estudio será el 50% de todo el universo de las adolescentes embarazadas que acuden a la Consulta Externa de la Maternidad Enrique C. Sotomayor que corresponde a 160 usuarias.

6.2.2. TECNICA DE RECOGIDA DE DATOS.-

La técnica que se utilizara para la recolección de estos datos, será basada en una encuesta dirigida a las 160 adolescentes embarazadas en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique C. Sotomayor, adicionalmente utilizaremos la técnica de observación para confirmar la veracidad de los datos.

6.2.3. TECNICAS Y MODELOS DE ANALISIS DE DATOS.-

Con la respectiva aprobación del tema y el problema a investigarse fue necesario elaborar los instrumentos de evaluación y solicitar la autorización respectiva en la Maternidad Enrique .C. Sotomayor para continuar con la identificación de los casos estudiados.

Los mismos que fueron obtenidos previa a la aplicación de la formula de la muestra, que habiendo calculado una población de 320 usuarias adolescentes embarazadas que acuden mensualmente a la Consulta Externa del Hospital Enrique C. Sotomayor. Se logro determinar, la muestra antes mencionada.

Una vez obtenido los datos bibliográficos y demás literatura relacionada con la investigación del problema se hizo necesario tabular dentro del programa Excel de Microsoft, el mismo que permitió levantar los gráficos estadísticos previo la aplicación de las formulas de sumatoria y porcentaje.

Con la identificación de la estadística individual de cada pregunta se logro analizar cada una de ellas y reconocer los principales factores que determinan un embarazo precoz en la adolescencia. Concluyendo posteriormente con las recomendaciones que la investigación nos proporciono.

7. PRESENTACION DE LOS DATOS.

TABLA N° 1
FACTORES ANTROPOMETRICOS
DATOS PERSONALES

EDAD	ENCUESTADAS	PORCENTAJES
10-13	3	2%
14-16	62	39%
17-19	92	59%
TOTAL	157	100%



Fuente: Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C.Sotomayor

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

La Organización Mundial de Salud determina que la adolescencia se divide en tres etapas correspondiendo el mayor número de encuestadas al grupo etáreo de las adolescentes de 17-19 años (adolescencia tardía) frente a un 39% entre 14-16 años (adolescencia media) y un 2% de 13 años (adolescencia temprana).

TABLA N°2
FACTORES ANTOPOMETRICOS
REGION DE NACIMIENTO

EDAD	ENCUESTADAS	PORCENTAJES
COSTA	150	96%
SIERRA	5	3%
ORIENTE	2	1%
INSULAR	0	0%
TOTAL	157	100%



Fuente: Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C.Sotomayor

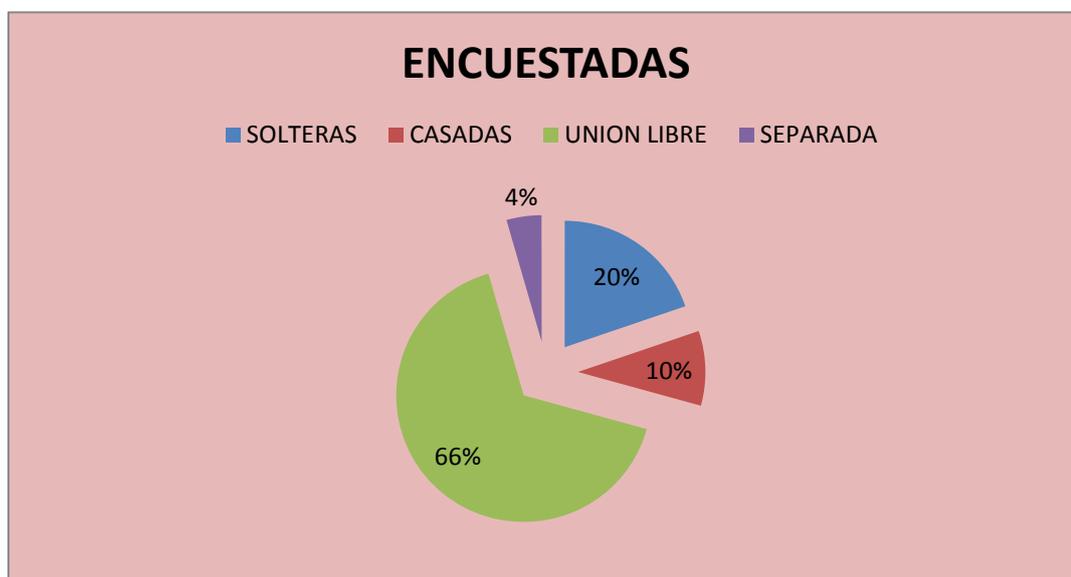
Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS.-

Con respecto a la región de origen es evidente que el 96% proviene de la costa, mientras que el 3 % es de la Sierra.

TABLA N°3
FACTORES ANTROPOMETRICOS
ESTADO CIVIL

ENCUESTADAS	ENCUESTADAS	PORCENTAJES
SOLTERAS	31	20%
CASADAS	15	10%
UNION LIBRE	104	66%
SEPARADA	7	4%
TOTAL	157	100%



Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C.Sotomayor

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

El porcentaje nos permite reconocer que el 66% de las encuestadas son unidas, el 20 % son solteras, el 10 % están casadas y el 4 % son separadas. Estadística que sirven de muestra evidente de la problemática que ocupa esta investigación ante la realidad de adolescentes que se encuentran con una relación de unión libre que ya están embarazadas y que suman una gran diferencia sobre las adolescentes que están solteras, casadas o separadas.

