



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TESINA DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TITULO DE MÉDICO GENERAL

TEMA:

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y ESTILO DE VIDA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA EN EL
PERIODO DEL 1/01/2010 AL 31/12/2011

AUTORA: MERCEDES ANGELICA FONSECA VILLACIS

TUTORES:

DR. PABLO ALARCON

MS. DANILO YEPEZ

Riobamba - Ecuador

2011-2012

DERECHO DE AUTORIA

Yo Mercedes Angélica Fonseca Villacís soy responsables de todo el contenido de este trabajo de investigación, los derechos de autoría pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

AGRADECIMIENTO

De una manera muy sentida a la Universidad Nacional de Chimborazo, a la Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, al Dr. Pablo Alarcón, al Ms. Danilo Yépez, quienes fueron mis asesores, y a todos y cada uno de los maestros de mi Escuela.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado con mucho cariño, para mi hermosa hija, para mis padres, hermano, que con mucho afán y su corazón noble, se sacrificaron por mi porvenir y éxito de mi carrera futura.

A Dios, a mis queridas sobrinas y sobrino, abuelitos, por iluminar mis pasos y sobre todo por su apoyo incondicional, durante toda mi carrera.

MERCEDES FONSECA

RESUMEN

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, en la cual transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" por tanto fija sus límites entre los 10 y 19 años, es considerada como un periodo de la vida libre de enfermedades que puede pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos inmaduro ya que su organismo no está preparado biológicamente para albergar en su interior la vida de un nuevo ser el mismo que podría nacer con problemas como sepsis por un parto atendido en casa sin medidas de asepsia y antisepsia, bajo peso, labio leporino y/o paladar fisurado, cardiopatías congénitas, tal vez por intentos fallidos de abortos por parte de la adolescente que viéndose sola ante este problema toma esa decisión además no debemos olvidar que por esta situación muchas veces pierden su vida en el intento. El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 40 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares, cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto como una supuesta solución que en muchos de los casos son más teóricos que reales y previene a la adolescente de complicaciones en esta práctica que conduce a la muerte del embrión o feto en lugares clandestinos que ponen en peligro la vida de las adolescentes las mismas que tiene muchos sueños y metas que cumplir y esta decisión precoz las marco de manera trágica para toda su vida pudiendo llevarlas a la esterilidad e incluso a la muerte.

INDICE GENERAL

DERECHO DE AUTORÍA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA.....	ii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INDICE GENERAL	vii
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.....	5
1.- PROBLEMATIZACION.....	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	8
1.3 OBJETIVOS	8
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
1.4 JUSTIFICACIÓN	10
CAPÍTULO II	11
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. FUNDAMENTO TEÓRICO	11
2.2 HIPOTESIS Y VARIABLES	30
2.4.1 HIPOTESIS.....	30
2.4.2 VARIABLES	30
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
CAPITULO III.....	33

3. MARCO METODOLOGICO	33
3.1 METODO.....	33
3.1.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1.2 AREA DE ESTUDIO:.....	33
3.1.3 POBLACION DE ESTUDIO	33
3.1.4 FUENTE DE INFORMACION.....	34
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
3.2.1 POBLACIÓN.....	34
3.2.2 MUESTRA.....	34
3.3 TECNICA E INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	34
3.4 TECNICAS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	35
CAPITULO IV	36
4. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	36
4.1. ANALISIS DE INVESTIGACION.....	36
4.2. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	36
4.2.1. EDAD DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.....	37
4.2.2 LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.....	38
4.2.3 OCUPACION DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.....	39
4.2.4 ANTES DEL EMBARAZO CON QUIEN VIVIAN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.....	40
4.2.5 ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.....	41

4.2.6 INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.....	42
4.2.7 INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.1.	43
4.2.8 ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.....	44
4.2.9 ATENCION DURANTE EL PARTO POR.....	45
4.2.10 INFORMACION SOBRE LOS CUIDADOS EN EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.1.	46
4.2.11 INFORMACION SOBRE EL PARTO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.1.....	47
4.2.12 APOYO PSICOLOGICO DURANTE EL EMBARAZO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.1.	48
4.2.13 ATENCION ODONTOLOGICA DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.1.	49
4.2.14 PESO DEL RECIEN NACIDO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.1.....	50
4.2.15 CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEL 01/01/2010 AL 31/12/2011.....	51
4.3. COMPROVACION DE LA HIPOTESIS.....	52
CAPITULO IV	53
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54

BIBLIOGRAFIA.....	56
ANEXOS	57
ENCUESTA.....	58

INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa de la vida, que transcurre entre los 10 y los 19 años, dividiéndolo en tres periodos que son la *adolescencia temprana* (10 a 13 años) aquí biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia, psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo e intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física; *adolescencia media* (14 a 16 años), aquí es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgos, están muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda, y por último la *adolescencia tardía* (17 a 19 años), casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de amigos va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.¹

Además empiezan a desarrollarse todas las funciones sexuales favorecidas por la producción de hormonas que permiten la maduración de los órganos sexuales tanto femenino como masculino incluyendo las células sexuales femenina u óvulo y masculina o espermatozoide.²

Cabe mencionar que éste tipo de problema social no es reciente, es decir, si recordamos la historia de la humanidad nos daremos cuenta que las mujeres se comprometían y se casaban muy jóvenes procreando en la etapa de la adolescencia, según estudios realizados en España se estimaba que en 1950 por cada 1000 adolescentes el 7.45% de estas ya eran madres, en 1965 alcanzaba la cifra de 9.53%, en 1975 era el 21.72%; los últimos datos registrados en ese país como referente a esta problemática en 1994 la tasa de natalidad en la adolescencia se tomó que por cada 1000 mujer adolescentes el 35.49% eran madres¹, pero la perspectiva ha ido variando y la OMS estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen.

Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En el 2005 los partos de mujeres menores de 20 años representan el 17%, (14 millones de partos al año en el mundo entero).³

Hoy en día esa tasa es de 26 partos en adolescentes por cada 1000 mujeres, de acuerdo con las estadísticas sanitarias mundiales de 2009.⁴ Según encuestas demográficas y de salud realizadas en los últimos años en algunos países de América Latina y El Caribe, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez al momento de ser encuestadas fluctuó entre 12,2 % en Perú y 24,6% es decir una de cada cuatro adolescentes en Nicaragua.

Actualmente Ecuador cuenta con la tasa más alta de embarazos en adolescentes de toda la región andina, según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA, 2008) más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos.

La Tasa Global de Fecundidad –TGF es de aproximadamente 3.3 hijos por mujer, según las regiones de nuestro país tenemos los siguientes datos: *Área urbana* 3 hijos por mujer. *Área rural* se aproxima a 4 hijos por mujer. Mujeres indígenas 5 hijos en promedio durante su vida.

La mayoría de estos embarazos no son planificados o deseados. 10% de las mujeres entre 15 y 24 años, que estuvieron embarazadas antes de los 15 años, señalan que su embarazo terminó en un aborto.

El matrimonio y el embarazo son las dos razones más comunes por las cuales las adolescentes y jóvenes no terminan la escuela secundaria. Las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y menos ingresos que las demás y es más probable que aumenten sus condiciones de pobreza y las de su descendencia. Un embarazo en la adolescencia se traduce a 2.5 años de escolaridad menos para las mujeres. Y por cada hijo adicional, las mujeres disminuyen un año en la escolaridad.

La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años, en la última década, es del 74% y en mayores de 15 años es del 9%. En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad en la adolescencia son hasta 4 veces más altas entre las que no tienen educación (43% comparadas con las de mayor nivel educativo, 11% con secundaria completa). El 45% de adolescentes que se quedaron embarazadas no estudiaban ni trabajaban antes del embarazo.¹³

Las consecuencias de un embarazo en la adolescencia son múltiples, perjudicando las oportunidades de desarrollo personal y socio- económico.¹⁰ Estas tasas han variado muy poco en los últimos 12 años.⁵

¹http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

²http://www.monografias.com/trabajos55/embarazo_adolescente/embarazadolescente.shtml

³<http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>

⁴<http://dietaydeporte.blogspot.com/2009/06/adolescencia-y-embarazo-2.html>

⁵ <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/Embarzoadolescente.pdf>

¹⁰<http://periodicoexpectativa.com/laclavedelainformacion/index.php/14-noticias-noticias/541-ecuador-tiene-la-tasa-mas-alta-de-embarazos-en-adolescentes>

¹³www.farmagecuatoriana.com/descargas/prensa/ENIPLA.pdf

CAPITULO I

1. PROBLEMATIZACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia organiza la sexualidad en femenino y masculino, de conformidad con las nuevas concepciones sociales y culturales, ya no una sexualidad destinada de forma prioritaria ser padre o madre como se creía en el pasado, sino a construir la masculinidad y la feminidad en un contexto de experiencias placenteras y gozosas en relación con los otros conceptos que se manejaban en el pasado ante el hecho de que las adolescentes buscaban un novio con el cual se casarían si estas mantenían relaciones sexuales, hoy en día los y las adolescentes se predisponen de una manera más simple ejerciendo la sexualidad como un estilo de vida y de experiencia frente a esta y no se percatan las consecuencias que pudieran tener a corto o mediano plazo ya sea un embarazo no deseado o contraer una enfermedad de transmisión sexual que lo marcara de manera trágica toda su vida, ya que por el embarazo no deseado tendrán que casarse, o dejar los estudios y todas sus metas que se planteó, truncar sus sueños de ser un profesional para mejorar su estilo de vida y de su familia queda en sueños porque su realidad es otro.

No basta ser adolescente. En el mundo contemporáneo, ya no es posible improvisar la venida de un niño. Ya no se quieren justificaciones para el nacimiento de hijos e hijas no queridos ni esperados. La adolescencia no es el tiempo para la maternidad ni la paternidad sino para su preparación biológica, psicológica o sociocultural.