TABLA N°4
FACTOR ANTROPOMETRICO
NIVEL DE INSTRUCCION

VARIABLES	ENCUESTADAS	porcentajes
PRIMARIA	40	25%
SECUNDARIA	102	65%
SUPERIOR	14	9%
analfabeta	1	1%
total	157	100%



Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C.Sotomayor

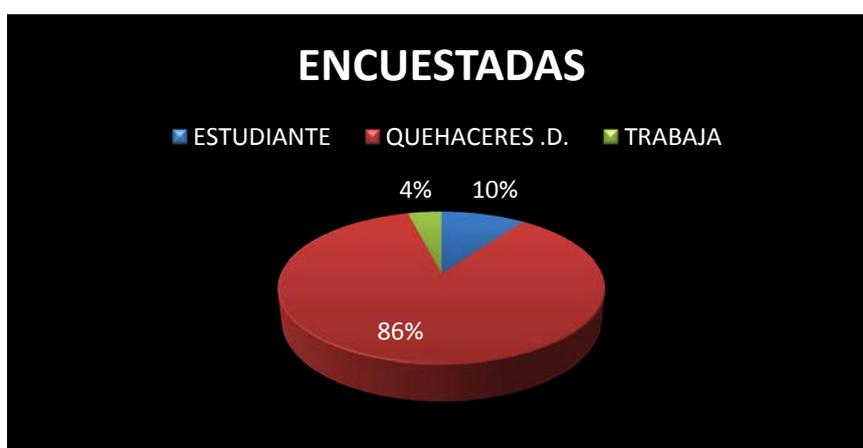
Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

En este tipo de investigación, tanto el 65% y el 25% permiten reconocer que hay gran cantidad de adolescentes que cursaron o cursan el nivel de educación básico y de bachillerato (ciclo diversificada), pero que pese a ello todavía hay un 1% que no ha realizado ningún estudio académico y otro 9% entre las encuestada están cursando estudio superior. Es decir que en esta etapa de aumento poblacional de estudiantes femenino se debe de hacer todo el esfuerzo necesario para que asuman la realidad de pertenecer a una sociedad competitiva que requiera seriedad y responsabilidad en la conducta de estudiante que están preparándose para mejorar su condición y calidad de vida.

TABLA N °5
FACTOR ANTROPOMETRICO
OCUPACION

OCUPACION	ENCUESTADAS	PORCENTAJES
ESTUDIANTE	10	10%
QUEHACERES .D.	86	86%
TRABAJA	4	4%
TOTAL	100	100%



Fuente: Hospital Maternidad Enrique .C. Sotomayor

Elaborado Por: Katty Macías M.

ANALISIS

Como es notorio el 86% de las adolescentes se encuentra como amas de casa, seguido de un 10% que actualmente se encontraban estudiando y un 4 % se encontraba trabajando adquiriendo responsabilidades postergando a si sus proyectos de vida.

TABLA N°6
FACTOR SOCIAL (ENTORNO FAMILIAR)
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

VARIABLES	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SEPARADOS	58	37%
UNION LIBRE	66	42%
CASADOS	33	21%
TOTAL	157	100%



Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

El 42% corresponde a padres con una relación de unión libre, un 37 % están separados lo cual es una cifra significativa y de mucha importancia en la estabilidad emocional de las adolescentes.

TABLA N°7
FACTOR SOCIAL (ENTORNO FAMILIAR)
COMUNICACIÓN CON LOS PADRES

VARIABLES	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
BUENA	85	54%
MUY BUENA	54	34%
MALA	0	0%
MUY MALA	1	1%
REGULAR	17	11%
TOTAL	157	100%



Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

El 54% de adolescentes afirman tener una relación buena con sus padres, el 34 % afirman que su relación es muy buena y un 11% que es regular.

TABLA N°8
FACTOR SOCIAL (ENTORNO FAMILIAR)
Información de los padres de cómo prevenir un embarazo

VARIABLES	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	121	77%
NO	36	23%
TOTAL	157	100%



Fuente: Maternidad Enrique C. Sotomayor

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

El 77 % de las adolescentes afirma tener sus padres les han comentado como prevenir un embarazo, mientras que un 23% no tuvieron ese tipo de comunicación con sus padres..

TABLA N°9
FACTOR SOCIAL (ENTORNO FAMILIAR)
En la familia quien tuvo su primer hijo antes de los 20años

VARIABLES	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
MADRE	130	83%
HERMANA	5	3%
OTROS FAMILIARES	22	14%
TOTAL	157	100%



Fuente: Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C.Sotomayor

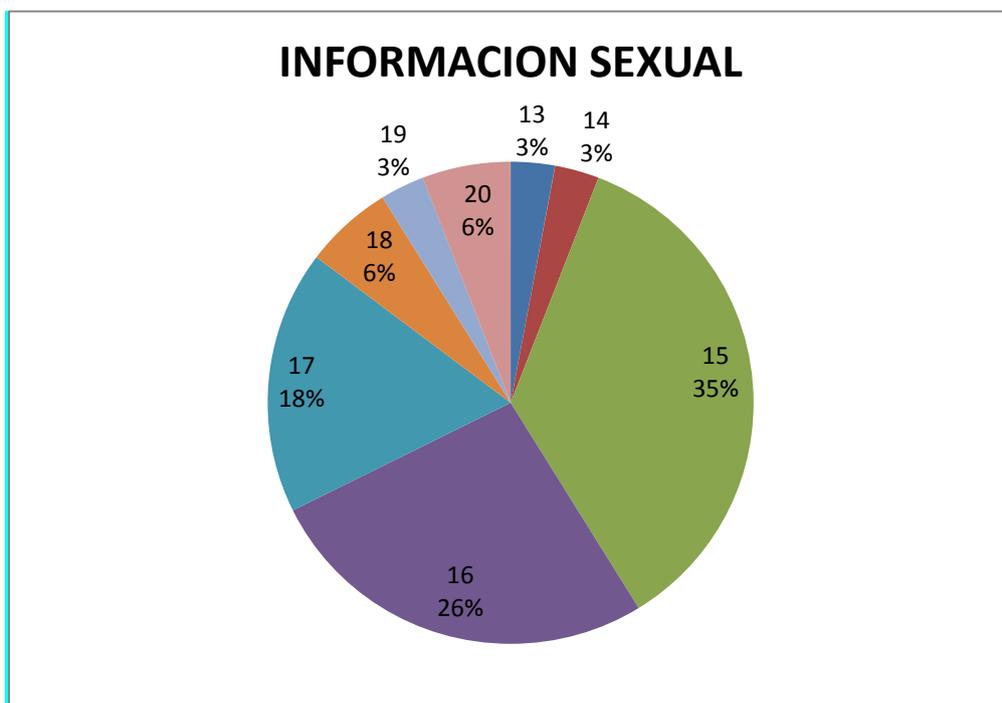
Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

El 83 % de las madres de las gestantes han experimentado la igual situación de embarazo en su adolescencia.

TABLA N°9
FACTOR SOCIAL (ENTORNO SOCIAL)
LA SEXUALIDAD ES

	EDAD										TOTAL
	13	14	15	16	17	18	19	20			
Expresión Sexual de mi cuerpo	1	1	12	9	6	2	1	2			34
Capacidad Reproductiva	1	5	6	9	10	6	12	1			50
ay b	0	1	1	1	0	1	5	1			10
Expresión psicológica, social	0	0	1	4	8	2	1	3			19
de las personas como seres sexuales											
en una sociedad cultura y tiempo.											
todas las anteriores	1	5	2	6	2	5	5	3			29
No se	3	5	0	0	1	2	3	1			15



Fuente: Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C.Sotomayor

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

De las adolescentes encuestadas fue impresionante el número de adolescentes de 15 años que desconocían la pregunta correspondiendo al 35 %, el 26% restante corresponden a gestantes de 16 años.

TABLA N°10
FACTOR SOCIAL (ENTORNO SOCIAL)
¿Has recibido charlas sobre el embarazo precoz y métodos anticonceptivos?

VARIABLES	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	89	57%
NO	68	43%
TOTAL	157	100%



Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C.Sotomayor
 Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

El 57% de las encuestadas dicen que si han recibidos charlas sobre el embarazo precoz y métodos anticonceptivos y un 43% que no. Fortaleciendo así el hecho de que hay una realidad entre las adolescentes que tienen conocimiento de cómo evitar un embarazo o de utilizar métodos anticonceptivos, mejorando así su condición social.

TABLA N°11
FACTOR SOCIAL (ENTORNO SOCIAL)
¿Ha usado anticonceptivo?

VARIABLES	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	42	27%
NO	115	73%
TOTAL	157	100%



Fuente. Maternidad Enrique .C. Sotomayor

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

El 73% de las adolescentes afirma no haber utilizado nunca ningún método anticonceptivo siendo notable los embarazos precoces por mantener relaciones sexuales a tan corta edad y sin protección.

TABLA N°12
FACTOR SOCIAL (ENTORNO SOCIAL)
¿Qué te motivo a tener tu primera relación sexual?

VARIABLES	TOTAL	PORCENTAJE
Tu enamorado te lo pidió	16	10%
Tu lo quisiste	26	17%
Decidieron los dos tenerlas	103	66%
Lo hiciste por q tus amigos	0	
lo hicieron	0	0%
Te obligaron	2	1%
Otros	10	6%
TOTAL	157	100%



Fuente: Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C.Sotomayor

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

De las adolescentes encuestadas el 66 % contestaron haber tenido su primera relación sexual por mutuo acuerdo, el 17 % lo quiso tener por voluntad propia, solo hubo un caso de violación a una menor de 14 años.

TABLA N°13
FACTOR SOCIAL (ENTORNO SOCIAL)
¿Qué consecuencias te trajo tu embarazo en tu Entorno Social?

VARIABLES	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
menosprecio	19	12%
des criminación	8	5%
separación de tu entorno	40	26%
ninguno	90	57%
total	157	100%



Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C.Sotomayor

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

El 57% no tuvieron problemas con su entorno no se vieron afectadas pero hubo un 26 % que sintieron que su grupo de amigos y familia se apartaron de ellas.

TABLA N°14
FACTOR SOCIAL (ENTORNO SOCIAL)
¿Con quién vives actualmente?

VARIABLES	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
PADRES	75	48%
HERMANOS	8	5%
OTROS FAMILIARES	11	7%
PAREJA SEXUAL	63	40%
TOTAL	157	100%



Fuente: Maternidad Enrique .C. Sotomayor.

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

Las encuestadas declaran que el 48% viven con sus padres, el 40 % con su pareja sexual, el 7% con otros familiares. Siendo necesario hacer una consciente reflexión de la participación social de la familia dentro del grupo humano adolescente que requiere tener una adecuada orientación sobre su sexualidad.