Sin embargo, muchas adolescentes quedan embarazadas por sus amigos o enamorados en su infinita mayoría, los embarazos no deseados han llegado a constituir uno de los más graves conflictos sociales de algunos países en vías al desarrollo.⁶

El mundo ha cambiado de manera radical en cuanto a las percepciones sobre la sexualidad ya sea en lo cultural y religioso como se maneja en los países islámicos

donde se considera que la pureza de la mujer es reservada únicamente para quien es su esposo, todo lo contrario sucede en los países europeos y americanos en donde la sexualidad es manejada de una manera más abierta y los adolescentes la practican a más tempranas edades en estudios realizados en Buenos Aires, a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosa, laica, laica de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Mientras que en el Ecuador las adolescentes prefieren las inyecciones anticonceptivas por el temor de que sus padres encuentren las pastillas o los condones y por el miedo de olvidarse de tomar. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan, ya no es posible dar marcha atrás. Mujeres y varones mantienen relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas por ende cuanto más precozmente lo hagan, mayor será el riesgo del embarazo o contraer enfermedades de transmisión sexual tomando en cuenta esta encuesta en la cual nos refleja que la mayoría por no decir la totalidad de los adolescentes tienen conocimientos sobre métodos anticonceptivos diríamos que el embarazo en la adolescencia no es una consecuencia por desconocimiento sino más bien por descuido por parte de ellos.¹

Pero, a esta experiencia innumerable no se halla exenta de riesgos, que son más complejos cuanto menos edad posee la pareja amorosa ya que la educación sexual la abordan con mayor importancia adolescentes entre 15 a 19 años y los que tienen menor edad desconocen o simplemente lo han oído de otras personas como amigos o conocidos ya que aún persiste en nuestra sociedad el tabú de hablar sobre sexualidad entre padres e hijos. Y el primero y quizás más importante riesgo es el embarazo. De hecho, gran parte de la poca información que se da a las adolescentes en casa y en el colegio respecto a la

primera regla está destinada a prevenir el embarazo. La menarquia adquiere sentido familiar y social en la medida en que avisa que una mujer es capaz de quedar embarazada claro que esto no es regla absoluta se han presentado casos en los cuales adolescentes queden embarazadas. De ahí que el "cuidarse de los hombres", como suelen aconsejar las mamás a sus hijas, no significa otra cosa que un acto destinado a prevenir el embarazo prematuro, no deseado y fuera del matrimonio.

Así se expresa una niña de 10 años: "A nosotras nos han dicho en la casa y en la escuela que, una vez que hay el flujo, la mujer tiene que cuidarse, no tener relaciones sexuales porque se puede embarazar."⁶

En el Ecuador, dos de cada diez adolescentes que mantienen relaciones sexuales iniciaron sus experiencias amorosas entre los 12 y 14 años.

Según los adolescentes, casi siete de cada diez mujeres adolescentes mantienen relaciones sexuales y prácticamente todos, hombres y mujeres adolescentes, conocen casos de amigas en su entorno que han quedado embarazadas.⁶

Algunas terminan siendo madres, mientras otras recurren al aborto como la alternativa para solucionar un problema personal y social para el que no encuentran otra salida posible y esto le trae consecuencias a las jóvenes madres de dar en adopción a su hijo trayéndole sentimiento de culpa para toda su vida.

Hay quienes deciden tener solas al hijo, enfrentándose a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve frenado ya que sus sueños no lo podrán cumplir y deberán preocuparse únicamente por su hijo, además sufren agresiones por parte de su familia y del entorno, tienen menos oportunidades de conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable con desventajas en comparación con aquellos que viven con papá y mamá en un entorno lleno de amor brindado por sus progenitores. Otras madres adolescentes deciden (si es que la pareja responde) casarse. Sin embargo existen altas

probabilidades de que su matrimonio no resulte porque el adolescente se enfrentan a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo.⁷

En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez adolescentes embarazadas tienen el bebé. Las dos restantes acuden al aborto. En cambio, en los estratos sociales medios altos y altos, el número de adolescentes que recurren al aborto es mayor porque en estos grupos la maternidad adolescente es muy mal tolerada.⁶

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los estilos de vida que influyen en la incidencia de embarazos en adolescentes en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo del 1/01/2010 al 31/12/2011.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los estilos de vida que influyen en la presencia de un embarazo en la adolescencia en el “Hospital Provincial General Docente” de Riobamba, 1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre 2011.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Precisar la realidad en la que se desarrolla la actividad pre y pos natal de las pacientes adolescentes.

- Identificar las causas y factores de riesgos determinantes y predisponentes para la presencia de un embarazo en la etapa de la adolescencia, previa la autorización del responsable o tutor legal de la adolescente.
- Elaborar una guía para la prevención de embarazos en la adolescencia, para uso de los profesores de colegios y escuelas y los profesionales de la salud, de la ciudad de Riobamba.

¹http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

⁶<http://www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo09.htm>

⁷www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adolescentes/392469.html

1.4 JUSTIFICACION

La presente investigación se va a realizar debido a que los embarazos en la adolescencia han aumentado de manera indiscriminada, por lo que es necesario no cerrar los ojos ante esta realidad.

Uno de los factores más importantes para evitar éste tipo de situaciones es la comunicación con los adolescentes por parte de sus padres en primer lugar y luego sin dar menor importancia en las instituciones educativas, ya dejando a un lado los prejuicios y tomando en cuenta que esta temática está avanzando de una manera incontrolable por la desinformación o por el abandono de los adolescentes, ya sea por situaciones ajenas a ellos que les incumbe principalmente a sus padres que, en muchos de los casos, por situaciones económicas han tenido que abandonar su patria en busca de un futuro mejor para su familia.

Otra factor importante que no debemos olvidar, es el peligro de los abortos que, por la desesperación, las adolescentes toman esa decisión: ya que ponen en peligro no sólo la vida del embrión o feto sino también la vida de la madre adolescente; sin olvidar los problemas psicológicos que presentan, como el sentimiento de culpa, es necesario que tomemos en cuenta que un embarazo responsable en una persona biológica, psicológica y económicamente preparado, es lo más maravilloso que le puede pasar a una adolescente o a la pareja en conjunto, siempre y cuando estén preparados para criar y educar un nuevo ser, que piensa y siente como nosotros.

Si somos mujer u hombres debemos considerar que éste es el mejor momento dentro del desarrollo y debemos tener en cuenta que todas podemos ser madres o padres, sólo tenemos que elegir el momento adecuado en el cuál un hijo no sea el producto de un momento de locura o por simple placer, sino el futuro del amor y la unión de dos personas que se aman y por consiguiente amarán a sus hijos.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.1.-Embarazo en la Adolescencia

Se lo define como: la preñez de las mujeres menores de 19 años, en la edad que se termina esta etapa de la vida, esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho más antes de alcanzar su madurez emocional.

El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.¹

Durante el embarazo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas, que no son síndromes o signos de enfermedad, sino las manifestaciones de estos cambios anatómicos y fisiológicos, la mayoría de los cuales revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.¹

¹http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

Menarquia.-del griego menar de mes y quia de principio, es decir el día en el que se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.

Según el Censo de 2010, en el país hay 346 700 niñas (de 10 años a 14 años). La cifra de embarazos ascendió en la última década como se muestra a continuación:

En el Ecuador, las cifras estadísticas de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales, de acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346700 niñas, de las cuales 2080 ya han sido madres. Si bien la cifra representa menos del 1% del total de embarazos se evidencia un incremento del 74% en los 10 últimos años.

A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años. En efecto, de 705163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121288 adolescentes, es decir el 17,2%, ha sido madre ya. Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

En América Latina, el país ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.⁸

2.1.2.- Causas, Incidencia y Factores de Riesgo

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Como no hay ningún método anticonceptivo efectiva al 100%, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo.

Los adolescentes actualmente crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o

secretos en los cuales las relaciones sexuales, sin estar casados, (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas por ellos.

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales, y políticas así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional).⁹

El riesgo potencial para las adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluyen:

- Los tempranos contactos sexuales (a la edad de 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años; y, a la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia).
- El uso temprano del alcohol y/u otras drogas, incluyendo el tabaco, provoca la salida de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos 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.
- Crecer en condiciones económica baja.
- Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual, o cuando sus madres a su vez les han dado a luz antes de los 19 años.⁹

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

a. – Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.¹

b. –Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.¹

c. – Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.¹

d. – Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.¹

¹http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

⁸<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>

⁹www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm

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

- **Estratos Medio y Alto:** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.¹
- **Estratos Más Bajos:** donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.¹

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.¹

A. – Factores Predisponentes

- **Menarquia 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 ya que a los 10 o 12 años desconocen completamente de métodos anticonceptivos por que en nuestra sociedad aun es un estigma el tema sobre la sexualidad.
- **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.

- **Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola**
- **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, aun 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 trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
- **Pensamientos Mágico:** 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 con menor temor a enfermedades venéreas.

B.-Factores Determinantes

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual
- Violación¹

2.1.3.-Síntomas del embarazo

Los síntomas de embarazo incluyen:

- Falta del período menstrual
- Agotamiento
- Aumento del tamaño de los senos
- Distensión abdominal
- Náuseas y vómitos
- Mareos y desmayos

CAMBIOS DEL APARATO REPRODUCTOR

El útero: aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60gr. a 1.000 gr. al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso (formado por moco muy espeso y adherente) que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto.