TABLA N°15
FACTOR OBSTETRICO

GRAVIDEZ	ENCUESTADAS	PORCENTAJE
PRIMIPARA	139	89%
MULTIPARA	18	11%
TOTAL	157	100%



Fuentes: Maternidad Enrique .C. Sotomayor

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANALISIS

El 89% de las adolescentes fueron primípara, mientras que el 11 % eran gestantes múltiparas.

TABLA N°16
FACTOR BIOLÓGICO
MENARQUIA TEMPRANA

MENARQUIA TEMPRANA	ENCUESTADAS	PORCENTAJE
SI	150	96%
NO	7	4%
TOTAL	157	100%



Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANÁLISIS

El 96% tubo su menarquía luego de los 12 años solo, un 4% presentaron su menarquía tempranamente.

TABLA N°17
FACTOR BIOLÓGICO
EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

1era RELACION SEXUAL	ENCUESTADAS	PORCENTAJES
10-13	2	1%
14-16	145	92%
17-19	10	7%
TOTAL	157	100%



Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Elaborado por: Katty Macías Márquez.

ANÁLISIS

El 92% que corresponde al grupo etáreo de 14-16 años (adolescencia media) es de mayor preocupación ya que las adolescente mantienen relaciones sin tener la madurez necesaria y por ende un embarazo no deseado, postergando a si su proyecto de vida ya que en esta etapa muchas de ellas se encuentran cursando su secundaria.

ANALISIS DE LOS DATOS.-

El embarazo se está dando en edades cada vez menor siendo el grupo poblacional de mayor incidencia aquellas adolescentes que tienen entre 14 a 19 años.

En el estudio se encontró que dentro de los factores antropométricos relacionados con el embarazo de las adolescentes propuesta en la tabla n°1 destaca respecto a la edad, que el 59% de las gestantes son adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 17 y 19 años de edad (adolescencia tardía); seguidos del grupo hectáreo de 14-16 años (adolescencia media) con un 39%; y un 2% de 10-13 años.

Lo hallado nos permite precisar el grupo poblacional, para plantearnos y llevar a cabo estrategias de salud en la población adolescente porque el embarazo en esta etapa de vida constituye un riesgo importante por los cambios y adaptación que exige el organismo el desarrollo del mismo además que la probabilidad de riesgo aumenta cuando menos edad tiene.

La tabla N°2 nos muestra que existe una mayor concentración en adolescentes embarazadas localizadas en la región Costa con un 96%; seguido de la región Sierra con un 3%.

Encontramos en el estudio que el 66% conviven, el 20% son solteros y el 4% separados; predominando de esta manera la unión estable es más de la mitad de la población estudiada. La responsabilidad de concebir un hijo es compartida, ya que el niño necesita tanto de un padre y una madre que asuman sus roles adecuadamente y garanticen su desarrollo integral, creciendo en un ambiente familiar adecuado, dentro de un hogar bien conformado, de tal manera que sus miembros no se vean limitados en su desarrollo personal, ni en su proyecto de vida y repercute principalmente el niño por nacer.

En la (tabla N°4) el 65% se encuentra en la secundaria, un 25% en la primaria, un 9% se encuentra en nivel superior y solo 1% de los encuestados eran analfabetas, resultado similar al estudio que realiza Chartton al buscar definir la relación que existe entre el embarazo en la adolescencia y la escolaridad. En la que demuestra que más de la mitad de la población en estudio tenía un bajo grado de escolaridad. La Literatura menciona que el nivel educativo y la fecundidad adolescente tienen relación; a mayor educación menor número de embarazos (15).

Dentro del estudio encontramos la (tabla N° 5) que el 86% son amas de casa, solo el 10% sigue estudiando y el 4% trabaja. Esta condición está condicionada por su estado de embarazo que les obliga a interrumpir los estudios y cualquier actividad remunerada y depender del apoyo de la pareja, padres u otras personas (16).

En la (tabla N° 6) observamos los factores sociales correspondientes al entorno familiar, relacionados al embarazo adolescente como es el estado civil de los padres y la falta de estabilidad familiar. Estos asociados entre sí o analizados individualmente contribuyen a que se dé el mal funcionamiento familiar, como también predisponen a una relación sexual prematura. (1, 2,3) Osofsky y Álvarez (10,11) señalan que el ambiente familiar inadecuado favorece la precocidad de la actividad sexual, relacionándose esta, con el actual aumento de riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, embarazos en la adolescencia entre otras consecuencias adversas.

Por ello quiero resaltar que dentro de la población estudiada el 21% de sus padres son casados, mientras que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes el (42%) sus padres conviven (unión estable) y el 37% son separados.

La separación de los padres y la crianza de las adolescentes solo por la madre, favorecen la presencia del embarazo en sus hijas con mayor frecuencia.

Otros autores (10, 11,12) señalan que las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes en donde las adolescentes han sido criadas por diferentes personas en diferentes momentos de su vida presentan con más frecuencia embarazo en la adolescencia.

Todo lo anterior nos lleva haber el incremento de padres separados en mayor medida hace que exista inestabilidad en estas y así un ambiente familiar inadecuado, predisponiendo a un mayor riesgo y continuidad de embarazos en la adolescencia.

La comunicación intrafamiliar como factor relacionado al embarazo adolescente lo describimos en la (tabla N° 7), destacando que el 54 % mantiene una relación buena; un 34% mantienen una relación muy buena; sin embargo hay un 11% que mantiene una comunicación regular con sus padres. Es esencial que exista una buena comunicación entre padres eh hijos por que contribuirá a que haya armonía y un clima familiar adecuado (15).

En la (tabla N° 8 se detallaron los factores sociales correspondientes al entorno social al entorno social que están relacionados las gestantes adolescentes sobre la información que otorgan sus padres con respecto a cómo prevenir un embarazo de las cuales un 77% afirman haber recibido información del tema por sus padres mientras que el 23% no tuvieron dicha información proporcionada por los padres.

En la (tabla 9) se observa los factores sociales correspondientes al entorno familiar relacionados al embarazo adolescente como es el antecedente de embarazo en sus madres y hermanas ya que existe un 83 % que se repite. Es importante recordar que la familia constituye el núcleo básico de socialización de la persona, lo que significa que es el principal trasmisor de conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos de una generación a otra atravez del ejemplo la familia infunde modos de pensar y actuar (9).

En la (tabla N° 10) se detalla sobre la información que tengan estas adolescentes sobre educación sexual siendo un 35% posee una educación sexual incompleta inadecuada. Es importante reconocer la necesidad de educar sexualmente no solo a niños y adolescentes sino a padres para que estén en mejores condiciones de orientar a sus descendientes y evitar entre otros problemas consecuencias de un embarazo a destiempo.

En la (tabla N° 11) Se establece que las jóvenes grávidas no usaron ningún método anticonceptivo en 157 casos, para el 73% seguido de un 27% que en algún momento usaron protección anticonceptiva esto indica que el desconocimiento del uso de medios anticonceptivos, sabiendo que nuestras jóvenes inician una vida sexual activa de manera precoz, se aprecia claramente que estos embarazos son una consecuencia de modos y de condiciones de vida.

En la tabla N° 15 tenemos los factores obstétricos relacionados al embarazo adolescentes como es la gravidez y la paridad, los autores manifiestan que a mayor edad adolescente, mayor es el numero de embarazo, siendo en la etapa tardía la mayor prevalencia, según las estadísticas en la Maternidad Enrique C.Sotomayor durante el año 2010 se consigna que el número de hijos por madres adolescentes es de 2. En este estudio destaca que el 89% son primíparas y un 11% son multíparas.

Es importante reconocer la necesidad de educar sexualmente no solo a niños y adolescentes sino a padres para que estén en mejores condiciones de orientar a sus descendientes y evitar entre otros problemas consecuencias de un embarazo a destiempo.

La menarquía otorga madurez reproductiva y cuando esta es temprana (menor a 11 años) las adolescentes son fértiles a menor edad, por tanto están expuestas al riesgo de embarazarse, en la (tabla N° 16) la menarquía temprana como factor biológico relacionada al embarazo adolescente refleja que el 96% de las gestantes adolescentes tuvieron su primera menstruación luego de los 11 años y solo el 4% su menarquía fue temprana.

En la (tabla N° 17) El inicio de la actividad sexual en las adolescentes produjo un mayor proporción de 14 – 16 años de edad con un porcentaje del 92 % de las encuestadas.

Lo expuesto nos permite ver que se tendría que considerar como factor relacionado como factor relacionado al embarazo la edad de la menarquía por marcar este suceso fisiológico la madurez reproductiva, independientemente de que si esta es temprana o no , claro que si esta se presenta más tempranamente la exposición al embarazo es mas insidioso.

CONCLUSIONES.-

Al determinar los factores psicosociales se concluye que los factores sociales del entorno familiar es el de mayor incidencia en los embarazos adolescente en comparación con los otros factores.

Al identificar las causas que influyen podemos determinar que los factores antropométricos y obstétricos están conectados con el embarazo en la adolescencia.

El factor biológico es otra de las causas en donde podremos observar que el mayor número de adolescentes oscilan entre los 14 a 16 años de edad (Adolescencia Media) es el período de máxima relación con sus amigos, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres; se reduce el interés por los asuntos familiares y por alternar con sus miembros. Se producen mayores conflictos familiares por esa indiferencia y porque la rebeldía es mayor y más desafiante, hay intentos y deseos más claros de emancipación. La identidad está mejor desarrollada, ya que la identificación con el grupo contribuye a afirmar la identidad personal. Es en esta etapa que para muchas adolescentes, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; sintiéndose invulnerables y asumen conductas de riesgo.

Otras de las causas que influyen son los factores sociales, con relación a su entorno familiar, como es el estado civil de los padres y la falta de estabilidad familiar. Estos asociados entre sí o analizados individualmente contribuyen a que se dé el mal funcionamiento familiar, como también predisponen a una relación sexual prematura.

El antecedente de embarazo en sus madres y hermanas es una de las causas que influyeron en estas adolescentes ya que existe un 83 % que se repite. Es importante recordar que la familia es el principal trasmisor de conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos de una generación a otra a través del ejemplo la familia infunde modos de pensar y actuar. La información que tengan estas adolescentes sobre educación sexual siendo un 35% posee una educación sexual incompleta inadecuada, siendo esta como también una de las causas que influyen para que estas adolescentes se embaracen a destiempo.

Tenemos otro factor muy importante y uno de las principales causas que son los factores obstétricos relacionados al embarazo adolescentes como es la gravidez y la paridad, los autores manifiestan que a mayor edad adolescente, mayor es el numero de embarazo, siendo en la etapa tardía la mayor prevalencia, En este estudio destaca que el 89% son primíparas y un 11% son multíparas.