La vagina: aumenta su elasticidad y aumenta la secreción de flujo, como consecuencia

del aumento en la vascularización de la vagina y el cuello del útero durante el embarazo por el efecto vascularizante de la progesterona, se nota que la mucosa de estas estructuras se vuelve de un color violeta. A este cambio azulado de la mucosa vaginal y del cuello del útero se lo conoce como el signo de Chadwick - Jacquemier.

Las mamas adquieren mayor sensibilidad y comienzan a crecer ligeramente, la areola alrededor del pezón adquiere más pigmentación y pueden observarse los vasos sanguíneos por debajo de la piel. Son cambios normales que indican que el pecho se está preparando para la lactancia, las mamas dejan salir una serosidad clara, acuosa y a veces teñida de amarillo, o bien un líquido pegajoso con un núcleo amarillento en el centro de una gota clara, el calostro.¹⁴

2.1.4.-Tratamiento del Embarazo en la Adolescencia

El aborto es una opción potencial que piensan o pretenden tener los y las adolescentes que se ven envueltos en esta problemática de un embarazo a tan corta edad pero los estados varían con respecto a la capacidad de la adolescente no casada de obtener legalmente estos medios para terminar con un embarazo sin el consentimiento paternal. En el caso de adolescentes casados puede requerirse el consentimiento del esposo, cabe recalcar que en el Ecuador aun no está aprobado la ley del aborto pero está contemplado en el código penal, el aborto terapéutico es legal en Ecuador desde 1939 y se mantiene hasta la actualidad como la única forma de interrupción del embarazo permitida, según el artículo 447 del Código Penal ecuatoriano vigente. Según el mencionado artículo el aborto terapéutico y/o eugenésico, puede ser aplicado bajo las siguientes circunstancias:

¹⁴ <http://www.buenastareas.com/ensayos/Cambios-Anatomicos-y-Fisiologicos-En-La/5942442.html>

- Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios como pasa en las siguientes patologías:
 - Embarazos ectópico o sea fuera del útero
 - Embarazos molares, o sea tumoraciones de la placenta, algunas malignas
 - Embarazos complicados con cáncer
 - Anemias congénitas, (anemia aplástica)
 - Hipertensiones severas, preeclampsia y eclampsia
- Si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer.¹¹

Dar a los bebés en adopción es otra opción pero la mayoría de las adolescentes embarazadas escoge continuar su embarazo y quedarse con su bebé. El cuidado prenatal temprano y adecuado a un programa especializado en embarazo de adolescentes asegura el nacimiento de un bebé más saludable. El fumar, uso de alcohol, abuso de drogas debe evitar duramente el periodo de gestación, y los programas de apoyo deberían ofrecerse para ayudar a la adolescente embarazada a llevar tales comportamientos y así evitar que el feto adquiera una malformación o tenga problemas en su desarrollo. La alimentación adecuada debe asegurarse mediante la educación y la disponibilidad de recursos sociales. El ejercicio apropiado y el sueño adecuado deberían también ser informado adecuadamente. La información anticonceptiva y los servicios son importantes. Las adolescentes deben de ser aconsejadas y ayudadas para permanecer en la escuela o en programas educativos que les permitirán encargarse de su niño financieramente, además de que es más saludable emocionalmente. El cuidado de los niños en guarderías de

forma accesible es un factor importante en madres adolescentes que continúan la escuela y/ o trabajo.⁸

2.1.5.- Pronóstico de un Embarazo en la Adolescencia

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más probabilidades de tener más hijos que aquellas que lo tienen en la adultez. Y estos hijos también menos probabilidades para recibir el apoyo de sus padres biológicos, completar su educación, el trabajo en algún tipo de profesión y establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para proveerse por sí mismas. Las madres adolescentes casadas son más susceptibles a experimentar divorcios (80%) que las mujeres casadas que aplazan su embarazo hasta los 20 años por lo menos.

2.1.6.- Complicaciones de un Embarazo en la Adolescencia

El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para la madre y el bebé.⁸

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.¹

A.-Para la Madre

o Primer Trimestre

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

- **Metrorragias** Ocurre en un 16,9% de las adolescentes y en un 5,7% de las adultas.
- **Abortos Espontáneos** Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.
- **Embarazos Extrauterinos** Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.
- **Segundo y Tercer Trimestre**
 - **Anemia.**-Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.
 - **Infecciones Urinarias.**- Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.
 - **Amenaza de Parto Pretérmino.**- Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

- **Hipertensión Arterial Gravídica.-** Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.
- **Mortalidad Fetal.-**No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.
- **Parto Prematuro.-** Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%.
- **Crecimiento Intrauterino Retardado.-** Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.
- **Presentaciones Fetales Distócicas.-** Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.
- **Desproporciones Cefalopélvicas.-** Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

- **Tipo de Parto.-** En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en nuestro servicio del Hospital Dr. José Ramón Vidal de Corrientes Arg., la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor.
- **Alumbramiento.-**Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.
- **Otras Complicaciones.-** La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes.

B.-Recién Nacido de Madre Adolescente

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

- **Malformaciones.**-Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.
- **Mortalidad Perinatal.**-Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

C.-Consecuencias Para el Adolescente:

Hasta los años 80 ha existido un "olvido" casi total del papel de los adolescentes en el embarazo no deseado. Ya que sabemos que detrás de todos y cada uno de los embarazos que ocurren durante la adolescencia están necesariamente un varón y una mujer.¹²

Las consecuencias que afectan a los adolescentes parecen depender, en gran medida, del grado que asuma su parte de responsabilidad en el embarazo. Si su implicación es grande, es muy probable que le afecten muchas de las consecuencias psicológicas, sociales, económicas y educativas descritas al referirnos a la adolescente. (Y no debemos olvidar que entre la mitad y dos tercios de los padres adolescentes se implican de un modo importante en el embarazo y participan en el cuidado del niño, aunque el índice de participación decrece con el tiempo). Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.¹²

D.- Consecuencias Para la Pareja Adolescente:

Cuando una adolescente y un adolescente se ven envueltos en un embarazo no deseado, ambos tienen que tomar importantes decisiones. Una de ellas es si continuará o no su

relación y en qué condiciones. Otra es si formarán una familia propia o vivirán como una subfamilia en la casa de los padres o familiares. Aparte de esto, tienen que decidir cómo quieren que se resuelva el embarazo.

Todas estas decisiones pueden afectar notablemente a su relación y de ellas se pueden derivar distintas consecuencias para ambos. En concreto, aspectos como el fracaso matrimonial, el logro educativo, el nivel económico y algunos efectos sobre el posible hijo pueden depender de la decisión tomada. En nuestra cultura es habitual, aunque cada vez menos, que el embarazo no deseado conlleve un matrimonio posterior más o menos "forzoso".

Pero al igual que el embarazo, estos matrimonios tampoco suelen ser deseados, ya que muchas veces obedecen a presiones sociales o familiares. Dado el estado de frustración y malestar psicológico que suelen tener los cónyuges, su falta de habilidades para resolver conflictos, los problemas económicos, el escaso conocimiento mutuo, y otra serie de factores, estos matrimonios acaban, tarde o temprano, fracasando, añadiendo así un elemento más a la secuencia de fracasos que suele iniciarse con un embarazo no deseado

Si la pareja adolescente decide vivir independiente, tienen, al igual que lo que ocurría al hablar de las consecuencias para la chica. Grandes posibilidades de tener problemas económicos, de vivir bajo el nivel de la pobreza y de acabar, incluso, dependiendo de la asistencia social.¹²

2.1.7.- Pronostico de un Embarazo en la Adolescencia

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

b. – Fetal.- Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer.¹

2.1.8.- Prevención del Embarazo en la Adolescencia

En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública en coordinación con los Ministerios de Educación, Inclusión Económica y Social y Coordinador de lo Social, con el apoyo de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, la Sociedad Civil y la ciudadanía implementan la ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACION FAMILIAR Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (ENIPLA).

ENIPLA es una acción del Estado para garantizar los derechos, en particular los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en este marco, el acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En éstos se brindará educación, consejería en sexualidad y planificación familiar.

El derecho de las personas a decidir sobre su vida reproductiva, es un derecho humano que debe ser un ejercicio libre, informado, voluntario y responsable enmarcado en los postulados de la Constitución y el Buen Vivir.

La Planificación Familiar es un derecho, no solo porque está escrito en la Constitución y las leyes, sino porque las personas deben tener la posibilidad de ejercer una planificación familiar; que implica decidir cuándo y cuántos hijos tener. La planificación familiar NO significa anticoncepción, significa apoyo a la mujer y a la pareja para que ejerzan un derecho. En este sentido, el Estado ecuatoriano y el MSP han trabajado arduamente, invirtiendo recursos para garantizar: un adecuado control pre concepcional (antes del embarazo), un control prenatal adecuado y la posibilidad de espaciar un embarazo, así como apoyar a la mujer o pareja infértil, es decir quienes no pueden concebir.

La Constitución del 2008 reconoce y garantiza los derechos sexuales y derechos reproductivos que tienen relación con:

- La vida digna, el derecho a la salud, una vida libre de violencia.
- Derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre la sexualidad, la vida y orientación sexual.

Decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener, lo cual permite atender y planificar otros aspectos de la vida familiar y personal, como el acceso a la educación, el trabajo, la atención y el cuidado de los hijos, etc.