Es importante reconocer la necesidad de educar sexualmente no solo a niños y adolescentes sino a padres para que estén en mejores condiciones de orientar a sus descendientes y evitar entre otros problemas consecuencias de un embarazo a destiempo.

Se encuentra una causa muy principal y estadísticamente significativa entre el antecedente del embarazo adolescente y el tipo de familia. Se encontró una inadecuada información intrafamiliar.

VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION.-

Este estudio contrario a lo sostenido por muchos enfoques o discursos para abordar la prevención del embarazo en adolescentes, el reducido o nulo acceso a métodos anticonceptivos no es la principal causa para la constancia y el crecimiento del embarazo en adolescentes. Aunque sea de forma limitada, la mayoría de las adolescentes han escuchado sobre la existencia de métodos para la prevención del embarazo, así como de la posibilidad de acceder a estos por medio de los centros o sub centro de salud, aun así, no los utilizan.

Existe una ruta de la sexualidad que recorren las adolescentes, atravesadas por mecanismo de deseos, ausencia afectiva, presión moral, control y disciplinamiento. El primer momento de esta ruta tiene que ver con la preservación y el control del mundo afectivo que ejercen padres y madres sobre sus hijas adolescentes. La matriz familiar privilegia una norma de control absoluto que omite la posibilidad del disfrute o de la vivencia de una sexualidad basada en el cuidado. Sin embargo esta prohibición, umbral de moralidad y control, se romperá en el futuro en la medida en que es parte del desarrollo y crecimiento de las adolescentes. Este umbral de control involucra roles de género; la madre transmite miedo y peligro a las adolescentes para evitar relaciones afectivas con hombres. Los padres ausente de la crianza de sus hijas constituyen referentes de protección y, al mismo tiempo, de agresión, infidelidad y distancia emocional.

La maternidad es asumida como opción en el ámbito de oportunidades materiales, es la opción para imaginar otros sentidos de vida. El problema es que, se suma el hecho de que la maternidad aparece y en cierto modo lo es como único horizonte para las mujeres, a la ausencia de condiciones materiales que posibiliten a las adolescentes imaginar una vida “buena” por fuera de la maternidad o además de la maternidad, como son la educación, infraestructura, aspectos sociales.

BIBLIOGRAFIA

1. Silber T, Munist, Maddaleno M: Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Num.20 EUA 1990, Paltex, Pag.473
2. Molina M., Salinas M, Fernández G., Pérez R. & Ferrale C.- “El embarazo en la adolescencia” - Revista de Ciencia y Salud – 1999; 1,25-29.
3. UNICEF /OMS/. Embarazo Adolescente”- La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2002 p. 129- 31.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS) – “El embarazo en la adolescencia precoz”- Revista Panamericana de la Salud Vol. 3 N° 4 Washington; Abril 2001
5. Donald L. Taylor: El Desarrollo Sexual Humano Perspectiva de la Educación Sexual. Edutex S.A. Pag.39,40,41,42,45,46,47,48,49,50,51,64,65,66,369,370, 371, 372,373.
6. Paloma Santa María. Desarrollo psicológico y Sexual de la Adolescente. Editorial Magisterio Español, S.A. Pag.12, 13, 26, 27, 28, 29,30.
7. Lowdermilk, Perry, Bobak: Enfermería Materno Infantil. Sexta Edición, tomo 2, Editorial Harcourt, pag 951-953-959.
8. Ros R, Morandi T, Cozzetti E, Lewintal C, Cornella Josep: La Adolescencia: Consideraciones Biológicas Psicológicas y Sociales: Capítulo I.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS) – “El embarazo en la adolescencia precoz”- Revista Panamericana de la Salud Vol. 3 N° 4 Washington; Abril 1998.
10. Organización Panamericana de la Salud – “Normas de detección del embarazo y el parto en adolescentes” Washington DC; 1994. Pág. 23 -25
11. Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, Gilstrap: Williams Obstetricia, Editorial Masson.S.A. Pag 639.
12. Potter, Perry: Fundamentos de Enfermería Volumen I, Quinta Edición, Editorial Harcourt, pág. 227.

- 13 Problemas de Reproducción en la Adolescencia, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica, Interamericana Junio.1971
14. Gala L. Jiménez L: Problemas Psicosociales del Embarazo y la Maternidad. Revista Ibero Americana de Fertilidad. Vol.20. n2 Marzo - Abril 2003.
15. Issler r. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Postgrado. de la Cátedra Vía Medicina. Agosto/2001.Num.107.
- 16 Alay: Enciclopedia de la Sexualidad y Planificación Familiar, España
- 17 Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Salud a Adolescentes. Republica del Ecuador 2009.
18. Reeder, Martin, Koniak: Enfermería Materno Infantil. Edición 17ava tomo 2, Editorial Interamericana Mc Graw Hill, Pag 924..
- 19 Dr Silber T, Dra. Munist M, Dra Magdaleno M, Dr. Suarez E: Manual de Medicina de la Adolescencia, N- 20, Paltex.
- 20 Potter, Perry: Fundamentos de Enfermería Volumen I, Quinta Edición, Editorial Harcourt, pag 227.
- 21 Schulz y Williams: Programación de Objetivos en la Educación Sexual.
- 22 Normas y Promoción de la Salud en las Adolescentes Pag 39 y 55. Normas y
- 23 Procedimientos para la Atención Integral de la Salud a Adolescentes. Republica del Ecuador 2009.
- 24 <http://www.scribd.com/doc/3923075/seminario-embarazo-y-Adolescencia>.
- 25 <http://www.monografias.com/trabajos42/embarazo-precoz/>
- 26 <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/0015/6.htm>.
27. http://tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm.
- 28 http://es.wikipedia.org/wiki/embarazo_adolescente
- 29 <http://es.pandapedia.com/wiki/adolescencia>.
- 30 <http://www.chiquimania.com/relaciones-sexuales/>
- 31 <http://www.uclm.es/ab/enfermería/revista/numero6embaradolesc>
32. <http://www.monografias.com/cgi-bin/>
- 33 <http://hechoslive.com/2009/12/sanando-a-los-hijos-de-familias-Disfuncionales/>
34. <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18-3-02/enf08302pdf>.
35. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/diccionario/letra-e.htm>.

INDICE VARIOS.-

TABLA N° 1 /GRAFICO N°1 pag.....	35
TABLA N° 2 / GRAFICO N°2 pag.....	36
TABLA N° 3 / GRAFICO N°3 pag.....	37
TABLA N° 4 / GRAFICO N°4 pag.....	38
TABLA N°5 / GRAFICO N°5 pag.....	39
TABLA N°6 / GRAFICO N°6 pag.....	40
TABLA N°7 / GRAFICO N°7 pag.....	41
TABLA N°8 / GRAFICO N°8 pag.....	42
TABLA N°9 / GRAFICO N°9pag.....	43
TABLA N° 10 / GRAFICO N°10 pag.....	44
TABLA N°11 / GRAFICO N°11 pag.....	45
TABLA N°12 / GRAFICO N°12 pag.....	46
TABLA N°13 / GRAFICO N°13 pag.....	47
TABLA N°14 / GRAFICO N°14 pag.....	48
TABLA N°15 / GRAFICO N°15 pag.....	49
TABLA N°16 / GRAFICO N°16 pag.....	50

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.-

	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
ACTIVIDADES	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
APROBACIÓN DEL ANTIPROYECTO		→																		
1ª ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DE TESIS			→																	
CORRECCIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				→																
2ª ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DE TESIS					→															
MARCO TEÓRICO, HIPOTESIS Y VARIABLES		→	→	→	→	→	→	→												
RECOGIDA DE DATOS		→	→	→	→	→	→	→												
INTERPRETACIÓN DE DATOS									→											
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES										→										
CORRECCIÓN DE DATOS											→									
3ª ENTREVISTA CON EL DIRECTOR DE TESIS													→							
REVISIÓN DE TESIS POR EL LECTOR														→						
ENTREGA DE TESIS															→					
SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE GRADO																			→	

PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCION EN MATERNIDAD ADOLESCENTE.-

Proyecto de Atención Integral a la madre Adolescente.-

A nivel Familiar:

Al conocer la condición del embarazo de la adolescente y habiendo evaluado previamente las condiciones familiares, se da la noticia a la familia en su conjunto de parte del equipo interdisciplinario (pediatra, enfermera, trabajadora Social, psicóloga y nutricionista).

Esto brinda un espacio para que la adolescente se sienta apoyada y no presente conductas de riesgo (fuga del hogar , intentos de aborto, abuso de drogas, intentos de suicidios). Se trata de canalizar las inquietudes de los diferentes miembros de la familia, y de buscar alternativas para la atención y seguimiento de la situación bio-sicosocial de la adolescente.

A nivel de Adolescente:

Una vez que la adolescente da a luz se integra al grupo de madre adolescente, el cual tienen objetivos tanto de apoyo como de promoción de salud.

a : Orientación vocacional (alternativas de estudio y trabajo opciones de guarderías).

b : Educación para la salud. (Prevención de accidentes, manejo de limites, estimulación del niño, detección y manejo temprano de enfermedades)

c: Apoyo (compartir experiencias en torno a embarazo y situación actual; relación de pareja, percepción del niño, etc.)

Las adolescentes que lo requieran, también reciben psicoterapia individual.

A nivel de pareja.-

En relación con las parejas de las adolescentes se efectúan reuniones mensuales conjuntas (madres y padres) para discutir situaciones de conflicto y dar educación.

A nivel del Hijo de la madre de la Adolescente.-

Se da la consulta del hijo de la madre adolescente por parte del equipo interdisciplinario, fundamentalmente consulta de crecimiento y desarrollo y consulta del niño enfermo.

Coordinación con otros programas de Adolescentes.-

Esto permite la resolución de áreas no abarcadas por el equipo por el equipo interdisciplinario coordinación y consulta de Gineco Obstetricia para adolescentes y asociación de formación de mujeres).

Todo esto con el objetivo de fortalecer el vinculo madre –hijo y prevenir asi problemas de abuso, abandono y atención inadecuada hacia el niño, prevenir conductas de riesgo (prostitución, intentos de suicidios, etc.) en las adolescentes y favorecer la continuación del desarrollo psicosocial de la adolescente (familiar, laboral, educativo).

ACCIONES QUE PODEMOS IMPULSAR EN LAS Y LOS ADOLESCENTES:

1. Realizar acciones de información y educación en el campo de la sexua promoviendo el conocimiento y auto cuidado del cuerpo.
2. Promover el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.
3. Informar a las y los adolescentes que ya han decidido tener relaciones sexuales sobre el uso de métodos anticonceptivos.
4. Desarrollar una comunicación amplia y sincera entre padres, madres, hijas e hijos.