Los objetivos y las líneas de acción de la ENIPLA son:

- Objetivo general: Garantizar el acceso efectivo a información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción basados en las normas constitucionales en el lapso de 3 años.
- Líneas de acción
 - Educación e información como estrategias empoderadoras para ejercer el derecho a la salud sexual y salud reproductiva en el marco de los derechos.
 - Acceso y utilización real y efectiva de métodos anticonceptivos en el marco de una atención de calidad en servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva.
 - Promover un proceso de transformación de patrones socio - culturales frente a la sexualidad y reproducción con énfasis en planificación familiar.
 - Promover y/o consolidar los procesos de participación y veeduría social en los aspectos relacionados con educación y acceso a anticoncepción en el marco de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Los beneficios a la ciudadanía de la implementación de la Estrategia de Planificación Familiar son:

- Reducción de muerte materna y neonatal La planificación familiar ayuda a reducir hasta el 3% de la mortalidad materna, según datos internacionales. La planificación familiar podría evitar un cuarto de las defunciones maternas, salvándose así las vidas de casi 150.000 mujeres por año.
- Además prevenir embarazos no planificados puede disminuir las altas tasas de aborto en condiciones de riesgo, que en la subregión andina, y solo en adolescentes se estima en 70.000 anuales. Solo en Ecuador, en el 2009, se reportaron 2.3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, causadas por aborto no especificado. En los países en desarrollo las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son las causantes de al menos 25% de las defunciones entre las mujeres en edad fértil, en comparación con menos del 1% en los países desarrollados.
- Cuando las mujeres puedan espaciar los nacimientos por al menos dos años, mejora la salud de la madre antes de tener otro embarazo y permite una atención y cuidado del niño nacido.
- La planificación familiar contribuye al desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de las personas y las familias. Es una forma de romper con el círculo de la pobreza. La educación se convierte en un blindaje para adolescentes y jóvenes. Ser madre adolescente aumenta la posibilidad de ser pobre del 16% al 28%. Alrededor del 30% de las adolescentes del quintil 1 de pobreza, son madres en el Ecuador, comparado con el 10% de las adolescentes del quintil 5.

Los programas de planificación familiar desempeñan un importante papel en el desarrollo socioeconómico de los países. La planificación familiar favorece el acceso de las mujeres a oportunidades de desarrollo y favorece su aporte al mismo. El ejercicio del

derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre su vida reproductiva, les posibilita el goce de otros derechos como la educación, la generación de ingresos, trabajo, participación, etc.

El Ministerio de Salud Pública ha creado los servicios de Atención Integral Diferenciada para Adolescentes, los mismos que están conformados por profesionales médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras y auxiliares de servicio donde se brinda atención integral exclusiva a los adolescentes, además se realiza capacitaciones en derechos de salud sexual y salud reproductiva a líderes juveniles con el apoyo del MEC, MIES y organismos no gubernamentales (UNPFA-PLAN) para fortalecer el trabajo en pares y apoyar a los adolescentes a construir su proyecto de vida. A través de la educación sexual basada en valores, se impulsa el desarrollo humano y la autonomía de las personas para tomar decisiones adecuadas y responsables frente a su vida sexual y vida reproductiva.

El Ministerio de Educación a través del programa *Participación Estudiantil* donde se han creado diferentes campos de acción y entre ellos el campo de acción: *educación para la sexualidad* (con la participación de los alumnos de primero y segundo de bachillerato de todas las unidades educativas) donde se capacita en promotores de salud sexual y salud reproductiva utilizando la metodología por *“la vía del tren”*. Con la finalidad que los líderes juveniles capacitados realicen las réplicas con sus pares en sus unidades educativas.

¹http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

⁸<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>

⁹www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm

¹¹http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/desafiando/7_Desafiando_abortoterapeutico.pdf

¹²<http://www.emagister.com/curso-prevencion-conocimiento-embarazo-adolescentes/consecuencias-complicaciones-riesgos-embarazo-precoz-adolescentes>

¹³www.farmagecuatoriana.com/descargas/prensa/ENIPLA.pdf

2.2. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.2.1. HIPÓTESIS

El estilo de vida y los diferentes factores presentes durante la adolescencia conducen al embarazo precoz en pacientes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo del 1/01/2010 al 31/12/2011.

2.2.2. VARIABLES

a.- Variable dependiente

- Embarazo en adolescentes

b.- Variable independiente

- Estilos de vida en la adolescencia

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
<p>VARIABLES dependiente</p> <p>Embarazo en adolescentes</p>	<p>La adolescencia se define como el periodo que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.</p> <p>Embarazo en la adolescencia es la preñez de las mujeres menores de 19 años, en la edad que se</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo en las adolescente • Síntomas asociados 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención profesional del embarazo • Conocimiento sobre cuidados del embarazo • Conocimientos sobre el parto • Apoyo psicológico • Atención odontológica • Controles prenatales. • Peso del Recién Nacido 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Guía de observación: hoja de recolección de datos • Historias Clínicas

	<p>termina esta etapa de la vida, esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho más antes de alcanzar su madurez emocional.</p>			
<p>Variable Independiente</p> <p>Estilos de vida</p>	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1986 el estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores determinantes • Factores predisponentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Procedencia • Ocupación • Familiares • Estado civil • Instrucción • Educación sobre sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estructurada • Guía de entrevista

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

En el presente trabajo de investigación se realiza un estudio retrospectivo, transversal, bibliográfico y analítico, donde la población de estudio la conforman las pacientes entre 10 - 19 años ingresados en la sala de partos del Hospital General Docente de la ciudad de Riobamba

3.1. METODO

3.1.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio retrospectivo, bibliográfico, de corte transversal, en el período del 1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2011

3.1.2 AREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en la Ciudad de Riobamba, en el Hospital Provincial General Docente en el servicio de Ginecología y obstetricia en el periodo del 01/01/2010 al 31/12/2011.

3.1.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes con diagnóstico de embarazo y parto, comprendidos entre las edades de 10 hasta los 19 años que equivale al periodo de la adolescencia.

3.1.4 FUENTE DE INFORMACIÓN:

- a) Primaria: Historia Clínica.
- b) Secundaria: Libros de texto, Tesis, Internet, etc.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

Pacientes con diagnóstico de embarazo y parto, comprendidos entre las edades de 10 hasta los 19 años que equivale a la etapa de la adolescencia, durante el período 1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2011. Se consideraron para efectos del estudio, dadas las características especiales, los casos que se presentaron en los meses con mayor frecuencia de partos.

3.2.2 MUESTRA

Son 182 pacientes el total de población del estudio, por lo cual se trabajó con el universo completo y no se obtuvo muestra.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

➤ TÉCNICA.

- Observación
- Entrevista.

➤ **INSTRUMENTOS.**

- Formulario de encuesta con preguntas cerradas

3.4 TÉCNICAS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

- Para el procesamiento y tabulación de datos, se utilizó el Paquete Informativo Microsoft Office Excel y las formulas estadísticas.
- Para la interpretación de resultados se utiliza la tabulación de datos a través de tablas, gráficos, cuadros y análisis para su mejor comprensión.

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANALISIS DE INVESTIGACIÓN

Gracias a los programas de planificación familiar se ha podido establecer que la incidencia de partos en la adolescencia ha ido disminuyendo no de la manera deseada, mediante la entrevista realizada a las pacientes hemos determinado datos importantes que nos darán la perspectiva de nuestra investigación

Se ha podido establecer que la incidencia de embarazos se presenta con mayor prevalencia entre las edades comprendidas de 16 a 18 años como se ha demostrado en los estudios realizados en Caracas en Agosto del 2006 cuyos datos son similares a los obtenidos en nuestra investigación, además se ha demostrado que la procedencia, el nivel de educación y los conocimientos de educación sexual que han recibido las pacientes son datos importantes y determinantes en la incidencia de los embarazos en las adolescentes.

También se ha podido establecer que durante el periodo de embarazo de las adolescentes, estas en su gran mayoría no han recibido apoyo psicológico, en un 50% las pacientes acuden a controles prenatales.

4.2. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

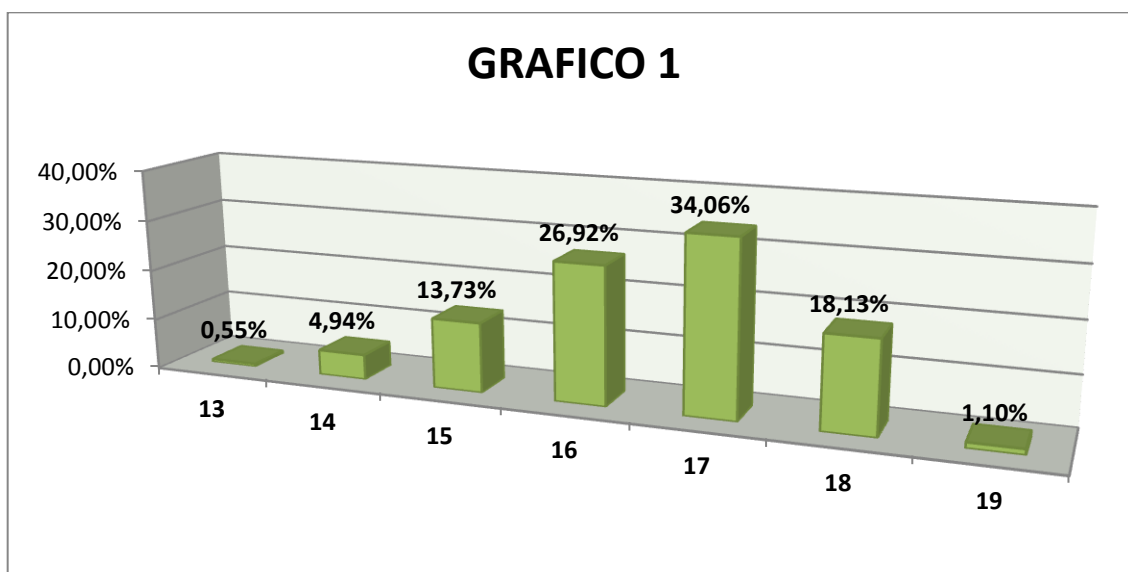
4.2. TABULACIÓN

Una vez recolectada la información se procede a la realización de una base de datos, tomando en cuenta la frecuencia y el porcentaje.

1.- Edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	1	0,5%
14	9	4,9%
15	25	13,7%
16	49	26,9%
17	62	34,1%
18	33	18,1%
19	2	1,1%
TOTAL	182	100%

Tabla. 1



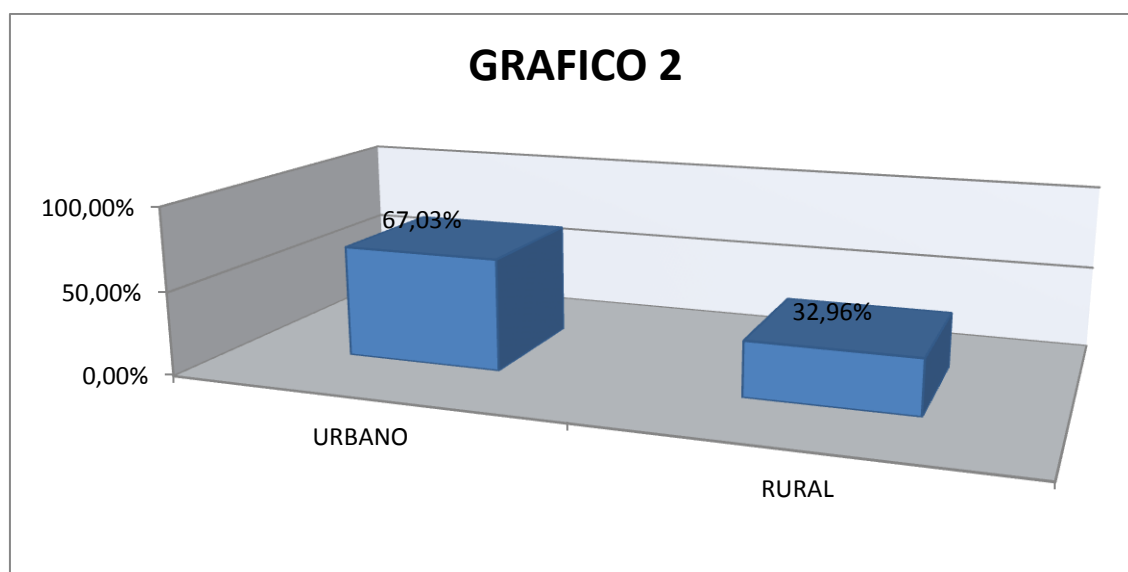
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

2- LUGAR PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	122	67,1%
RURAL	60	32,9%
TOTAL	182	100%

Tabla. 2



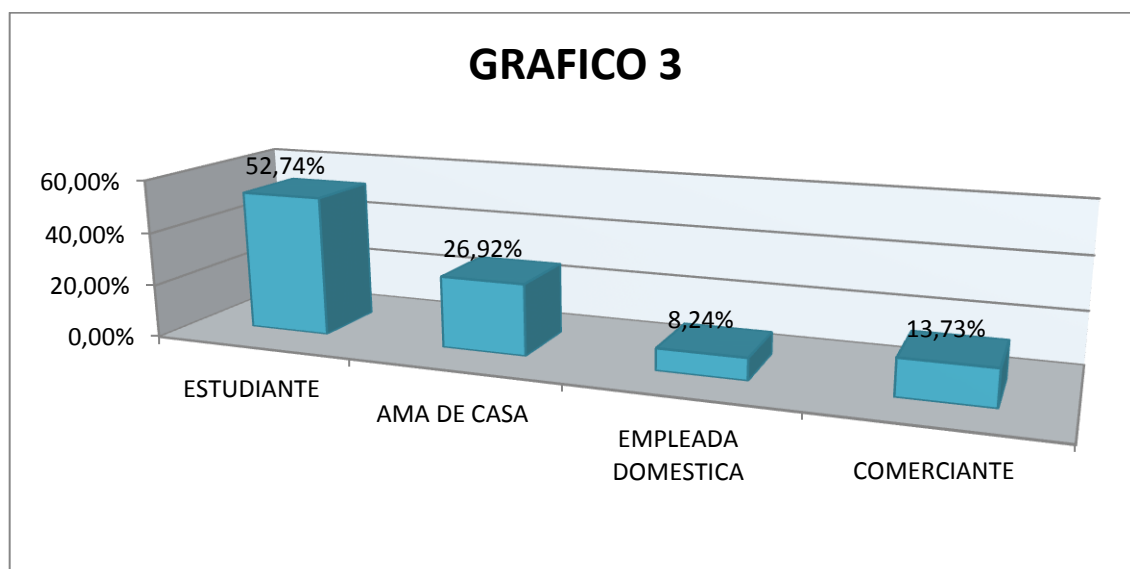
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

3.- OCUPACION

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante	96	52,7%
Ama de casa	49	26,9%
Empleada domestica	15	8,2%
Comerciante	25	13,7%
TOTAL	182	100%

Tabla. 3



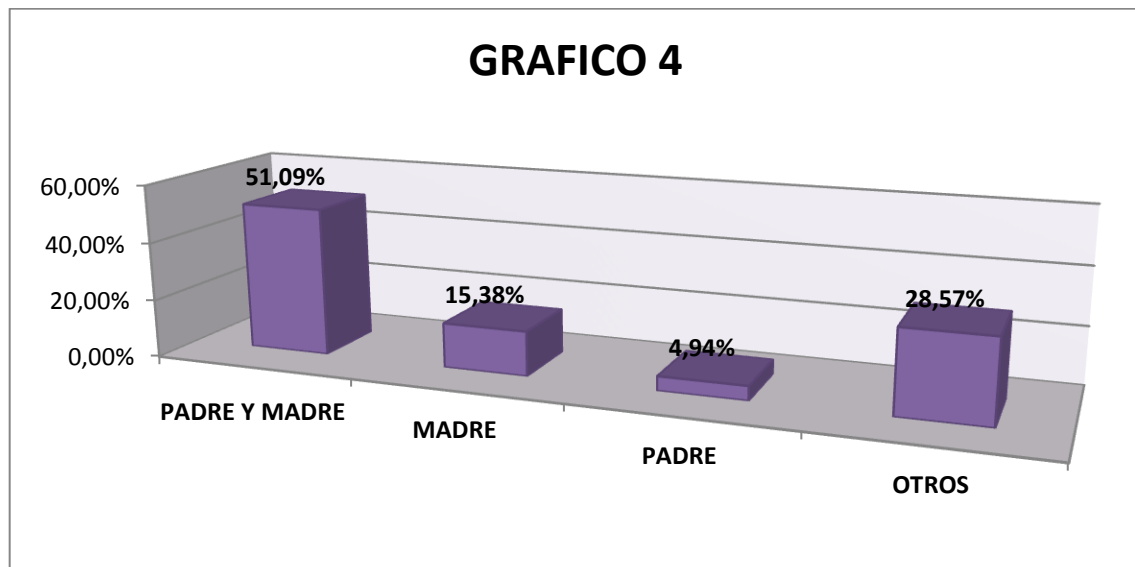
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

4.- ANTES DEL EMBARAZO CON QUIEN VIVÍA:

VIVIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Padre y Madre	93	51,1%
Madre	28	15,4%
Padre	9	4,9%
Otro	52	28,6%
TOTAL	182	100%

Tabla. 4



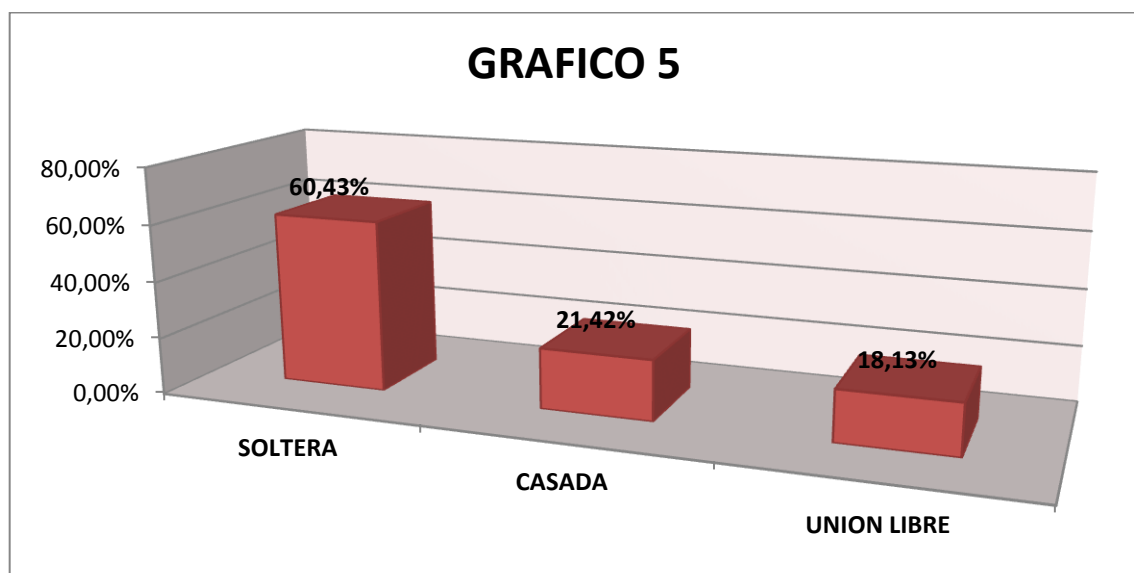
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

5.- ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	110	60,4%
CASADA	39	21,4%
UNION LIBRE	33	18,1%
TOTAL	182	100%

Tabla. 5



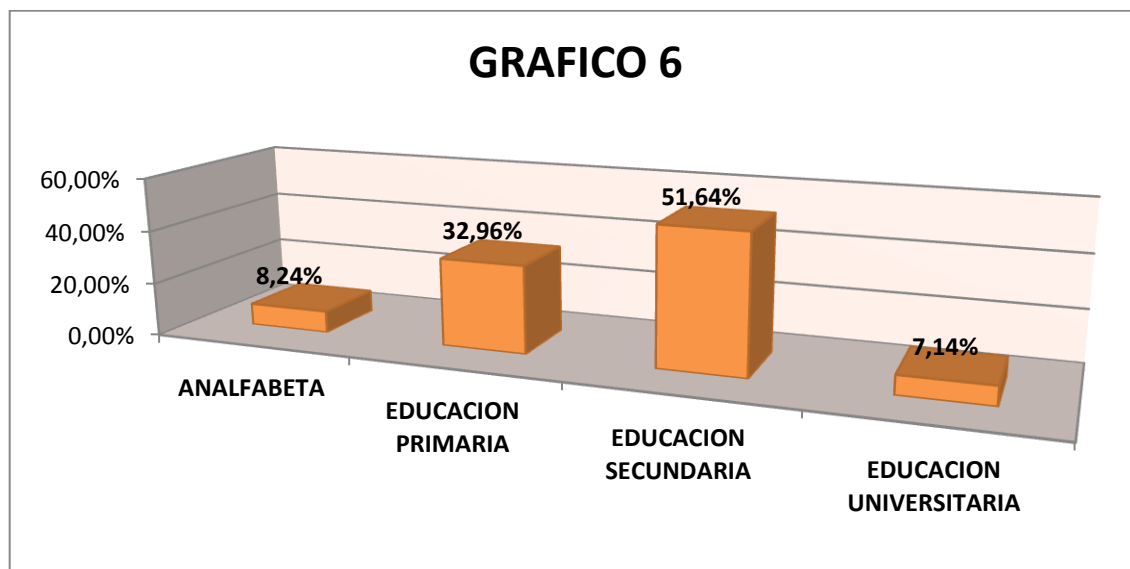
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

6.- INSTRUCCIÓN

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	15	8,2%
Educación Primaria	60	32,9%
Educación Secundaria	94	51,6%
Educación Universitaria	13	7,2%
TOTAL	182	100%

Tabla. 6



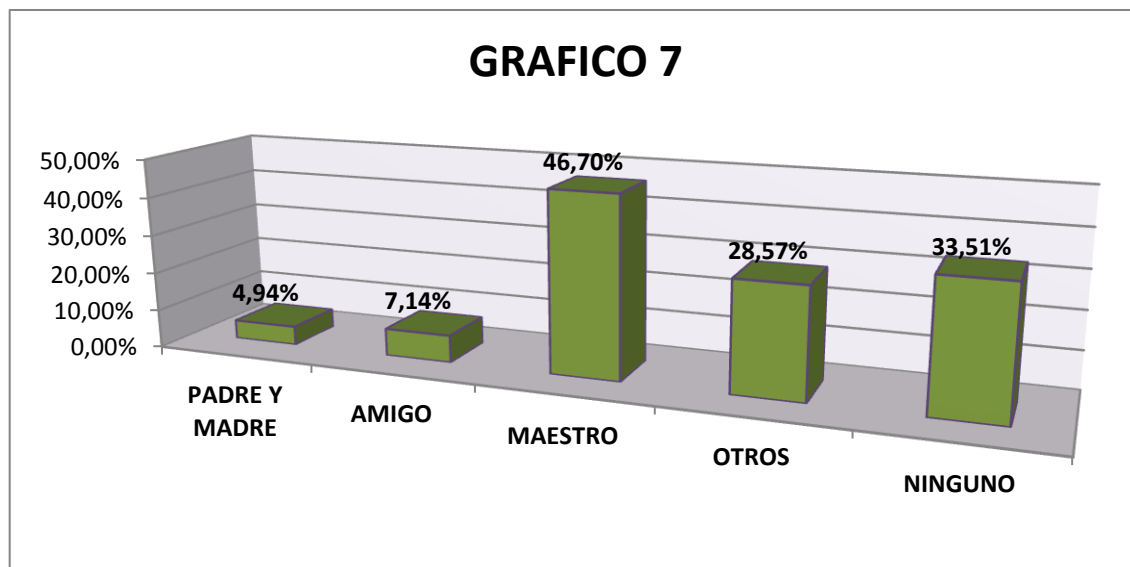
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

7.- EDUCACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

INFORMANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Padre y Madre	9	4,9%
Amigo	13	7,1%
Maestro	85	46,7%
Otro	14	28,6%
Ninguno	61	33,5%
TOTAL	182	100%

Tabla. 7



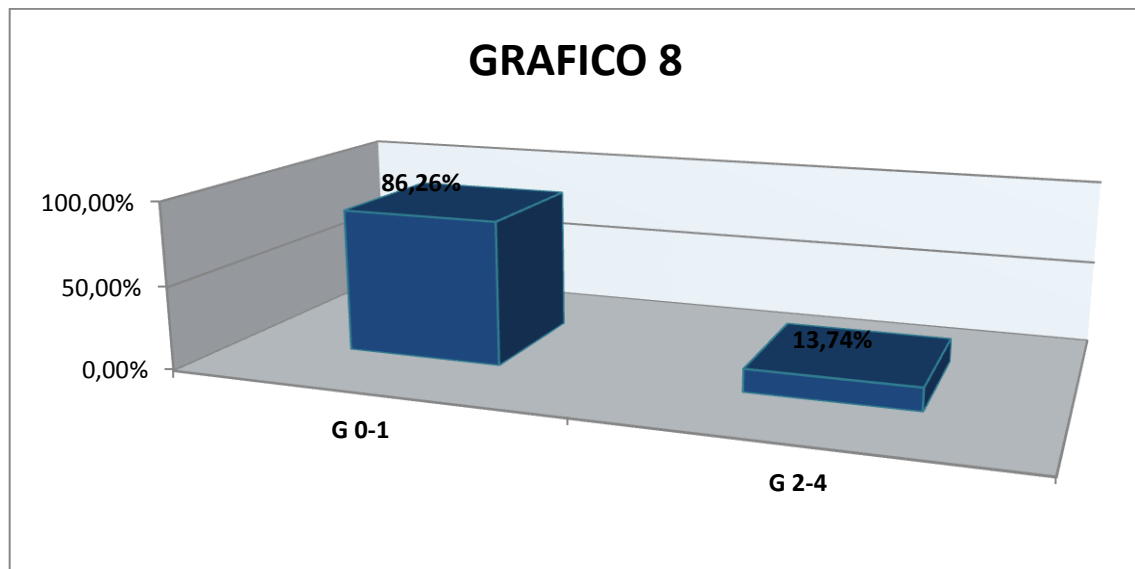
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

8.- ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
G 0-1	157	86,3%
G 2-4	25	13,7%
TOTAL	182	100%

Tabla. 8



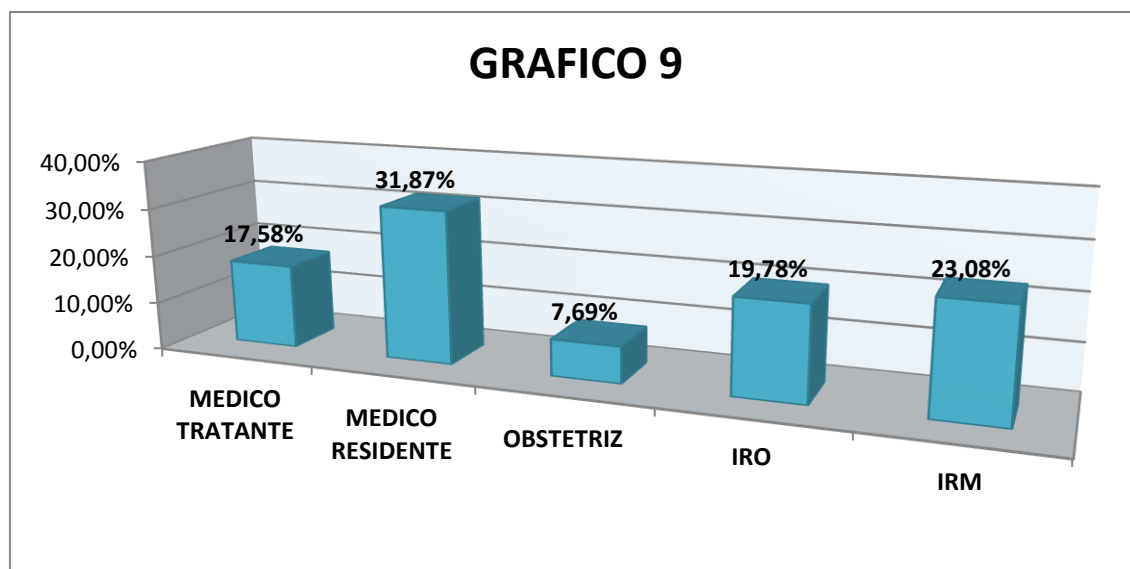
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

9.- ATENCION PROFESIONAL DEL EMBARAZO:

ATENDIDO POR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICO TRATANTE	32	17,6%
MEDICO RESIDENTE	58	31,9%
OBSTETRIZ	14	7,7%
IRO	36	19,8%
IRM	42	23,1%
TOTAL	182	100%

Tabla. 9



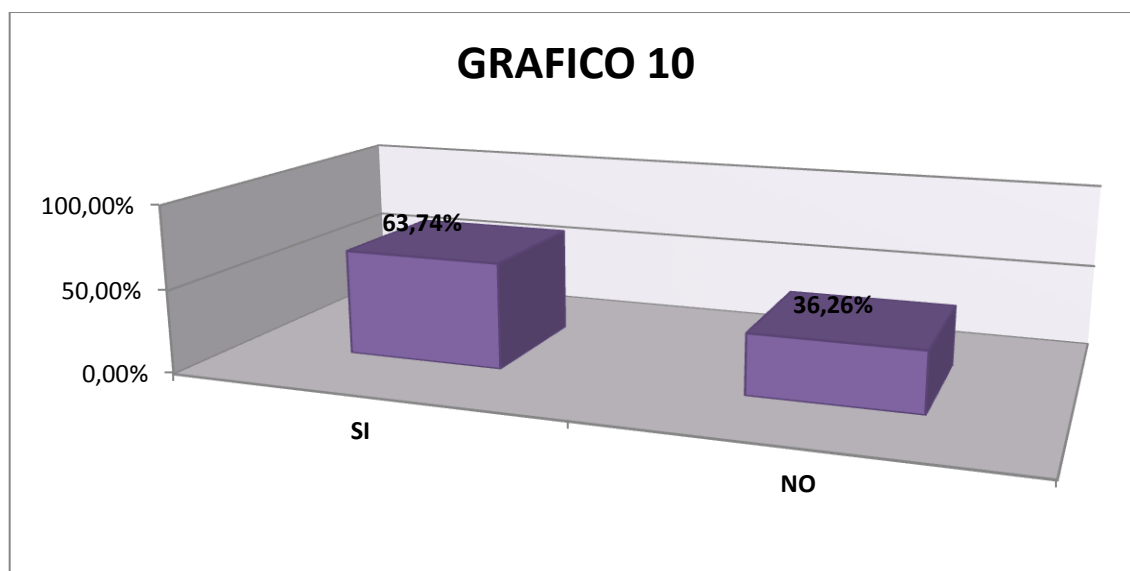
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

10.- CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADOS EN EL EMBARAZO

CUIDADOS EN EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	116	63,7%
NO	66	36,3%
TOTAL	182	100%

Tabla. 10



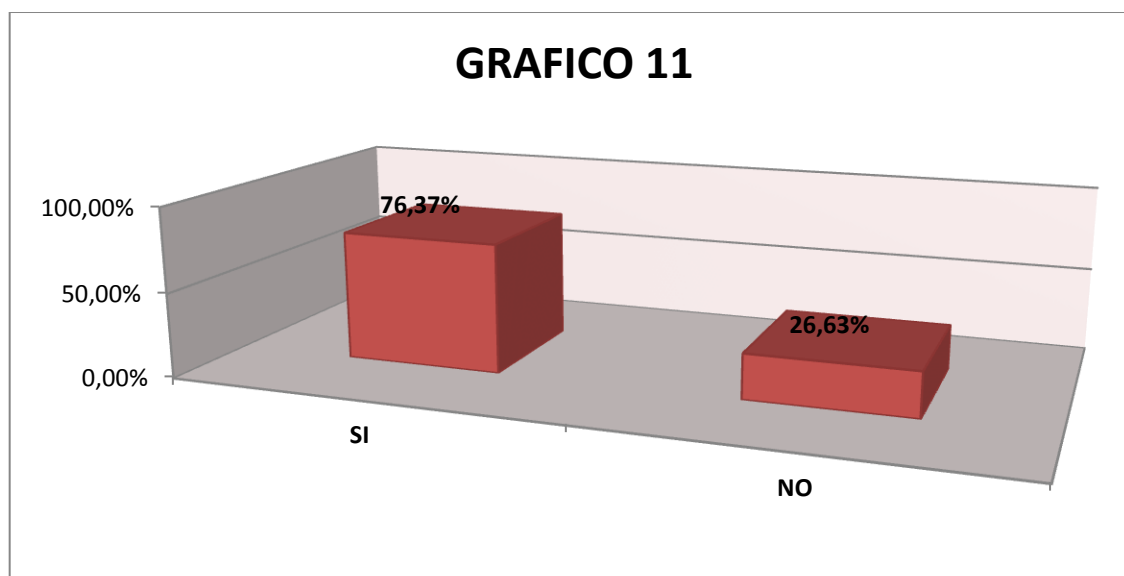
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

11.-CONOCIMIENTOS SOBRE EL PARTO

INFORMACION SOBRE EL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	139	76,4%
NO	43	26,6%
TOTAL	182	100%

Tabla. 11



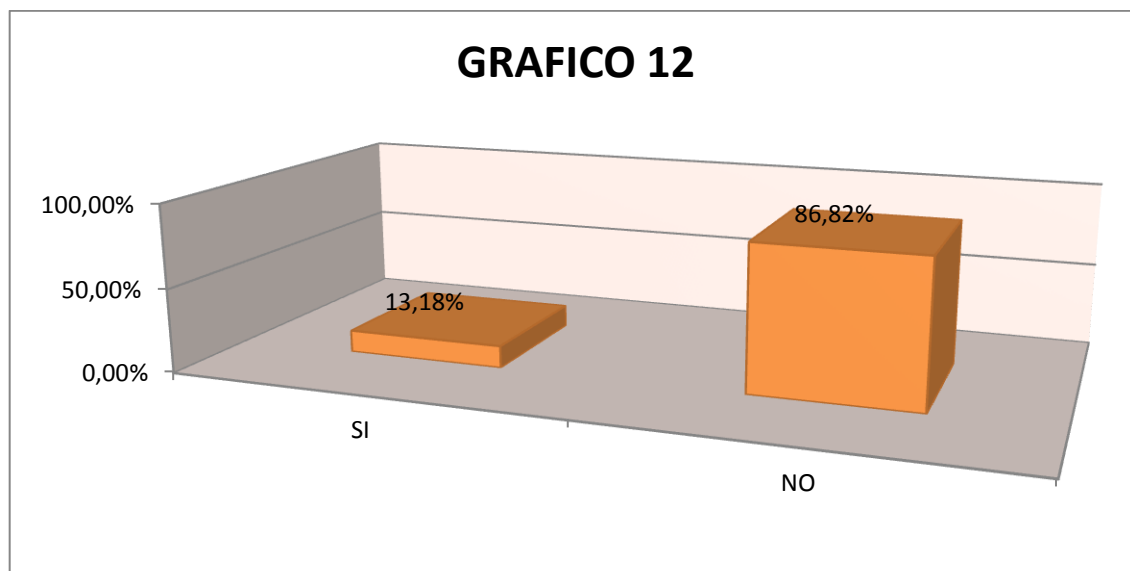
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

12.- APOYO PSICOLOGICO

APOYO PSICOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	13,2%
NO	158	86,8%
TOTAL	182	100%

Tabla. 12



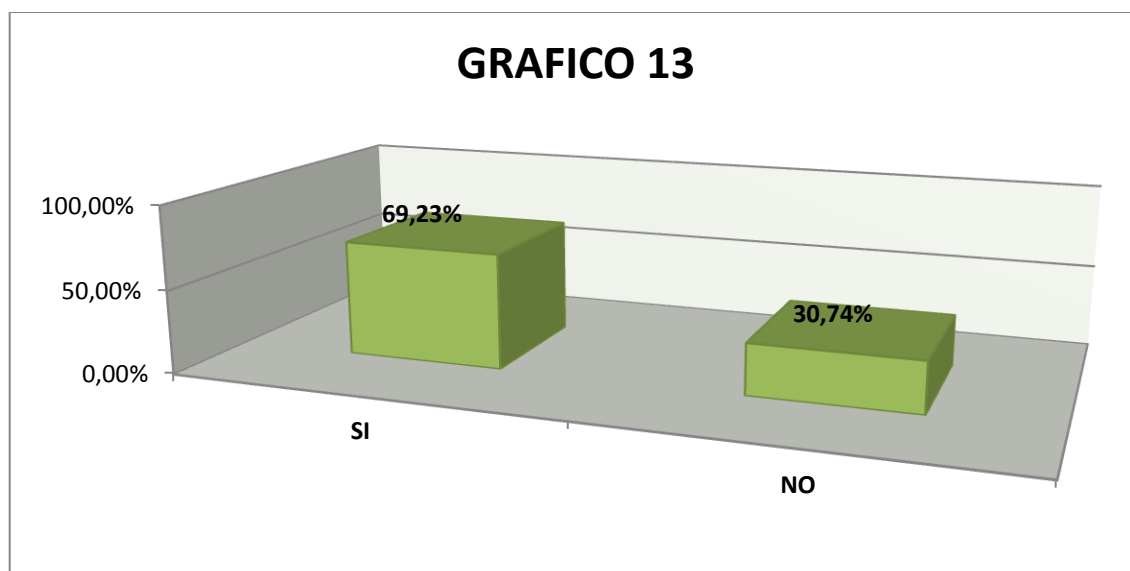
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

13.- ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	126	69,2%
NO	56	30,8%
TOTAL	182	100%

Tabla. 13



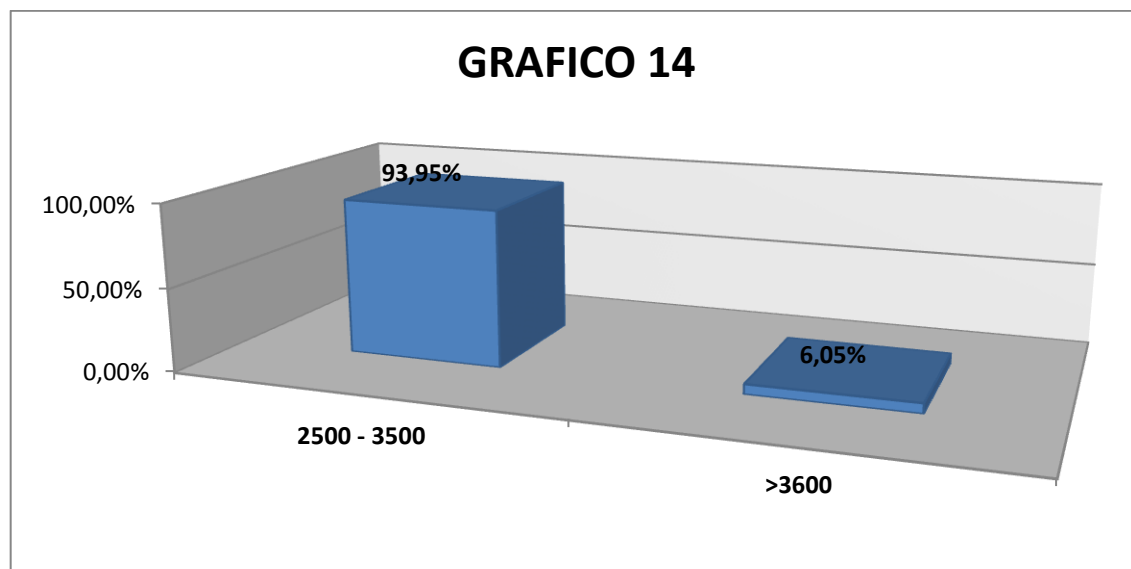
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

14.- CUAL ES EL PESO DEL RN

PESO DEL RN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2500-3500 gr	171	93,9%
>3600 gr	11	6,1%
TOTAL	182	100%

Tabla. 14



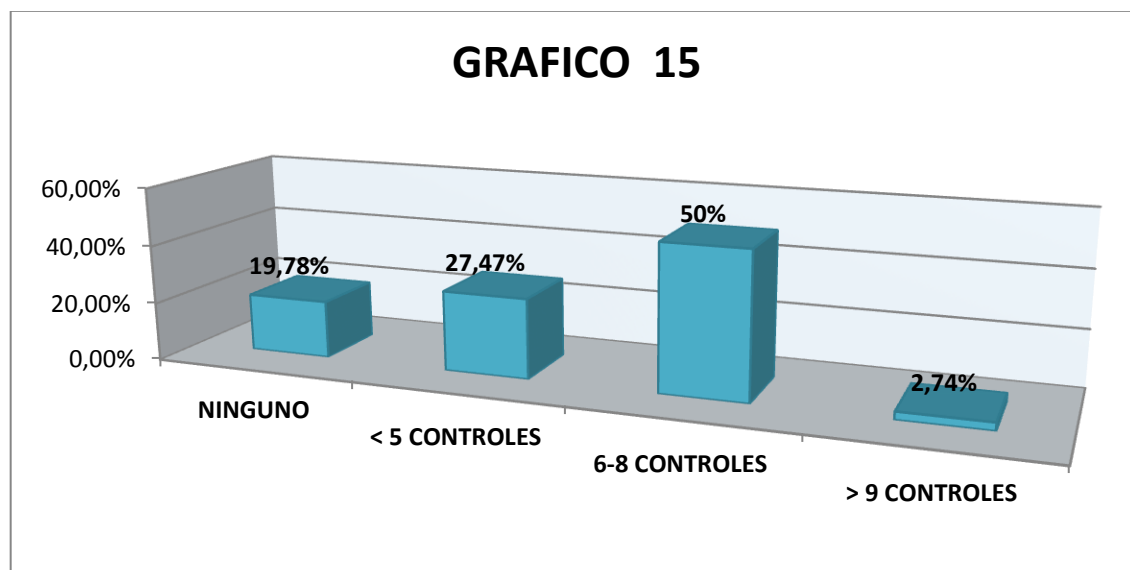
Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

15.-NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

# DE CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	36	19,8%
< 5 Controles	50	27,5%
6-8 Controles	91	50%
< 9 Controles	5	2,7%
TOTAL	108	100%

Tabla. 15



Fuente: Encuesta

Elaborado: IRM. MERCEDES FONSECA

COMPROBACION DE LA HIPOTESIS

Se ha logrado comprobar la hipótesis ya que se pudo determinar el estilo de vida de las pacientes tomadas como muestra y fueron encuestadas, por consiguiente se ha podido establecer cuál fue la causa principal que le condujo a esta realidad que nos está invadiendo, la tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década, es del 74% y en mayores de 15 años es del 9%. En Ecuador, se cree que 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez mientras que el 45% de adolescentes que se quedaron embarazadas no estudiaban ni trabajaban antes del embarazo lo cual nos permite proporcionarles información adecuada sobre la realidad que se está viviendo en nuestra ciudad y para poder mejorar la calidad de vida de las y los adolescentes.

CAPITULO V

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Al término de este trabajo de investigación he llegado a las siguientes conclusiones con respecto a la problemática que estado tratando anteriormente:

- Entre los factores predisponentes, se encuentra que la edad en que existe mayor frecuencia de embarazos en las adolescentes, es entre los 16 y 18 años, la mayoría permanecen solteras con o sin apoyo de sus parejas y familiares.
- El 50% de las adolescentes que han presentado embarazos viven sin sus padres o viven con uno de ellos, demostrando que los factores de índole familiar influyeron en esta problemática.
- Las adolescentes con instrucción secundaria terminan con embarazos en mayor prevalencia que en aquellas que son analfabetas o tienen educación primaria, demostrando así que necesariamente esta problemática no es de las personas que no tienen conocimiento sobre la sexualidad; ya que la mayoría de las pacientes encuestadas nos indicaron que recibieron información por parte de sus maestros
- Se ha concluido que el 14% de las pacientes encuestadas tienen más de un hijo antes de terminar su etapa de la adolescencia y en uno de los casos además la paciente es portadora del VIH dificultado totalmente el desarrollo de su vida.
- Las adolescentes que se encuentran pasando por un embarazo no reciben apoyo psicológico, el mismo que sería un determinante en la evolución y finalización de

este proceso que tiene la paciente y por consiguiente del neonato, al igual que la adolescente por miedo o por descuido no acude a los controles en un 50% de los casos del total de pacientes encuestadas.

- Con los datos estadísticos obtenidos podemos llegar a la conclusión que el 13,7% del total de los partos son de pacientes adolescentes.

4.2. RECOMENDACIONES

- Es necesario incrementar programas destinados a la prevención y planificación del embarazo ya no en el colegio como se solía hacer sino iniciar antes, en las escuelas ya que se han observado casos de pacientes que a más corta edad 12 o 13 años ya son madres y estas son orilladas a dejar sus estudios y convertirse en madre, esposa y ama de casa.
- Se debería incrementar charlas sobre sexualidad dirigidas a padres, madres y maestros que ayuden a la prevención de embarazos en la adolescencia.
- Se recomienda apoyo psicológico, destinados a apoyo para así tratar de prevenir los embarazos en la adolescencia, se han observado pasantes de psicología en subcentros de salud los mismos que ya tienen la capacidad de ayudar a combatir esta problemática, a quienes lastimosamente son asignados fuera de la ciudad además de prestar su apoyo en los subcentros, centros de rehabilitación social, etc., desperdiciando así su capacidad y colaboración en la implementación de estos programas en las escuelas y colegios.
- Se ha creído conveniente la creación de una guía como ayuda para información y prevención destinado para el uso de adolescentes, padres, maestros y personal de la salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1 http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- 2 http://www.monografias.com/trabajos55/embarazo_adolescente/embarazodolescente.shtml
- 3 <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>
- 4 <http://dietaydeporte.blogspot.com/2009/06/adolescencia-y-embarazo-2.html>
- 5 <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/Embarazadolescente.pdf>
- 6 <http://www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo09.htm>
- 7 www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adolescentes/392469.html
- 8 <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sub-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>
- 9 www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm
- 10 <http://periodicoexpectativa.com/laclavedelainformacion/index.php/14-noticias-noticias/541-ecuador-tiene-la-tasa-mas-alta-de-embarazos-en-adolescentes>
- 11 http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/desafiando/7_Desafiando_abortoterapeutico.pdf
- 12 <http://www.emagister.com/curso-prevencion-conocimiento-embarazo-adolescentes/consecuencias-complicaciones-riesgos-embarazo-precoz-adolescentes>
- 13 www.farmagecuatoriana.com/descargas/prensa/ENIPLA.pdf

14 <http://www.buenastareas.com/ensayos/Cambios-Anatomicos-y-Fisiologicos-En-La/5942442.html>

ANNEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

GUÍA DE ENTREVISTA

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y ESTILO DE VIDA

1.- EDAD

(10 a 13 años)

(14 a 16 años)

(17 a 19 años)

2- LUGAR DE PROCEDENCIA

URBANA

RURAL

3.- OCUPACION

ESTUDIANTE

AMA DE CASA

EMPLEADA DOMESTICA

COMERCIANTE

4.- UD. VIVIA ANTES DE SU EMBARAZO CON:

PADRE Y MADRE

MADRE

PADRE

OTROS

ESPECIFIQUE:.....

.....

5.- SU ESTADO CIVIL

SOLTERA

CASADA

UNION LIBRE

6.- INSTRUCCIÓN

ANALFABETA

EDUCACION PRIMARIA

EDUCACION SECUNDARIA

EDUCACION SUPERIOR

7.- RECIBIÓ INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD

POR SUS PADRES

POR AMIGOS

POR MAESTROS

OTROS

NINGUNA

8.- LE GUSTARIA HABER RECIBIDO LA SUFICIENTE INFORMACION SOBRE LOS RIESGOS QUE CONLLEVAN INICIAR SU VIDA SEXUAL

SI

NO

SI

NO

15.- DURANTE EL EMBARAZO RECIBIO ATENCION ODONTOLOGICO

SI

NO

16.- CUAL FUE EL PESO DEL RN

2500-3500

>3500

17.-NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

NINGUNO

< De 5 CONTRLOES

6 – 8 CONTROLES

>De 9 CONTROLES