5. Abstenerse de tener relaciones sexuales sino se siente preparada (o) para ello.

XII. IMPLICACIONES DE ENFERMERIA ENFERMERIA.-

Captación precoz y su seguimiento continuo de la embarazada adolescente.
Brindar consejería relacionada a los distintos factores de riesgo, para prevenir posibles complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio.

CENTRO DE SALUD.-

Promover la atención integral considerando al individuo como un ser bio – psico – social.

Establecer coordinaciones con los diferentes ONG`s, gobiernos locales involucrados al núcleo familiar y social para reconocer los distintos problemas de salud en la adolescencia.

Atención a adolescentes con servicios diferenciados y que funcione la clínica del adolescentes asignando recursos humanos capacitados.

COMUNIDAD.-

El fortalecimiento de la red comunitaria para que estas sean capaces de identificar las embarazadas adolescentes y que estas sean referidas de manera oportuna a la unidad de salud más cercana.

- Promover y desarrollar en los y las adolescentes conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas, a través de acciones de información, comunicación y educación para favorecer en ellos estilos de vida saludable.
- Brindar a los y las adolescentes cuidados directos a través de las consultas de atención integral, con el fin de reducir su morbimortalidad.

- Promover el desarrollo del recurso humano del Programa mediante un proceso de educación permanente con el fin de motivarlos a capacitarse para que brinden una atención de calidad.
- Promover el desarrollo de una política intersectorial de juventud y realizar acciones coordinadas con los otros sectores para favorecerla integración de la atención y el uso racional de los recursos.
- Promover el desarrollo de investigaciones que permitan tener un mejor conocimiento de los jóvenes y su problemática, con el fin de mejorar las acciones del programa.

RECOMENDACIONES.-

1. Los padres deben de estar debidamente pendiente de todos los actos de su niña adolescentes.
2. Asimismo los vecinos deben avisar a los padres de las adolescentes sus conductas inapropiadas
3. Que algún Ministerio del Estado realice campañas serias para disminuir los embarazos precoces.
4. Creo que paralelamente a la educación y el cuidado de los padres, el Estado debe a través de algún ministerio proporcionar preservativos a fin de evitar el embarazo, toda vez que a veces no se puede cuidar del todo a las adolescentes. En todo caso poner algunas medidas fuertes a las adolescentes en sus relaciones sexuales.

ADOLESCENTES DE 14 Y 16 AÑOS (ADOLESCENCIA MEDIA) EN
EL AREA DE CONSULTA EXTERNA.-



MENOR DE 14 AÑOS DE EDAD VIOLADA: EMB 36 SG.



ADOLESCENTES EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA
RELIZANDO LAS ENCUESTAS.-



ENCUESTA.-

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE. DATOS PARA SER TABULADOS PARA DETERMINAR LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE PREDISPON EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.-

FACTOR ANTROPOMETRICO.-

1.-DATOS PERSONALES.-

Edad:

Lugar de Nacimiento:

Ciudad:

Provincia:

Cantón:

ESTADO CIVIL.-

Soltera:

Casada:

Unión Libre:

Separada:

OCUPACIÓN:

Estudiante:

Quehaceres Domésticos:

Trabaja:

GRADO DE INSTRUCCIÓN.-

Primaria:

Secundaria:

Secundaria:

AREA ENTORNO SOCIAL.-

CONTESTA CON UNA X.-

¿La sexualidad es?

a) Expresión sexual de mi cuerpo

b) Capacidad Reproductiva

c) a y b

d) Expresión psicológica, social de las personas como seres sexuales en una sociedad, cultura y tiempo.

e) Todas las anteriores.

QUE TE MOTIVO A TENER TU PRIMERA RELACION SEXUAL:

T u enamorado te lo pidió

Tú lo quisiste

Decidieron los dos tenerlas

- a) Lo hiciste porque tu grupo de amigos lo hicieron
- b) Te obligaron a tenerlas
- c) Otros motivos: _____

CONTESTE SI ONO

¿Has recibido charlas sobre el embarazo precoz y métodos anticonceptivos?

Donde:

SI () NO ()

¿Te han informado tus padres sobre la prevención del embarazo?

SI () NO ()

¿Tienes información sobre los métodos anticonceptivos?

SI () NO ()

¿UTILIZAS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

SI () NO ()

¿QUÉ CONSECUENCIAS TE TRAJO EL EMBARAZO EN TU ENTORNO SOCIAL?

MENOSPRECIO

DESCRIMINACION

SEPARACION DE TU ENTORNO SOCIAL

AREA ENTORNO FAMILIAR.-

Estado Civil de tus padres:

Con quien vives:

PADRE: MADRE: HERMANOS: OTROS:

COMO ES LA COMUNICACIÓN QUE MANTIENES CON TUS PADRES:

MUY BUENA: MUY MALA: REGULAR:

TUS PADRES COMO SON CONTIGO:

Comprensivos () SOBRE PROTECTOR () TE APOYAN ()
TE RECHAZAN ()

Crees que los medios de comunicación estimulan o influyen para que uno tenga relaciones sexuales:

SI () NO ()

En tu Familia quien tuvo su primer hijo antes de los 20 años:

Mama

Hermana

Otros Familiares

FACTOR BIOLÓGICO.-

¿A qué edad tuviste tu primera menstruación?

¿Edad de tu primera relación sexual?

FACTOR OBSTETRICO.-

Primípara:

Multípara: