



RESUMEN

Objetivo: la presente investigación pretende determinar los Factores de Riesgo Asociados a Embarazos en Adolescentes que acuden al centro de salud de Honorato Vásquez perteneciente al Cantón Cañar, 2012.

Material y Métodos: es una investigación descriptiva. El universo lo constituyeron 200 adolescentes embarazadas con edades entre 14 y 19 años que acudieron al centro de salud de Honorato Vásquez. Para recolectar la información se utilizó un cuestionario previamente elaborado por las investigadoras.

La información fue procesada en una base de datos electrónica, elaborada en el programa Excel, los mismos que aportaron con elementos estadísticos para su análisis descriptivo, que son presentados en tablas de 2 x 2.

Resultados: la presente investigación reporta que el 80% de adolescentes han sido afectadas por la migración, el 73% de no utiliza ningún método anticonceptivo, el 66% tienen comunicación con sus padres pero no hablan de sexualidad, el 54,5% han tenido embarazos no deseados, el 45,5% de embarazos deseados, un 54% tienen instrucción académica incompleta y mínima, 61% conoce sobre métodos anticonceptivos, 34% hablan de sexualidad en el hogar, el 28% de adolescentes tiene algún tipo de maltrato ya sea físico o verbal.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, EMBARAZO EN ADOLESCENCIA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SEXUALIDAD, ADOLESCENCIA; CAÑAR-ECUADOR

DeCS: EMBARAZO EN ADOLESCENCIA-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; FACTORES DE RIESGO; SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA; SEXUALIDAD-FISIOLOGÍA; ADOLESCENTE; CAÑAR-ECUADOR

ABSTRACT

Objective: This research aims to determine the Risk Factors Associated with Teen Pregnancy attending the health center belonging to the Canton Honorato Vásquez Cañar, 2012.

Material and Methods: A descriptive research. The universe was made up of 200 pregnant adolescents aged 14 to 19 who attended the health center Honorato Vásquez. To collect data, a questionnaire previously developed by the researchers.

The information was processed in an electronic database, developed in Excel, the same elements that contributed descriptive statistics for analysis, which are presented in tables of 2 x 2.

Results: the present study reports that 80% of adolescents are affected by migration, 73% do not use any contraceptive method, 66% have communication with their parents but do not talk about sexuality, 54.5% have had pregnancies desired, 45.5% of unwanted pregnancies, 54% had incomplete and minimum academic instruction, 61% know about contraception, 34% talk about sexuality at home, 28% of adolescents have some form of abuse whether physical or verbal.

KEYWORDS: RISK FACTORS, TEENAGE PREGNANCY, SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH, SEXUALITY, ADOLESCENCE.

DeCS: PREGNANCY IN ADOLESCENCE-STATISTICS & NUMERICAL DATA; RISK FACTORS; SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH; SEXUALITY-PHYSIOLOGY; ADOLESCENT;



ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
DEDICATORIA	12
AGRADECIMIENTO	14
ÍNDICE DE CONTENIDO	3
CAPÍTULO I	15
INTRODUCCIÓN.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
JUSTIFICACIÓN	19
CAPÍTULO II	21
Marco Teórico.....	21
1 Adolescencia	21
1.1 Fisiología de la Adolescencia	22
1.2 Etapas de la Adolescencia	23
1.3 Cambios Físicos en la Adolescencia	26
1.4 Órganos Genitales Externos	28
1.4.1 Órganos Internos	30
1.5 Evaluación de los Estadios Puberales	31
1.6 Cambios Físicos en el Varón.....	33
1.7 Crecimiento y Desarrollo	34
1.8 Desarrollo Psicosocial del Adolescente.....	38
1.9 Necesidades en la Adolescencia.....	39
1.10 Crisis que se pueden presentar en los Adolescentes.....	42
1.11 La Relación del Adolescente con su Familia	45
1.12 Factores de Riesgo en el propio Adolescente y en sus relaciones Interpersonales.....	47
1.13 Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes	50
1.14 Inicio de la Vida Sexual Activa	53
2. Embarazo	55
2.1 Definición.....	55
2.2 Embarazo en la Adolescencia	56



2.3 Causas, Incidencias y Factores de Riesgo en el Embarazo.....	58
2.3.1 Factores de Riesgo Asociados a Embarazo en Adolescentes..	60
2.4 Cambios Físicos y Psicosociales en las Adolescentes Embarazadas	62
2.5 Repercusiones del Embarazo sobre las Adolescentes	68
2.6 Enfoque de Riesgo para la atención de la Adolescente Embarazada	70
2.7 Complicaciones en embarazo y parto, primeras causas de muerte de adolescentes.	71
2.8 Los Riesgos y Complicaciones del embarazo y el parto en la Adolescencia.	72
2.9 Manejo del Embarazo en Adolescentes	73
CAPÍTULO III.....	75
3. Marco Referencial.....	75
3.1 Constitución Histórica de la Parroquia Honorato Vásquez	76
Características Económicas ySocioculturales	80
Historiadel Centro de Salud “Honorato Vásquez”.....	81
CAPÍTULO IV	83
Objetivos.....	83
Objetivos General.....	83
Específicos	83
Variablesde Estudio	85
Métodos, Técnicas e Instrumentos.....	86
Plan de Tabulación y Análisis.....	86
Criterios de Inclusión.....	87
Criterios de Exclusión.....	87
Procedimientos para la Recolección de la Información.....	88
Implicaciones Éticas.....	88
CAPÍTULO V	89
5.1 Presentación y Análisis de Resultados	89
Análisis.....	95
Conclusiones	110



Recomendaciones	113
Referencias Bibliográficas	114
Bibliografía	117
ANEXOS.....	119
Anexo 1 Encuesta para las adolescentes.....	119
Anexo2 consentimiento informado para adolescentes	124
Anexo3 Operacionalización de Variables	126



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Silvia María Buñay Tixi, autora de la tesis **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE HONORATO VÁSQUEZ DEL CANTÓN CAÑAR. 2012"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Marzo del 2013

Silvia María Buñay Tixi

CI. 0105494017

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Gladys Marlene Domínguez Panamá, autora de la tesis **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE HONORATO VÁSQUEZ DEL CANTÓN CAÑAR. 2012”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Marzo del 2013



Gladys Marlene Domínguez Panamá

CI. 0103864948

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Jhesica Lorena Fajardo Calle, autora de la tesis **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE HONORATO VÁSQUEZ DEL CANTÓN CAÑAR. 2012"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Marzo del 2013

Jhesica Lorena Fajardo Calle

CI. 0302152384

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Silvia María Buñay Tixi, autora de la tesis "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE HONORATO VÁSQUEZ DEL CANTÓN CAÑAR. 2012**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Marzo del 2013

Silvia María Buñay Tixi

CI. 0105494017

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Gladys Marlene Domínguez Panamá, autora de la tesis **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE HONORATO VÁSQUEZ DEL CANTÓN CAÑAR. 2012”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Marzo del 2013

Gladys Marlene Domínguez Panamá

Ci. 0103864948

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Jhesica Lorena Fajardo Calle, autora de la tesis **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE HONORATO VÁSQUEZ DEL CANTÓN CAÑAR. 2012"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Marzo del 2013

Jhesica Lorena Fajardo Calle

CI. 0302152384

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD HONORATO
VÁSQUEZ DEL CANTÓN CAÑAR. 2012”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**AUTORAS: SILVIA MARÍA BUÑAY TIXI
GLADYS MARLENE DOMÍNGUEZ PANAMÁ
JHESICA LORENA FAJARDO CALLE**

DIRECTORA: LCDA. SORAYA MONTAÑO PERALTA

ASESORA: LCDA. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ

CUENCA-ECUADOR

2013



DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedicamos a Dios por ser tan bondadoso, por darnos vida, salud y la fortaleza necesaria para cumplir con las metas propuestas.

A nuestros queridos padres Liberato Buñay Rosa Tigsi, Ramiro Fajardo Zoila Calle, Lucía Panamá y mi querido padre que está en el cielo Alberto Domínguez. Por darnos su apoyo incondicional durante estos años de estudio y así poder culminar con éxito nuestra carrera universitaria.

A nuestros queridos hijos Andrés Sotamba Buñay, Jhoselyn, Nathaly, Justin y Juan Pablo Fajardo por ser nuestros más grandes tesoros y la razón de vivir y seguir adelante, a nuestros queridos esposos Cristian Sotamba, Freddy Fajardo por estar en todo momento brindándonos su apoyo, cariño y comprensión.

LAS AUTORAS



AGRADECIMIENTO

Agradecemos especialmente a Dios por guiar nuestro camino durante todos estos años de nuestras vidas, a nuestros padres por el apoyo incondicional que nos brindaron.

Al personal docente de la escuela de enfermería de la Universidad de Cuenca, por brindarnos de manera desinteresada sus sabios conocimientos y experiencias durante estos años de enseñanza.

A la Licenciada Soraya Montaña Peralta Directora de la Tesis, y la Licenciada Adriana Verdugo Sánchez, por su valiosa colaboración y orientación en la elaboración de esta tesis.

Al personal que labora en el Centro de salud de la Parroquia Honorato Vásquez, al personal docente del Colegio Honorato Vásquez, y a las adolescentes, que participaron de esta investigación las mismas que hicieron posible culminar con éxito este trabajo y nuestra carrera universitaria.

LAS AUTORAS



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el periodo de la vida comprendido entre los 10 y 19 años, cuando una persona se transforma de niño en adulto; esto implica no solo los cambios físicos de un cuerpo en maduración, si no también muchos cambios cognoscitivos y socio-emocionales.¹

El embarazo durante la adolescencia es aquel que se inicia y cursa durante el periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad, según la definición propuesta por la Organización Panamericana de Salud. Debido a que en los últimos años el número de embarazos en adolescentes se ha incrementado, por lo que se ha convertido en un problema de salud pública muy importante, pues básicamente son las condiciones socio culturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, presentándose con mayor frecuencia en sectores que viven en condiciones socio económicas más bajas, sin embargo se puede dar en todos los estratos económicos de la sociedad.

En el Ecuador; la primera causa de ingreso hospitalario en mujeres entre 10 a 19 años se relaciona con problemas del embarazo, parto y puerperio. La edad promedio en la que las adolescentes se convierten en madres es de 16,6 años, y la edad promedio en que iniciaron su vida sexual fue de 15,5 años, es decir que la mayor parte de adolescentes se embarazaron dentro del primer año de su vida sexual activa. Una de cada 5 adolescentes de 15 a 19 años ha tenido al menos un embarazo. En el mismo grupo de mujeres, 3 de cada 4 mujeres con experiencia sexual, han tenido también experiencia de embarazo y de ellas casi la mitad ha tenido un embarazo producto de relaciones premaritales. Por otro lado, solamente el 14% de mujeres

¹Morris. Charles G, Maisto Albert A. Décimo 3ra. Ed. Pearson Educación, México, 2009. Pág.: 409.



comprendidas entre los 15 y los 24 años reporto haber utilizado un método anticonceptivo en la primera relación sexual.²

El embarazo temprano provoca no solamente consecuencias biológicas, psicológicas y sociales en la madre y su producto, sino que también su efecto compromete a la pareja, al entorno familiar en el presente y también en el futuro; el embarazo en adolescentes se torna en un problema complejo y muy palpable, que requiere de un manejo especializado, multidisciplinario.³

Con estos antecedentes, la presente investigación pretende determinar los factores de riesgo asociados a embarazo en las adolescentes de la parroquia Honorato Vásquez perteneciente a la Provincia de Cañar.

² Jijón Leturt. Alfredo, Dr. Sacoto Aguilar. Marco, Dr. Córdova Unda. Andrés. Alto Riesgo Obstétrico. 1ra. Ed. Ecuafontes. Ltda., Quito-Ecuador, 2006. Pag.: 29-33.

³ Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. ENDEMAIN Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Informe Preliminar, Quito 2005

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Ecuador, las cifras 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. 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.⁴

El cantón Cañar perteneciente a la provincia de Cañar, cuenta con una población aproximadamente de 58 mil personas el 48% de la población es menor de 18 años, la población rural representa el 80% del total de la población, la población urbana representa el 20%. El 40% de la población pertenece a la etnia Cañarí. En la actualidad las familias de este cantón se ven afectadas por el fenómeno de la migración, pues desde el año 2001 al 2008 emigraron más de 20.000 personas, producto de esto se ha producido la desintegración familiar.

Por lo tanto nuestro cantón y la provincia no son la excepción, debido a que en los últimos años, el índice de embarazos en adolescentes ha tomado repunte, sumado a esto la falta de información y comunicación a cerca del tema de salud sexual y reproductiva, puesto que la adolescencia es uno de los periodos más problemáticos y controvertidos de la etapa de desarrollo del ser humano, igualmente desde el punto de vista psicosocial, la gran mayoría de adolescentes experimentaran un paso tranquilo a través de la adolescencia mientras que para otros será más tormentoso.⁵

⁴ Ecuador/Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Disponible en: <http://www.planandinopea.org/?q=node/61>

⁵ Door A, Gorostegui M, Bascuñan M. Psicología General y Evolutiva. 2da. Ed. Santiago de Chile. Mediterraneo Ltda, 2008. Págs.: 275 – 277.



No existen bases para asumir que todos los embarazos en adolescentes son no deseados, no intencionados o a destiempo. Es común encontrar menores para las que el embarazo significa la salida de un hogar descompuesto en el que reciben maltrato y rechazo constante un aspecto interesante que se ha encontrado en algunas investigaciones, es que las adolescentes, a pesar de conocer sobre anti concepción no la utilizan por temor a ser juzgadas por sus compañeros, a no ser que sean ellos quienes sugieran la utilización de algún método.⁶

⁶Dr. Botero U. Jaime, Dr. Juviz H. Dr. Alfonso, Henao Guillermin. Obstetricia y Ginecología Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 8va. E d. Colombia Quebecor World- Bogotá Febrero 2004-mayo 2008.

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia es una situación de salud que causa preocupación debido a múltiples razones. Una de ellas es que se trata de dos procesos de crecimiento y desarrollo que se producen de manera simultánea. Un nuevo ser se encuentra en gestación bajo la dependencia de una madre cuyo propio proceso de crecimiento y desarrollo biopsicosocial no ha finalizado.

Los equipos profesionales con años de dedicación a este tema, han observado, a través de la experiencia, que al parecer no son tantos los riesgos biológicos en sí que afectan este proceso más bien con un buen sistema de atención prenatal, son controlables. Sin embargo los riesgos psicosociales que afectan al binomio madre-hijo son los que generan mayor impacto. A lo anterior se suma el hecho de que en una proporción no despreciable de casos el progenitor es también un padre adolescente.

Existe interés en encontrar las causas por las cuales se produce embarazo a temprana edad por una parte, con el fin de contribuir a su comprensión y, por otra, para tratar de prevenirlo. Es un tema complejo, multifactorial, para el cual no existe una causa o respuesta única. Por eso mismo las actividades de salud que se realizan para enfrentar este tema deben ser diversas y pertinentes.

Cuando una adolescente presenta un embarazo, lo habitual es que haya iniciado una actividad sexual a temprana edad, con gran desconocimiento de su anatomía y fisiología de la reproducción, sin prevención del embarazo, ni del riesgo de contraer una infección de transmisión sexual, todo lo cual desemboca en un embarazo no planificado y en la mayoría de los casos no deseado.



Esta sucesión de eventos es la que desafía a los proveedores de salud sexual y reproductiva para adolescentes, que deben verse involucrados en actividades de promoción y prevención relativas a la educación sexual de niños y jóvenes, así como también otorgar acceso y atención de servicios apropiados de salud. Por otra parte, la atención de la adolescente embarazada no finaliza en el momento del parto, sino en las medidas que prevengan un segundo embarazo.⁷

En el Ecuador, uno de cada cinco partos corresponde a adolescentes menores de 19 años, según informó el Gobierno nacional, en la última década, los embarazos de 10 a 14 años aumentaron en un 14% y de las jóvenes embarazadas, el 45% no estudia ni trabaja.

En la Maternidad Isidro Ayora, uno de los centros obstétricos más grandes del país, el embarazo adolescente alcanzó en los dos últimos años cifras significativas. En el año 2008, fue del 26,5% y en el 2010 del 27%.⁸

Por lo expuesto anteriormente nos hemos propuesto realizar una investigación en la parroquia Honorato Vásquez perteneciente a la provincia del Cañar debido a que se ha observado un alto índice de embarazos en adolescentes y que acuden a consulta externa en el Centro de Salud de esa localidad.

⁷Pérez Sánchez Alfredo. Obstetricia. 4ta. Ed. Editorial mediterráneo Ltda., Providencia, Santiago de Chile, 2001. Pag. 577

⁸ Ecuador, segundo país en América Latina en embarazo adolescente. Diario El Universo, 24 de Febrero del 2012. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1 Adolescencia

Es la transición del desarrollo entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales, es el período de la vida comprendido aproximadamente entre los 10 y 19 años. Por lo tanto, la adolescencia comprende las dimensiones biológica, psicológica, y sociocultural. Es vista como uno de los períodos más saludables de la vida, pero también como uno de los más problemáticos.⁹

La adolescencia es definida por la OMS como el período de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años y se divide en dos fases: la adolescencia temprana que abarca entre los 10 y 14 años, y la adolescencia tardía que comprende desde los 15 a 19 años.

Dentro de la adolescencia se debe destacar algunos aspectos trascendentales:

- Los adolescentes han dejado de ser niños, pero aún no son adultos. Son adolescentes con una anatomía fisiológica y necesidades emocionales y sociales propias.
- La adolescencia rebasa la pubertad.
- Durante la adolescencia se reestructura luego de un severo análisis consciente e inconsciente muchos de los factores que conforman la personalidad y de los cuales dependen el adecuado funcionamiento de la misma.
- Lo que diferencia esta etapa de las anteriores es que un niño evolucionado, con nuevas funciones biológicas y es un ser en desarrollo.

⁹Papalia D, Wendkas S, Feldman D. Desarrollo Humano. Undécima. Ed. Copy Right. 2009 by the McGraw – Hill Companies, Inc. All rights reserved, China.

- De la crisis de la adolescencia debe surgir una persona adulta estructurada. Con un alto nivel de raciocinio capaz de labrarse un porvenir y llevar una vida útil en medio de la sociedad cuyo bienestar debe contribuir con responsabilidad.¹⁰

Esta etapa y los primeros años de la juventud son cruciales, porque en ella se produce profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan en la vida de los seres humanos.

Entre los cambios físicos se encuentra el crecimiento corporal, el desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva, que a su vez conllevan al inicio de las relaciones sexuales; y entre los cambios psicológicos, se encuentran la necesidad de independencia que provoca relaciones conflictivas con los padres, la búsqueda de su identidad, las contradicciones, las manifestaciones de la conducta y las fluctuaciones del estado de ánimo. Entre los cambios sociales, se encuentran la tendencia a reunirse en grupos, la elección de una ocupación así como la necesidad de adiestramiento y capacitación para el desempeño de esa ocupación que se convertirá en su proyecto de vida.¹¹

1.1 FISIOLÓGIA DE LA ADOLESCENCIA

Este proceso en las mujeres lleva a la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el estirón del crecimiento y el desarrollo de la capacidad reproductiva.

Los cambios que se presentan durante la adolescencia son el resultado de la activación de la unidad hipotálamo-hipofisiaria y la secreción de esteroides sexuales por el ovario.

¹⁰Coon, D. Psicología Exploración y Aplicaciones. 8va. Ed. México. International Thomson. 1999. Págs.: 180 -186.

¹¹ Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.html.

El sistema hipotálamo-hipófisis-gónadas es funcional desde la semana 14 de gestación y está completamente desarrollado al nacimiento; es muy importante para estimular la división de las células germinales y el desarrollo folicular. Hacia el día cinco posnatal las gonadotropinas circulantes aumentan a niveles mayores que los prepuberales por una caída en los niveles de estrógeno placentario.

El cambio más temprano asociado a la maduración puberal futura es la secreción de andrógenos suprarrenales y androstenodiol entre los 6 y los 8 años. Durante el período prepuberal tardío y la pubertad inicial hay un aumento gradual en los picos episódicos de FSH y LH que estimula las células de la teca interna para sintetizar precursores androgénicos, inicia la ovulación, la formación del cuerpo lúteo, la producción de progesterona y es la reguladora de la producción de estradiol luego de la ovulación. La FSH estimula el crecimiento del folículo ovárico e incrementa la enzima aromatasa, responsable de la conversión de los precursores androgénicos en estrógeno.

Los ovarios aumentan de tamaño por crecimiento de los folículos, lo que puede interpretarse en la ecografía como un ovario aumentado de tamaño y poliquístico. A medida que avanza la pubertad, los ovarios amplifican el mensaje de las gonadotropinas; y producen mayor cantidad de gonadotropinas el aumento de estrógeno lleva a la aparición del botón mamario, a la estrogenización de la mucosa vaginal y con ello la leucorrea fisiológica y al alargamiento del útero. Durante el 1º al 2º año luego de la menarca, las menstruaciones a menudo son anovulatorias este período coincide con el rápido crecimiento del útero, la vagina, las trompas y los ovarios.

1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

El crecimiento durante la adolescencia se divide en tres etapas:

ADOLESCENCIA TEMPRANA.-Inicia desde los 10 a 13 años. Está en la fase de crecimiento rápido y enfocan su atención de forma narcisista en sus cuerpos, tratando de integrar su rápido aumento en talla, su cambio en la forma y la creciente competencia física, elevación de sus sentimientos sexuales y una nueva sensación de poder dentro de su imagen corporal.

Todavía hay mucha atadura a la familia y no crean muchos conflictos por el control. Al mismo tiempo están comenzando a explorar su pertenencia al grupo de pares y su funcionamiento independiente en el mundo externo al hogar, pero sin retar la autoridad paterna. Las relaciones con las jóvenes de la misma edad se hacen muy importantes, les permite apreciar que otras personas están pasando por lo mismo sin considerarse extrañas.

Es un periodo en el que se está recogiendo información, se exploran elementos identificadores de forma más profunda y se experimenta para ver cuáles son los comportamientos que funcionan, con el fin de comenzar a definir un auto concepto de adulto integrado y unificado.

ADOLESCENCIA MEDIA.- Aparece entre las edades de 14 a 17 años. El adolescente medio es el que se identifica con la adolescencia. Se ha completado un 90-95% del crecimiento físico y se está consolidando la nueva imagen corporal adulta. El pensamiento abstracto ha comenzado a emerger y la joven se empapa de fantasía, idealismo y de una percepción de invencibilidad o omnipotencia. Los impulsos de emancipación alcanzan su pico. Para poder romper los lazos de dependencia de la infancia y hacerse funcionalmente autónomos, los adolescentes medios deben distanciarse globalmente del control, el dominio y dependencia de los padres; la modelación no es una opción viable porque cualquier cosa que no sea la separación total amenaza con un retorno a un estado de dependencia más seguro pero inaceptable.

Adicionalmente, los adolescentes deben comenzar a renunciar a los padres como su objeto primario de amor en preparación para una futura relación con



una pareja los ajustes emocionales durante la infancia y la funcionalidad familiar son críticos para esta etapa. El grado de confianza y respeto de los padres, y el deseo que tengan de iniciar un proceso gradual de entrega de independencia y responsabilidades, pero manteniendo los límites definidos, afecta notablemente la transición.

En la adolescencia media, el hogar pierde importancia y el grupo de pares asume un papel preponderante en la determinación de los estándares de apariencia y comportamiento; la conformidad es un requisito para pertenecer al grupo y para el proceso de formación de la identidad se experimentan nuevos roles y relaciones para tratar de determinar qué es lo que realmente funciona y lo que se requiere para ganar aceptación y popularidad. De hecho el principal indicador de comportamiento de un adolescente es de su grupo de pares.

El grupo de pares tan bien sirve como el foro central para la exploración de nuevas experiencias de vida que surgen tanto por curiosidad como para probar los límites de las capacidades personales. Aunque las amistades del mismo sexo siguen siendo importantes, las citas con jóvenes del sexo opuesto asumen un lugar preeminente. Fisiológicamente, los niveles virtualmente adultos de hormonas sexuales desencadenan deseos reproductivos muy fuertes, la apariencia física y la popularidad se consideran más importantes para una cita que el carácter del individuo, se le da muy poca importancia a la reciprocidad.

Al mismo tiempo, la exploración y la experimentación con la intimidad física adquieren gran importancia y pueden llevar a una relación coital. A medida que la adolescencia media va llegando a su fin, las consideraciones sobre roles funcionales basadas en hechos reales se hacen importantes, pero todavía permanecen en un segundo plano los sueños de gloria dan paso a lo que realmente puede ser posible y los intereses académicos comienzan a adquirir una nueva dimensión como el requisito para lograr una carrera exitosa.



ADOLESCENCIA TARDIA.- Va desde los 17 hasta los 19 años. Las adolescentes tardías están maduras físicamente. Han completado la integración de los cambios puberales en su imagen corporal y están conformes con su función y características adultas. Se ha asegurado la emancipación y pueden reasumirse los lazos de integración con los padres pero ahora desde una perspectiva adulta. El grupo de pares pierden importancia aun que permanecen las amistades individuales. Los contactos con el sexo opuesto adquieren una nueva dimensión evaluar las cualidades importantes para una relación duradera. La atracción previa de tipo narcicístico da paso a una exploración mutua de las verdaderas cualidades, de la armonía interpersonal.

El pensamiento abstracto está completamente desarrollado y entra a jugar un papel muy importante en el establecimiento de los planes vocacionales y los estilos de vida propios por primera vez los jóvenes deben tomar decisiones con consecuencia a largo plazo.

1.3 CAMBIOS FÍSICOS EN LA ADOLESCENCIA

EN LA MUJER

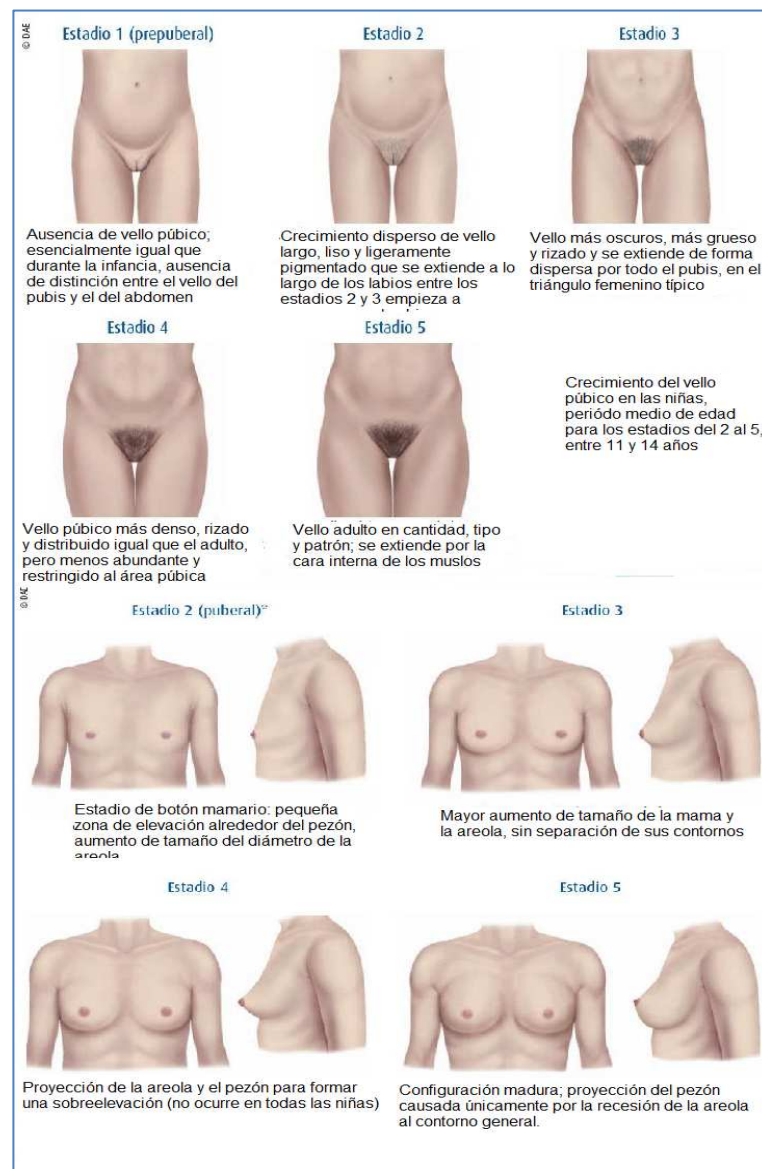
En las mujeres, el primer signo visible es la aparición del botón mamario-telarquia y de vello púbico en los labios mayores- pubarquia. La telarquia suele preceder a la pubarquia en unos 6 meses. Generalmente el vello púbico no avanza del estadio v2-v3 sin la presencia de los esteroides sexuales gonadales el intervalo entre la menarquía y la regulación de los periodos menstruales es de unos 14 meses y de 24 meses entre la menarquía y periodos con dismenorrea posiblemente ovulatorios.

En los primeros dos años de la menarquía, entre un 55 y un 88% de los ciclos son anovulatorios; a los tres años el 50% y a los 5 años solo un 10 a 20%. Cuando la mujer llega al estadio de maduración sexual 2, se inicia un periodo de crecimiento rápido o estirón de crecimiento; el pico del estirón se presenta en

el estadio 3-4. Inicial mente, el crecimiento se manifiesta por un aumento en la longitud de los huesos largos, con poca variación en la longitud del tronco, lo que lleva a un aumento en la longitud del segmento corporal inferior.

FIGURA N° 1

CAMBIO DE LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS FEMENINOS



Fuente: Cambio de los Caracteres Sexuales Secundarios Femeninos. Disponible en: <http://www.google.com.ec/imgres?q=cambio+puberales+en+la+mujer&num>



Posteriormente, durante la fase final del estirón, el crecimiento de la columna es mayor y se alcanza la proporción corporal adulta durante el estirón del crecimiento, la mujer promedio alcanza una velocidad de crecimiento pico de 8cm por año.

Hay un aspecto secundario sobre el desarrollo puberal que puede tener grandes alcances en el ámbito social: en la actualidad la edad promedio del inicio de la pubertad se presenta dos años antes que al principio del siglo 20, en el que la, la mujer tenía la menarquía alrededor de los 14-15. Se cree que este cambio en el resultado de una mejoría en la nutrición y la salud en los años prepuberales al mismo tiempo, el proceso del desarrollo psicosocial del adolescente sea prolongado debido a los requerimientos de una escolarización cada vez más larga.

1.4 ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS

La vulva.- está compuesta por las siguientes formaciones: el monte de Venus, los labios mayores los labios menores el clítoris, el meato uretral, el orificio vaginal y el himen.

El pubis: Zona más visible de la vulva, ubicada en la pelvis; también se la conoce como monte de Venus. Tiene forma triangular, con la base en la parte superior. Prominencia situada por delante de la sínfisis púbica, formada por depósito de tejido adiposo de 2cm a 3cm. No es un órgano, sino solo una región o punto de referencia. Cubierto de vello rígido y oscuro a partir de la pubertad (pubarquia).

Labios Mayores: son dos pliegues de piel que protegen la vulva y que se recubren de vello desde la pubertad se parecen al escroto masculino en su función de protección, pero se diferencia en que no se unen en la parte central y en que están formados por tejidos grasos con una gran circulación sanguínea. Cubren a los labios menores en los bordes de la hendidura



bulbarformando pliegues de la piel de tejido adiposo cubiertos por vello púbico después de la pubertad.

Labios Menores: también llamados ninfas, constituyen dos pliegues cutáneos más pequeños que los labios mayores y se localizan en la parte interior de estos. Los labios menores envuelven el orificio de la vagina y el meato uretral, son sensibles y pueden edematizarse durante la excitación sexual.

El clítoris: se encuentra situado en la parte superior de la vulva, por debajo de los labios mayores y entre los repliegues de los labios menores. Se trata de un órgano eréctil del tamaño de un guisante, con una estructura muy parecida a la del pene, pues está formado por un tejido esponjoso y abundantes terminaciones nerviosas. Tiene un glándula cubierta por un prepucio. La punta del clítoris es la zona más sensible de la mujer.

El vestíbulo: es el espacio triangular situado por debajo del clítoris y los labios menores. Tiene dos aberturas principales: de la uretra y la vagina. En el vestíbulo desemboca el meato uretral, en un punto ubicado entre el clítoris y la vagina.

Glándulas de Bartholin: son las más voluminosas e importantes entre las glándulas bulbo-vaginal. Tienen forma oval y del tamaño de un frejol. Están situadas a cada lado de la vagina y se encuentran escondidas en el espacio que queda entre el himen y los labios menores.

Himen: es una membrana mucosa muy fina y elástica que cierra parcialmente la entrada de la vagina.

Meato urinario: es la pequeña abertura de la uretra.

Orificio vaginal: es una abertura mayor que el meato urinario su localización es posterior al meato.



El perineo: es el nombre que se le da a la región que se encuentra desde la entrada del orificio vaginal hasta el ano. Forma la superficie externa del suelo pelviano y sirve de soporte para los órganos de la pelvis.

Mamas o glándulas mamarias: están localizadas en la pared torácica anterior y se apoyan en un lecho de tejido conectivo separado de los músculos. Se encuentran sobre los músculos pectorales y están ancladas a ellos por una capa de tejido conectivo.

1.4.1 ÓRGANOS INTERNOS

La vagina: es el órgano de copulación de la mujer, es un tubo de unos 7 a 8cm de longitud, con una gran capacidad de distensión que comunica la cavidad uterina con la vulva. Es un conducto musculo membranoso, orientado en forma de arco de abajo así arriba y de adelante así atrás. Sus dos caras: anterior y posterior presentan en la parte media dos espesamientos longitudinales y columnas.

Ovarios: están situados encima del útero, con el que se comunican a través de las trompas de Falopio, son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas (estrógenos progesterona). A partir de la pubertad y hasta la menopausia se dirigen a liberar un ovulo maduro.

Las trompas Falopio: son dos oviductos (izquierdo y derecho) largos y finos de musculo membranoso que se extiende desde el extremo del ovario al ángulo superior del útero hasta los dos lados de la pelvis, miden de 7 a 14cm de largo. Son muy estrechas a nivel de la fijación del útero, pero aumenta su diámetro a medida que se dirigen hacia afuera acabando como si fueran unos pétalos llamados fimbrias que se abren hacia el ovario. Al romperse el folículo, el ovulo que da libre en la cavidad pélvica y pasa fácilmente a la trompa que esta revestida de cilios.



El útero: o matriz, es un órgano muscular hueco, tiene la forma de una pera achatada. Su porción más delgada está dirigida hacia abajo y ligeramente desviada hacia un lado. Es el mayor de los órganos reproductores femeninos. Está situado en la pelvis detrás de la vejiga y delante del recto y está fijado por ligamentos. Está dividida en tres partes: alta redondeada, conocida como fondo, la media o cuerpo y la parte inferior o cuello que sobresale y se comunica con la vagina.¹²

1.5 EVALUACIÓN DE LOS ESTADIOS PUBERALES

El desarrollo de una joven se realiza utilizando el método establecido por el Dr. John Tanner en la cual se utiliza una escala de 5 puntos, donde el grado de 1 se considera prepuberal y el grado 5 corresponde a la maduración completa. Los grados se subdividen a su vez en estadio mamario M-, cambios en la forma, contorno y del vello púbico.

Desarrollo de la mama

- M1 preadolescente, elevación del pezón únicamente.
- M2 estadio del botón mamario – telarquia hay elevación de la mama y el pezón como un pequeño montículo, y crecimiento del diámetro areolar.
- M3 mayor crecimiento de la mama y de la areola sin separación de los contornos.
- M4 continúa el crecimiento con proyección de la areola y el pezón para formar un montículo secundario por encima del nivel de la mama.
- M5 estadio maduro, con proyección solo del pezón, con una recesión de la areola al contorno general de la mama.

¹²Escobar Osorio. Jaime Alberto. Ginecología. 7ma. Ed. Colombia Quebecor World- Bogotá Febrero 2004-mayo 2008.

Desarrollo del vello púbico

- V1 sin vello púbico.
- V2 crecimiento muy escaso de vello largo, recto, solo ligeramente enortijado alo largo de los labios mayores.
- V3 vello más grueso y enortijado que se extiende ala unión del pubis
- V4 el vello es de tipo adulto y se extiende sobre el monte de Venus pero no sobre la cara interna de los muslos.
- V5el vello se extiende a la cara interna de los muslos.

ELEMENTOS DEL DESARROLLO FÍSICO

Hay aceleración y desaceleración del crecimiento óseo y de los órganos internos, modificación de la composición corporal, musculo esquelética y de la cantidad y distribución de la grasa. Se desarrollan el sistema cardiovascular y el respiratorio, con aumento de fuerza y resistencia, y por su puesto las gónadasórganos reproductivos y caracteres secundarios.

La ganancia de peso de la adolescente puede ser hasta un 50% del peso final del adulto; la ganancia de talla durante este periodo es de un 20 -25% de la talla fina.

MADURACIÓN COGNITIVA

De acuerdo con Piaget, los primeros años de la segunda década de la vida se caracterizan por un cambio gradual de operaciones concretas a abstractas en la resolución de problemas y pensamiento dirigido. El pensamiento concreto se limita a considerar cosas objetos o situaciones específicos en términos existenciales. El pensador concreto carece de la capacidad para extraer principios generales de una experiencia y aplicarlos a otra completamente nueva.



Es de mucha utilidad para el médico en tratar de observar el nivel funcional cognitivo tanto en situaciones normales como de estrés es esencial el conocer el nivel de funcionamiento para establecer una comunicación efectiva en todos los niveles.

1.6 CAMBIOS FÍSICOS EN ELVARÓN

Una serie de impresionantes cambios físicos anuncia el inicio de la adolescencia. El más evidente es el estirón del crecimiento, un rápido incremento de estatura y peso que empieza, en promedio en los niños entre los 10 y 16 años.

El adolescente típico alcanza su estatura adulta aproximadamente 6 años después del inicio del estirón del crecimiento. También ocurren cambios en la forma del cuerpo, en el tamaño de las glándulas sebáceas de la piel (que contribuyen a la aparición del acné) y en las glándulas sudoríparas. También se expanden el corazón, los pulmones y el sistema digestivo.

DESARROLLO SEXUAL.- los signos visibles de la pubertad, el inicio de la maduración sexual, ocurren en una secuencia diferente en los niños, el signo inicial es el crecimiento de los testículos, que empieza, en promedio, alrededor de los 11.5 años, aproximadamente un año antes del inicio del estirón de crecimiento de estatura. Junto con el estirón de crecimiento viene el agrandamiento del pene. El desarrollo del vello púbico tarda un poco más y el desarrollo del vello facial aun más. La profundización de la voz es uno de los últimos cambios perceptibles de la maduración masculina.

Los niños logran su primera eyaculación a una edad promedio de 13.5 años, a menudo durante el sueño. Pero las primeras eyaculaciones contienen relativamente poco espermatozoides. No obstante los adolescentes son capaces de tener bebés mucho antes de que tengan la madurez suficiente para cuidarlos.



1.7 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La adolescencia es un periodo importante del crecimiento y de la maduración del ser humano; durante este periodo se producen cambios singulares y se establecen muchas características del adulto. Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características:

- Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (o periodo), el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.
- El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y sexo.
- Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

Altura: crecer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años, con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máxima (PVM), que se manifiesta por un



aumento rápido de la talla o crecimiento lineal, de aproximadamente 8 cm en la mujer y de unos 10 cm en el varón.

Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal, hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos, como consecuencia de los cambios hormonales.¹³

La antropometría tiene una importancia especial durante la adolescencia por que permite vigilar y evaluar los cambios mediados por las hormonas en el crecimiento y la maduración en este periodo. Además, como el crecimiento puede ser sensible a las carencias y los excesos, la antropometría de los adolescentes proporcionaindicadores del estado nutricional y el riesgo para la salud así como se puede diagnosticar la obesidad. El estudio y conocimientosde este periodo de cambiosrápidos son a la vez importantes y difíciles.

Los cambios rápidos durante la adolescencia incluyen los aumentos de las dimensiones corporaleses decir el crecimiento, y ello grado progresivodel estado adulto, es decir lamaduración. Si bien el crecimiento y la maduración avanzan en forma concertada en los individuos pueden mostrar una independencia apreciable cuando se observa en distintos individuos por ejemplo en la menarquía que presagia la edad reproductiva de lamujer adulta lasniñas son más altas que sus coetáneas pre menarquías: además existe una considerable variación en su estatura real y la edad cronológica en la menarquía.

La adolescencia se caracteriza por el comienzo de acontecimientos importantes vinculados con la maduración en particular el aumento repentino de crecimiento somático acompañado de la aparición de las características sexuales secundarias, la menarquía y la espermarquia. Por consiguiente aun

¹³Santos M. Tesis sobre Factores que predisponen a la ocurrencia de Embarazos en Adolescentes de la comunidad de Quilloac, perteneciente a la Provincia de Cañar 2011.

entre los jóvenes existe una notable variación en cuanto a la aparición de estos cambios de maduración.

La edad ósea maduración ósea, pueden usarse como medida de la maduración, pero requiere de equipos y conocimientos especiales. Al momento del crecimiento y la maduración pueden ser influidos por factores ambientales y de salud de tal modo que es difícil separar la variabilidad normal de origen genético y de los cambios hormonales durante la adolescencia de los cambios inducidos por el medio.

El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o el adolescente pueden manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo en el crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay disimetría fisiológica que causa cierta “torpeza” motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido.¹⁴

Otros cambios físicos

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual. Estos cambios dependen en gran medida del tipo constitucional, factores genéticos y otros más circunstanciales como la nutrición o la presencia o no de determinados desbalances hormonales que no necesariamente tienen que ser patológicos.

En ocasiones los adolescentes se preguntan el por qué de la diferencia en el desarrollo y la aparición de los caracteres sexuales entre unos y otros, y la respuesta puede encontrarse en cualquiera de los elementos señalados anteriormente. No obstante hay características que deben aparecer en una edad determinada, independientemente de las variables, por lo que se recomienda que ante cualquier inquietud se consulten a los especialistas en la temática.

¹⁴ Guía de Atención de los principales problemas de Salud de Adolescentes. Crecimiento y Desarrollo Físico. Disponible en:
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia%20patalog_FH10_2_Adolescentes.pdf



Peso

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo de 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones, el peso coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 gramos por año. El aumento del peso puberal viene a representar el 50 por ciento del peso ideal del individuo adulto.

Grasa corporal

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante, las niñas depositan grasa de manera más rápida y más extensa que en los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones no patológicas, en ningún momento de la pubertad se espera que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra (tejido muscular, huesos y vísceras) y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos, los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las niñas se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y en el tronco.

Este crecimiento divergente da como resultado que los varones tengan hasta un 45 por ciento de su peso corporal en músculos y que las mujeres hasta un 30 por ciento de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres.

El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o

de tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación con el tronco, las piernas son más largas en el varón.

Cabeza

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroides y las cuerdas vocales, que tienen el triple de longitud en los niños que en las niñas.

Crecimiento muscular

El crecimiento muscular es un hecho sobresaliente, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos, que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.

1.8 DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

El desarrollo psicosocial del adolescente es el proceso que lleva a que el niño dependiente se convierta en un adulto autosuficiente. Cualquiera que sea la cultura, la adolescencia está marcada por el logro de tres tareas específicas: emancipación de la dependencia en los padres o sometimiento a ellos; formación de una identidad en los campos de auto concepto sexual, intelectual y moral.

El considerar a la adolescencia como una etapa de confusión y agitación, implica un desconocimiento de la realidad de estos años. Como en el caso de la pubertad, la adolescencia también puede ser dividida en etapas: temprana, media y tardía; puede ser dividida; cada una diferente de las otras tanto como en el enfoque contextual así como sus manifestaciones.

1.9 NECESIDADES EN LA ADOLESCENCIA

La necesidad es un componente básico del ser humano, afectando al comportamiento de éstos debido a la falta o ausencia de algo para poder vivir o para estar bien. Según Philip Kotler y Gary Armstrong, la necesidad es un estado de carencia percibida, incluyendo necesidades físicas básicas de alimentos, ropa, calor y seguridad; necesidades sociales de pertenencia y afecto, y necesidades individuales de conocimiento y autoexpresión.”

A continuación mencionaremos las necesidades básicas del adolescente.

Necesidad de la Búsqueda del sí mismo y de la propia identidad:

Necesidad de construir su identidad personal, su propia imagen, encontrar su lugar en la sociedad, en su entorno. Tendencia grupal: Necesidad de explorar, descubrir y experimentar. Encontrar referentes, personas de apoyo a las cuales seguir o imitar.

Necesidad de intelectualizar y fantasear: surge de la necesidad de renunciar a aspectos infantiles. Crisis religiosas: Poner en práctica sus ideales. Libertad proporcionada a su capacidad, para usarla sin perjuicio serio para sí mismo y para los demás. Desubicación temporal: Necesidad de tener información sobre los peligros a los que está expuesto.

Evolución sexual: necesidad de obtener información sobre la educación sexual con programas educativos para los colegios e institutos, con repartos de condones e información sobre las enfermedades de transmisión sexual;



con ello se evitarían embarazos no deseados, por lo que se debe de trabajar desde el ámbito de educación sexual en los colegios e institutos, para evitar las consecuencias que esto puede traer a la madre adolescente en su salud y al menor. Y además para evitar y concienciar sobre las enfermedades de transmisión sexual como puede ser el VIH.

Actitud social reivindicatoria: surge de la necesidad de tener confianza en sí mismo con reconocimiento de sus capacidades y limitaciones. Separación progresiva de los padres: Encontrar referentes, personas de apoyo a las cuales seguir o imitar, de ahí que surgiera también las necesidades de permanecer con su grupo de iguales.

Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo: necesitan ser escuchados, saber que no son los únicos que sufren esos problemas y que hay quienes están dispuestos a escucharlo.

La realización de las necesidades, dependen plenamente de los sentimientos y emociones que desarrolla el adolescente.

No basta quererle, sino que hay que expresarlo puesto que el amor no se presupone. Con el adolescente las muestras de afecto deben cambiar, siendo más de reconocimiento verbal y hacerle partícipe de las decisiones familiares con negociaciones o consensos para que se sienta parte de la familia.

Las normas tienen un valor importante como factores de seguridad (una de las necesidades psicológicas básicas), pero no conviene exagerar su cantidad; las normas ayudan al adolescente a crecer siempre que sean sensatas y den posibilidad amplia al descubrimiento y puesta en práctica de la libertad personal.

No obstante no hay que olvidar que una característica común del adolescente es la inestabilidad emocional que le puede provocar inseguridad, inestabilidad y

ansiedad. La necesidad de sentirse útil es fundamental para el desarrollo personal del adolescente, esta necesidad de “ser capaz de”, “de poder”, necesita experimentarla todo ser humano. Valorar, potenciar y estimular, son verbos que habrá que poner en práctica cada día, más con hechos que con palabras.

Existe una necesidad psicológica fundamental en el adolescente que es la formación de ideales donde los padres cumplen un papel fundamental que es estimular la creación de éstos y contagiarles ganas de vivir y entusiasmo para determinadas aficiones o actividades, etc. Para ello hay que pasar tiempo con ellos, compartir actividades. Se debe favorecer la ilusión por los ideales utópicos tan necesarios para un adolescente y a la vez acercar más a la realidad en otros. Esto constituye un elemento fundamental para la maduración personal de un chico.

Por tanto, la meta a alcanzar con los adolescentes es crear un clima familiar para que lleguen a ser personas maduras y autorrealizadas, ofrecerles unos valores e ideales por los que luchar para tender a:

- Estar satisfechos, es decir, tener suficientemente realizadas las necesidades básicas, e incluso poder prescindir algunas de ellas.
- Aceptarse a sí mismos, como son.
- Vivir en la realidad
- Tender a estar centrados en los problemas de los demás más que en los propios
- Poseer un código moral
- Tener gran capacidad amorosa
- Tener profundidad en sus relaciones interpersonales
- Poder ser autónomos



- Comportarse con espontaneidad, sin rigidez, y expresar sus sentimientos y opiniones de manera adecuada.¹⁵

1.10 CRISIS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN LOS ADOLESCENTES

Hay discrepancias en torno a considerar las diferentes manifestaciones de la adolescencia como normales o patológicas, inexistentes, o formando parte de un continuo entre lo que podría considerarse normal y lo que no podría considerarse como tal.

Jean P. Heimann (2002) afirma que es necesario diferenciar la crisis adolescente como etapa de la vida y las crisis durante la adolescencia. Se puede ver la adolescencia como una crisis, es decir, una etapa decisiva en el curso de la vida, durante la cual se producen cambios y se consolidan rasgos esenciales de la personalidad futura que en parte definirá el destino del adulto.

Las crisis durante la adolescencia son diferentes. En nuestra sociedad el pasaje de la adolescencia a la edad adulta no es ritualizado o institucionalizado. Se trata de un programa de numerosos años, abierto y complejo que conduce a una entrada paulatina y mal definida en la vida adulta.

Cuando un adolescente vive un período transitorio de desestabilización pero que no afecta el cauce del desarrollo, se trata de una crisis normal, un período crítico que dinamiza un desarrollo normal. Pero al contrario, si presenciamos un desequilibrio más profundo que marca o agrava un desarrollo anteriormente preocupante o que frena, bloquea, pervierte, o hace retroceder el trabajo evolutivo, se vive una crisis patológica.¹⁶

¹⁵Necesidades Psicológicas en la Adolescencia. Disponible en:
<http://callerealm.wordpress.com/2010/02/15/necesidades-psicologicas-del-adolescente/>

¹⁶Ensayo de Psicología del Adolescente. Disponible en:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Ensayo-De-Psicologia-Del-Adolescente/3959495.html>



Cambios Psicológicos en el Adolescente

La adolescencia es la época más complicada de todo el ciclo vital, los adolescentes creen estar seguros, de que todo el mundo los observan y su cuerpo continuamente los traiciona solo sabemos que la maduración, está determinada por ciertos factores biológicos estos ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar.

Problemas de la Adolescencia

Se pueden clasificar de la siguiente manera:

Las tensiones internas.

Es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante la infancia. El preadolescente no se halla preparado para resistir esta tensión, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas. Egoísmo, crueldad, suciedad, o dejadez.

Disolución de la identidad infantil.

Depende del modelo educativo bajo el cual hayan crecido es como supera el periodo de crisis preadolescente, que abarca entre los trece y los quince.

Si el niño crece en un ambiente ni demasiado rígido, ni demasiado primitivo, este periodo debe ser superado con éxito.

Ser y tener.

Desde el momento en que el niño y la niña descubren las diferencias sexuales anatómicas, su evolución psicoafectiva empieza a centrarse en cambio diferente. Esta divergencia se pone de manifiesto en los años de la primera adolescencia.



Los varones se esfuerzan en "tener" (pene, virilidad, casa, coche Las procuraciones de los varones, durante la adolescencia, se centran sobre todo en poseer tener lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad). Mientras que las mujeres lo hacen en él "ser" (bellas, admiradas).

Los temores masculinos.

Todas las preocupaciones se centran en los cambios físicos que acaban de sufrir o sufrirán. El crecimiento y el desarrollo del pene, los testículos y el vello corporal son su máxima preocupación, a la vez sus máximos temores apuntan a supuestas malformaciones o defectos en lo que suponen es la esencia de la virilidad: el tamaño del pene en erección. La desviación del pene en erección, a la derecha o izquierda, son otro tema estadísticamente sobresaliente entre jóvenes.

Temores femeninos.

La principal angustia de las adolescentes sigue siendo lo físico, el deseo de tener el mejor físico con el objeto de ser deseada.

El desarrollo de sus pechos, el tema importante entre las jóvenes. Si hay que buscar las causas de la preocupación por el tamaño de los senos ya que les preocupa ante todo el tener su cuerpo perfecto y así sentirse deseadas.

Otra gran preocupación de la joven es la menstruación. Este proceso, que transforma a la niña en una mujer, suele provocar en un comienzo ciertas dudas, que pueden ser fácilmente aclaradas con una información precisa y adecuada por parte de los padres.

Los conflictos familiares.

Uno de los primeros conflictos que vive el adolescente con sus familiares son por aspectos cotidianos, como por ejemplo: la forma de vestir y pensar de los padres, sus rutinas, sus costumbres, cuidado de la ropa y la habitación, los horarios, las salidas, etc.



El suicidio en los adolescentes

El suicidio ha tenido un aumento dramático recientemente. El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de 15 a 24 años y la sexta en los niños de 5 a 14 años. Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr un éxito y otros miedos mientras van creciendo, en algunos casos el suicidio aparenta ser una solución. La depresión y tensión son desordenes mentales que se pueden y deben tratar.

1.11 LA RELACIÓN DEL ADOLESCENTE CON SU FAMILIA

La relación de un adolescente con sus padres, tutores, educadores, formadores siempre acaba pasando por un período de incomunicación, debido a diversos factores, lo que aumenta el riesgo de agresión y/o acoso por parte de adultos malintencionados, sobre todo en el marco de Internet y las nuevas tecnologías.

Siempre deberíamos partir de que ellos pueden tener más facilidad en la utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación, pero somos nosotros los que tenemos una mejor perspectiva del mundo actual y de su funcionamiento.

El niño/a Adolescente se está enfrentando a multitud de cambios corporales, hormonales, psicológicos y sociales. Empieza a distanciarse del núcleo familiar que hasta el momento ha sido un pilar básico en su vida, dado que ya no puede ayudarlo tanto en su evolución personal como el grupo de amigos, que empieza a convertirse en una referencia en cuanto a valores, objetivos y comportamiento.

Por otro lado, en muchas ocasiones es el propio adolescente el que busca el enfrentamiento con sus padres, como un modo de autoafirmarse y comprobar su capacidad y fuerza frente a la autoridad paterna. Resumiendo:



cuando nuestros hijos entran en la "edad del pavo", hay peleas en casa un día sí y otro también.

Si añadimos al conjunto la intimidad que el niño empieza a guardar muy celosamente, nos encontramos ante un cuadro bastante descorazonador. Queremos ayudarles, pero para ello necesitamos que nos escuchen y comprendan nuestro punto de vista. Es precisamente lo mismo que el adolescente espera de su familia, y reconozcámoslo: muchas veces tampoco ellos lo obtienen. Para empezar a enmendar la situación, basta con tener claros los siguientes puntos, para empezar:

EL COMPUTADOR Y EL ESTUDIO: es cierto que colegios de primaria e institutos han incorporado la informática a su actividad diaria. Sin embargo, muy rara vez un profesor encargará a un niño una tarea para casa que exija soporte informático. Y en las contadísimas ocasiones en que ello suceda, el alumno puede aprovechar las propias instalaciones del centro educativo, así como cualquier cibercafé, biblioteca o asociación popular que siempre suele encontrarse cerca.

LA COMUNICACIÓN CON LOS HIJOS ES IMPORTANTE: preocupa a los padres el hecho de que el niño frecuente espacios en Internet como foros, chats. Lo mejor es preguntárselo directamente, y asegurarse de que el niño conoce los peligros a los que se expone. En la adolescencia, el niño suele responder a la confianza que depositamos en él mejor de lo que nos esperamos. Si además, conoce las situaciones peligrosas que se pueden producir en estos casos, puede presentar una madurez semejante a la de un adulto.

LA IGNORANCIA DE UN HECHO NO LES PROTEGE DE SU REALIDAD

El hecho de que el adolescente tenga más conocimientos informáticos que sus padres no le resta autoridad a las decisiones de los mismos: las cosas

se pueden negociar, contemporizar, consensuar. Pero una vez que se ha tomado una decisión, el adolescente debe acatarse a ella, le guste o no.¹⁷

1.12 FACTORES DE RIESGO EN EL PROPIO ADOLESCENTE Y EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES.

Aquí es preciso considerar los factores genéticos aunque dentro de su estricta dimensión de responsabilidad que puede conllevar un riesgo de drogadicción. Es el caso del alcoholismo familiar entre los descendientes varones, a los que se transmite esta predisposición genética (no obstante no llegan al 30 % los hijos de alcohólicos que acaben siendo ellos mismos alcohólicos).

Una historia familiar de conductas antisociales es otro factor de riesgo. El temperamento del niño pequeño con frecuentes estados de humor negativo e inhibición puede predecir una conducta futura de adicción.

El comportamiento agresivo en niños de 5 a 7 años de edad se ha encontrado como predictor de futuras conductas antisociales, incluyendo consumo de drogas, en la adolescencia. La hiperactividad y los trastornos de atención también se han considerado factores de riesgo en el consumo de sustancias.

La edad es una variable importante a tener en cuenta. Así, por ejemplo, el consumo de alcohol en edades precoces influye en el riesgo de consumir marihuana más tarde, y cuanto antes se consuma marihuana, mayor es el riesgo de adicción a otras drogas ilícitas.

Está plenamente demostrado que el uso de drogas antes de los 15 años es un consistente productor del abuso de drogas más adelante. No existen

¹⁷ La relación del adolescente con su familia. Disponible en: http://www.elguardianentreelcenteno.com/index.php?option=com_content&view=article&id=19:la-relacion-del-adolescente-con-su-familia&catid=5:protocolos-de-deteccion-y-actuacion&Itemid=18



diferencias importantes en lo que concierne al sexo del adolescente drogadicto (únicamente el embarazo de adolescentes se considera un factor de riesgo en el consumo de drogas).

El fracaso escolar sí que constituye un importante factor de riesgo, aunque ha sido asociado más con la delincuencia que con la drogadicción, la cual no queda excluida. El pobre interés por el aprendizaje es ciertamente un factor de riesgo para la drogadicción.

La rebeldía ante los valores sociales es un productor de delincuencia y abuso de drogas. Uno de los más fuertes predictores de uso de sustancias en los adolescentes es cuando los compañeros -especialmente si es "el mejor amigo"- las utilizan. La influencia de los compañeros (los pares) en el uso de drogas por el adolescente es mucho más fuerte que la influencia de los padres (¡por más beneficiosa que ésta sea!). Es decir: cuidense de los amigos de sus hijos.

A MÁS DE LOS FACTORES DE RIESGO MENCIONADOS ANTERIORMENTE TAMBIÉN PODEMOS ENCONTRAR OTRAS CAUSAS COMO:

Incomprensión de los padres de los cambios del adolescente. Crisis de autoridad de los padres. Carencias emocionales o inapropiadas formas de expresión afectivas. Inadecuada disponibilidad del tiempo libre. Dependencia económica del adolescente. Manifestaciones de insatisfacción en los adolescentes adoptan diferentes modalidades Conductas: violentas, rebeldes, depresivas, delictivas, apáticas, autodestructivas.

Uso de medios compensativos incorporándose a instituciones, adhiriéndose a ideologías o grupos particulares o vestimentas y apariencias extravagantes. Recursos para evadir la realidad como drogas, ritos, comunas seudoreligiosas.



El suicidio de los adolescentes. Entre los factores precipitantes se puede enumerar: Las rupturas o rechazos amorosos, Fracazos escolares, Ser sorprendidos en un acto delictivo, Discusiones con los padres de un clima de tensión familiar, Embarazo, Inestabilidad emocional.

Causas de la conducta suicida crisis de identidad: pérdida del sentido del sí mismo y de perspectiva futura. Depresión, conflictos afectivos de pareja y familiares, crisis de valores, conflictos sexuales

Indicadores de la presencia de un suicida potencial. Existencia de un cuadro depresivo de perturbaciones respecto al sueño, a la alimentación y declive de los resultados escolares. El aislamiento y la separación gradual del grupo Interrupción de la comunicación con los padres o con las personas importantes en la vida del adolescente. Intentos suicidas anteriores (o implicaciones en accidentes). Estas son señales de advertencias para padres, profesores, familiares que brindan la posibilidad de detectar y evitar la tragedia.

La depresión en el adolescente. La depresión en la adolescencia se diferencia de la depresión adulta. En los inicios de la adolescencia los síntomas se enmascaran a través de otros síntomas psicológicos. Fatiga persistente, intranquilidad, preocupaciones por el cuerpo, búsqueda ansiosa de compañía o de aislamiento y comportamiento teatral. Como se observa no expresan los síntomas de la depresión en los adultos: Tristeza, desilusión, insomnio, anorexia, idea suicida y sentimiento de culpa entre otros.

Fracaso escolar. Factores socio-culturales. El poderío de los medios de comunicación masiva desestimulan la práctica de la lectura. El adolescente experimentará minusvalía con respecto al grupo y progresará menos, es un círculo vicioso. Conduce a conductas agresivas, hostiles o de aislamiento o depresión.

Enfermedades de transmisión sexual. (ETS) Las causas del incremento son múltiples: aumento de la actividad sexual entre los grupos de todas las edades. Uso de anticonceptivos orales que no protegen de las ETS. La actitud complaciente que señala a las ETS, de fácil curación (excepto el VIH). Egocentrismo del adolescente lo hace fabular que él y las personas con las que tiene contacto sexual son inmunes. La aceptación del riesgo del contagio porque el deseo de sostener relaciones sexuales es mayor que el temor de adquirir la enfermedad.

Embarazo en la adolescencia. Es otro de los factores de riesgo presentes en nuestra sociedad que en la actualidad va en incremento debido a la falta de comunicación e información exacta y sin restricciones sobre el tema de sexualidad. La proporción de las adolescentes embarazadas que deciden llevar a término su embarazo es elevada, a pesar, de la falta de preparación psicológica, biológica, social y económica para asumir la maternidad.¹⁸

1.13 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

Sexualidad.- Es un proceso evolutivo de interacción del individuo consigo mismo y con otros seres sexuados que se expresa por medio de variados comportamientos afectivos dentro de un medio social y cultural, además es una de las dimensiones o capacidades del ser humano que le permiten amar.

La posee todo ser humano desde el día que es concebido hasta el día de su muerte, la sexualidad se compone de muchos factores, incluye forma de pensar, sentir y actuar; la forma que se ve el mundo y la forma en que el mundo ve a las personas. La sexualidad también comprende aspectos físicos. Incluyendo el desarrollo del cuerpo: cambios como los asociados con la pubertad y procesos fisiológicos como la ovulación y la espermatogénesis

¹⁸ Factores de riesgo en el propio adolescente y en sus relaciones interpersonales. Disponible en: <http://www.proyectopv.org/2-verdad/factorriesgopro.htm>



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como:

"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales."

Se propone que la sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características, que significan sistemas dentro de un sistema. Estas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento, en particular en los niveles biológico, psicológico y social.

Las cuatro características son: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético (genotipo) y físico (fenotipo). El erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.

La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas. Dimórficas (femenino o masculino). Es de suma importancia en la construcción de la identidad.

La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de paternaje y maternaje, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres.



La característica del sexo desarrollado, comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías e de la estructura sexual, basado en el sexo, incluye todas las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer. Hay que tener en cuenta que es muy importante que sepamos cuáles son nuestras actitudes más personales e íntimas hacia la sexualidad.

Uno de los productos de la interacción de estos holanes es la orientación sexual. En efecto, cuando interactúan el erotismo (la capacidad de sentir deseo, excitación, orgasmo y placer), la vinculación afectiva (la capacidad de sentir, amar o enamorarse) y el género (lo que nos hace hombres o mujeres, masculinos o femeninos) obtenemos alguna de las orientaciones sexuales a saber: la bisexualidad, la heterosexualidad y la homosexualidad.

La definición de trabajo propuesta por la OMS (2006) orienta también la necesidad de atender y educar la sexualidad humana. Para esto es de suma importancia, reconocer los derechos sexuales (WAS, OPS, 2000):

- El derecho a la libertad sexual.
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- El derecho a la privacidad sexual.
- El derecho a la equidad sexual.
- El derecho al placer sexual.
- El derecho a la expresión sexual emocional.
- El derecho a la libre asociación sexual.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
- El derecho a información basada en el conocimiento científico.
- El derecho a la educación sexual integral.

- El derecho a la atención de la salud sexual.

En la medida que estos Derechos sean reconocidos, ejercidos y respetados, tendremos sociedades más sanas sexualmente. Es importante notar que la sexualidad se desarrolla y expresa de diferentes maneras a lo largo de la vida de forma que la sexualidad de un infante no será la misma que la de un adolescente o un adulto. Cada etapa de la vida necesita conocimientos y experiencias específicos para su óptimo desarrollo.

La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base de gran parte del comportamiento sexual humano siguen siendo los impulsos biológicos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales. En muchas culturas, la mujer lleva el peso de la preservación de la especie.

Desde el punto de vista psicológico, la sexualidad es la manera de vivir la propia situación. Es un concepto amplio que abarca todo lo relacionado con la realidad sexual. Cada persona tiene su propio modo de vivir el hecho de ser mujer u hombre, su propia manera de situarse en el mundo, mostrándose tal y como es. La sexualidad incluye la identidad sexual y de género que constituyen la conciencia de ser una persona sexuada, con el significado que cada persona dé a este hecho. La sexualidad se manifiesta a través de los roles genéricos que, a su vez, son la expresión de la propia identidad sexual y de género.

1.14 INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA

En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales según grupos etarios y sexo, el porcentaje de adolescentes del grupo entre 12 y 14 años



que comenzó sus relaciones sexuales entre los 12 y los 14 años, es superior al grupo entre 17 y 19 años, así como los que comenzaron sus relaciones antes de los 12 años en el grupo entre 12 y 14 años también superan al grupo de la adolescencia tardía. Estos datos coinciden con la literatura revisada la cual plantea que en estudios realizados en poblaciones de estudiantes de la enseñanza media se ha visto que alrededor del 60% de los adolescentes varones refieren haber iniciado relaciones sexuales entre los 14 y 15 años de edad y se comporta entre 15 y 16 años de edad promedio en el sexo femenino.

La decisión de los jóvenes de iniciar a temprana edad su vida sexual está relacionada a los problemas afectivos. De inseguridad, ansiedad, depresión, riesgos suicidas por la falta de comunicación con los padres y de que no se les habla claro sobre los riesgos que se puede tener al iniciar una vida sexual tan temprano.

Estos problemas llevan a los jóvenes al “inicio de relaciones sexuales a temprana edad, a la promiscuidad, a los embarazos precoces, los embarazos múltiples y al contagio del VIH/SIDA”.

Aproximadamente el 50% de los adolescentes de la Región menores de 17 años son sexualmente activos. En muchos países de América Latina, la edad promedio de inicio sexual es de 15 a 16 años para las mujeres y de catorce a 15 años para los varones (Organización Panamericana de la Salud 2002b). De 48%na 53% de la población sexual mente activa no utiliza anticonceptivos y de las personas que si lo hacen, aproximadamente el 40% no emplea ninguna protección con regularidad (OPS 2002C).

Alrededor de, la mitad de las nuevas infecciones por el VIH ocurren en personas que tienen entre 15 y 24 años de edad, periodo en que la mayor parte de las personas inician la actividad sexual, el número actual de adolescentes con VIH es un tema de preocupación, ya que aumenta enorme

mente la posibilidad de diseminación del virus. Los planificadores de programas afrontan un gran desafío, ya que la epidemia de sida va en aumento y se necesitan acciones urgentes, y por qué los sistemas de valores y creencias en cuanto al sexo de los adolescentes varían ampliamente de comunidad en comunidad.

El desafío se centra en cómo lograr que los adolescentes se han mas consientes de los estilos de vida que escogen con respecto al sexo y reconozcan la importancia de evitar las relaciones sexuales temprana edad, incluso cuando están invadidos por los mensajes y las presiones sociales de los medios de comunicación y por sus pares adultos y más experimentados, que los alientan, en especial a los varones, a que inicien su actividad sexual. Otros tipos de mensajes sociales, especialmente cuando están dirigidos a las mujeres, tienden a alentar la ignorancia y la vergüenza cuando se afrontan situaciones que guardan relación con el sexo. Por este motivo es crucial que las mujeres sientan que pueden decidir cuándo tener relaciones sexuales y sepan cómo protegerse de los embarazos a temprana edad, las infecciones de trasmisión sexual y la coerción sexual.¹⁹

2. EMBARAZO

2.1 DEFINICIÓN

Es el periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado y el momento del parto, este proceso comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5º 6 días después de la fecundación).entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuandoel defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa elproceso de nidación comenzando entonces el embarazo.²⁰

¹⁹ Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>

²⁰ Definición de Embarazo. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>



2.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Una de las causas del embarazo adolescente es que mantienen relaciones sexuales sin las medidas preventivas adecuadas. El por qué los adolescentes practican el sexo, y el por qué lo hacen sin métodos anticonceptivos, es porque hoy en día crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine y revistas transmiten mensajes en los cuales manifiestan que las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptadas y a veces esperadas.

Los riesgos de las adolescentes de quedar embarazada incluye:

- Los tempranos contactos sexuales.
- El uso temprano del alcohol u otras drogas, incluyendo productos como el tabaco, el salirse de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
- La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes.
- Crecer en condiciones empobrecidas.
- Haber sido víctima de ataque o abuso sexual.

El embarazo durante la adolescencia es a aquel que se inicia y cursa durante el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, según la definición propuesta por la OPS.

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública muy importante. En el mundo se estima que existe más de un billón de adolescentes y la actividad sexual cada vez es más temprana, con lo que



la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años es cada vez mayor. Embarazo en la adolescencia.

Este altera de manera significativa el proceso biológico que prepara el cuerpo para conformar una mujer con la perfección que espera y anhela dentro de su propuesta personal de belleza. De igual manera, interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformar ese cuerpo en el mejor lugar para el advenimiento de un niño.

Pese a que sea capaz de concebir, el cuerpo de la adolescente no es aún apto para el embarazo ni para el parto que, con frecuencia, suele tornarse conflictivo. Pero, sobre todo, estos embarazos y estas maternidades rompen para siempre el proceso de la adolescencia con todo lo que ello significa en la estructuración de la mujer. La mayoría se ve obligada a abandonar los estudios para dedicarse a una maternidad prematura, ordinariamente no deseada.

Del embarazo en la adolescencia a la adolescente embarazada hay un significativo cambio conceptual que va más allá del lenguaje. El primero hace referencia a la gestación en una madre joven, es decir al antiguo concepto de la primigesta precoz, en el que el foco estaba puesto en el producto de la gestación por considerarse una gestación de riesgo.

Al hablar de adolescente embarazada la atención también está puesta en la madre, que no ha dejado de ser adolescente por que cursa un embarazo, etapa de la vida vulnerable para sí misma, a la que se le agrega una situación de mayor vulnerabilidad y que, en este caso, involucran también al producto de la concepción. Es importante destacar que desde el 2003 transitan a la adultez mil doscientos millones de adolescentes, que representan el 19% del total de la población y que es la mayor generación de adolescentes registrada hasta ahora en el mundo un poco más de 100 millones de ellos viven en latino América.



2.3 CAUSAS, INCIDENCIAS Y FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO

Son innumerables las causas que explican el embarazo en la adolescencia.

- Están la soledad y la tristeza de una chica que se siente abandonada y no querida.
- O la muchacha que piensa que no responde al modelo de mujer que los muchachos buscan y aman. Si inician una relación, es probable que la tomen como la única y definitiva oportunidad de su vida. Entonces se hunden sin límites ni condiciones en el deseo del otro, sin tomar en cuenta los riesgos y sin evitarlos. Como si no les importase nada.
- Los problemas domésticos conducen con frecuencia al embarazo. Si una niña se construyó en un ambiente lleno de tensión, de violencia, de inseguridades de todo orden, su vida afectiva en la adolescencia podrá ser errática. Chicas que van de relación en relación, en búsqueda de una estabilidad que no hallan. Siempre exponiéndose a los riesgos hasta que el embarazo les sirve como el mejor de los síntomas para sus conflictos, que no logra superar.
- El maltrato, la violencia doméstica, la inestabilidad de la pareja papá - mamá o el acoso sexual por parte de algún familiar pueden transformarse en causas suficientes para que una chica busque relaciones erráticas y sin futuro como una manera de librarse de sus frustraciones, decepciones y angustias.
- La pobreza explica numerosos embarazos. Por ejemplo, en los sectores marginales, la mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de precariedad en las que vive; ella sueña que casándose, todo será mejor.



Pero, a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que, con frecuencia, no termina por ser la última sino, por el contrario, el inicio de una cadena de relaciones, muchas de las cuales suponen nuevos embarazos y partos, destinados a deteriorar aún más la condición de la mujer y la de sus hijos. En este proceso, una mujer de 20 años puede tener cuatro o más hijos y, probablemente, un mayor número de embarazos que terminen en abortos espontáneos o provocados.

El embarazo en la adolescencia no se explica únicamente por falta de educación académica. De 200 casos de adolescentes embarazadas, más de la mitad tenía instrucción secundaria. Se trata de una común desinformación en torno a lo que es y significa la adolescencia en la vida de las chicas y los muchachos dentro de los valores, mutaciones y contradicciones que caracterizan a la sociedad contemporánea.

Desconocen los derechos de la mujer. No poseen un saber adecuado sobre su cuerpo, la salud reproductiva y la necesidad de valorar el sentido y la dimensión de su presencia social. El colegio les habla de todo, menos de sí mismas y de su cuerpo destinado a lo placentero pero también siempre dispuesto a la concepción. A las profesoras y profesores les asusta hablar de libertad y de amor, de ternura y de placer.

Muchas chicas están seguras de que si hacen el amor por primera vez no quedarán embarazadas porque para el embarazo se requiere mantener una vida sexual frecuente. Conocen de nombre los métodos de control de la fecundidad, pero no saben cómo utilizarlos. Por ejemplo, la mayoría cree que la píldora es un preservativo que funciona bien tomándolo antes de cada relación.²¹

²¹Niñas Embarazadas. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo09.htm>



2.3.1 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Varios son los factores que influyen en el embarazo adolescente a continuación describimos los más importantes.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES:

Actitud más permisiva.- la sociedad ha tomado un papel diferente, existe una actitud más permisiva. Actualmente los y las adolescentes tienen en términos generales, más oportunidades de tener una mayor y más precoz actividad sexual.

Educación sexualinsuficientee inadecuada.-existe un desequilibrio entre la pobreza de la educación sexual y la desmedida y descontrolada emisión de información que frente a la población carente de preparación adecuada, influye firmemente sobre las actitudes de los y las adolescentes. Esto puede reflejarse en un estudio realizado en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el que el 84% de adolescentes embarazadas no utilizaban ningún método anticonceptivo, y entre las que si lo hacían, un buen numero atizaban métodos inadecuados.

Cambios en los roles de género.-los roles de génerohan cambiado, la mujer tiene un papel más protagónico, menos reprimido, lo cualaumenta la probabilidad de que la actividad sexual sea mayor y se inicie en forma más temprana.

Falta de espacios adecuados para la recreación.- la falta de espacios adecuados para la recreación de los y las adolescentes conduce o la utilización inadecuada de su tiempo. Con esto se da mayor apertura a actividades como el consumo de alcohol, drogas, también relacionados con una vida sexual menos controlada.



La migración.- con la inadecuada estructura social, la falta de oportunidades para educación o trabajo, más gente trata de salir de las zonas rurales, lo que promueve a la desestabilización familiar. Así mismo, el alto número de personas que viajan fuera del país, deja a muchachos adolescentes (mujeres y hombres al cuidado de terceras personas, quienes muchas veces no logran un control adecuado sobre ellos.

Deserción escolar.- ya sea por razones económicas, por migración o cualquier otra causa, una adolescente que no está dentro de un sistema escolar tiene un riesgo mayor de embarazo. La escolaridad y el grado de instrucción son factores que han sido muy relacionados con embarazos tempranos.

FACTORES FAMILIARES:

Herencia de estilos de vida.- especial mente, una alta tolerancia a actitudes como inicio temprano de relaciones sexuales o promiscuidad. Existe una alta proporción (56%) de madres de pacientes adolescentes embarazadas que también tuvieron el mismo problema.

Alteración de la estructura familiar.- la separación, el divorcio, la disfunción familiar, la muerte de uno de los progenitores o la migración son factores que generan sentimientos de depresión, soledad, baja autoestima, etc.

Otros.- una mala comunicación intrafamiliar, alcoholismo, drogadicción intrafamiliar, desempleo de los padres, abuso sexual intrafamiliar.

FACTORES INDIVIDUALES:

Menarca precoz.- la maduración orgánica antecede a la maduración psicosocial. Esto genera una falta de manejo adecuado de situaciones de riesgo y de actitudes de prevención de un embarazo temprano.



Bajo nivel educativo.-esto sumado a la falta de un adecuado proyecto de vida, con unainadecuada valoración de la maternidad y matrimonio, evitan una prevención efectiva del embarazo.

Autoestima baja y deprivación afectiva.- esto crea la necesidad de “protección”, de recibir afecto y puede conducir a buscar un vínculo por necesidad de afecto, o incluso muchas vecesa buscar un embarazo.

Conductas de riesgoasociadas.- abuso de sustancias como alcohol o, drogas y conductas o actitudes rebeldes.

2.4 CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOSOCIALES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

MANIFESTACIONES SISTEMÁTICAS DE LA GESTACIÓN

Desde la primera semana de implantación se presentan manifestaciones propias de la progesterona, como la vaso dilatación periférica, la retención de líquidos que pueden favorecer la cefalea, los cambios en el estado de ánimo y en el patrón del sueño, el aumento de la temperatura corporal entre 0,3- 0,6c⁰,el, el aumento de la turgencia mamaria y de la sensibilidad del pezón, entre otros.

Las alteraciones emocionales y afectivas, así como la actitud de rechazo o incertidumbre frente a la gestación pueden influir en la persistencia de estos síntomas. De esta forma, una gestación puede poner en evidencia una enfermedad no reconocida, o precipitar un proceso mórbido hasta el momento tolerado por la reserva funcional existente en la mujer. Hoy en día se reconoce que todo la gestación con lleva riesgos implícitos de enfermar y de morir.

De esta forma, el enfoque de riesgo de vería prevalecer desde la atención preconcepcional de todas las mujeres en edad reproductiva con el objetivo de identificar las potenciales enfermedades pre-existentes, motivar a la mujer hacia la búsqueda electiva de la gestación y garantizar en lo posible que el ingreso a la gestación sea en condiciones de salud adecuada.

CAMBIOS POR SISTEMAS

Sistema cardiovascular y hemodinámico.- es importante resaltar que la cifra de presión arterial en la mujer en edad reproductiva fluctúa en los límites de la presión que se considera como ideal para la población, cifra de 110/75, la interpretación de la hipertensión en la gestante a partir de 140/90, parece ser elevada para la condición funcional de la mujer. Los cambios de posición modifican la respuesta vaso dilatadora, el retorno venoso y gasto cardiaco.

Para compensar la vaso dilatación y mantener el gasto cardiaco, el sistema aumenta la frecuencia cardiaca hasta 15-20 latidos por minuto. El aumento del gasto cardiaco al final fluctúa entre 30%-50% pero el 75% del aumento se alcanza en el primer trimestre. El sistema venoso se dilata como consecuencia de la relajación de la pared muscular lisa, el aumento de volumen circulante y la compresión extrínseca de las venas pelvianas que deteriora el retorno venoso, principalmente al final de la gestación produciendo una sobre distensión venosa con aumento de las formaciones varicosas y creación de lagos venosos de lenta circulación al final de la gestación se presentan edemas de posición que se favorecen por el cambio de osmolaridad, pero es anormal la presencia de anasarca.

La vaso dilatación sistémica, tanto arterial como venosa explica algunos de los síntomas y signos frecuente mente advertidos en las gestantes, como son la cefalea global por dilatación venosa, el aumento de la temperatura corporal, el aumento de la trama venosa cutánea en tórax y abdomen, la



congestión vascular de aéreas corporales con rica trama de colágeno y tejido elástico como la vulva, la boca, la mucosa nasal. En las palmas de las manos y las plantas de los pies suele apreciarse un moteado rojo cereza que se puede confundir con problemas cutáneos. En el pulmón, el lecho vascular aumenta de capacidad por el aumento del gasto cardíaco. Al final de la gestación los cambios hemodinámicos y cardiovasculares son máximos.

Por lo cual se pueden presentar notables cambios, hay tendencia a la hipotensión, y taquicardia, esto se manifiesta por mareos y cefalea y palpitaciones, por lo tanto es aconsejable el evitar situaciones que produzcan hipotensión por ejemplo exceso de calor, encierro, ayuno prolongado etc.

Sistema inmune.-el cambio más sorprendente lo presenta el sistema de defensa por el significado de los logros alcanzados. Durante la gestación se aprecia aumento de los leucocitos desde el primer trimestre.

Las enfermedades de carácter auto inmune muestran cambio de comportamiento durante la gestación, de tal forma que las enfermedades dependientes de la inmunidad celular, como las artritis y la soriasis, mejoran durante la gestación y se exacerban en el posparto.

Sistema hematológico y linfático.- desde las primeras 6-8 semanas de gestación se presenta aumento del volumen sanguíneo. A pesar de esto el volumen de eritrocitos aumenta solo 25-30% en comparación con el aumento plasmático, causando anemia fisiológica de la gestación por dilución. La dilución de la sangre favorece la fluidez sanguínea y reduce el coeficiente de fricción en la micro circulación de la unidad feto- placentaria y del cerebro.

El sistema de la coagulación es notablemente modificado en la gestación por la síntesis de proteínas causada, por los estrógenos. El estado fisiológico que se alcanza al final de la gestación es de pro-coagulación para favorecer



el mecanismo de control hemostático en el parto, aun que el control de la hemorragia es principalmente mediado por la contracción uterina.

Sistema respiratorio.-la función pulmonar total de la gestante permanece estable durante la gestación, aun que se modifican algunos parámetros de la función ventilatoria como son la disminución de la reserva pulmonar total y del volumen residual, debido a los cambios mecánicos de la cavidad torácica por el ascenso del diafragma y la disminución de la capacidad inspiratoria.

Los estrógenos aumentan la vascularización, la turgencia y la secreción de las mucosas, con lo cual produce disminución concéntrica de las vías respiratorias superiores y edema de la mucosa nasal y faríngea. Esta condición dificulta el acceso a la vía aérea. La gestante es susceptible a los cambios respiratorios por el aumento de la demanda de oxígeno por la unidad feto-placentaria y el aumento del consumo metabólico característico de la gestación.

Sistema renal.- los efectos observados durante la gestación aparecen desde las primeras 6-7 semanas de gestación y aumentan de manera paulatina hasta el inicio del tercer trimestre, de los cuales el más notable es el aumento de la filtración urinaria con aparición de poliuria en ocasiones nocturna. La orina aumenta hasta 50% del volumen corriente por día

Los riñones y las vías urinarias se verán progresivamente comprimidas por el útero en crecimiento, esto trae como consecuencia el entorpecimiento en el drenaje de la orina, cierta dilatación de los uréteres y sus pelvis renales y poca capacidad vesical para acumular la orina. Esto se traduce en mayor posibilidad de infecciones urinarias y la urgencia miccional frecuente.

Sistema digestivo.- la gestación induce cambios digestivos que van desde la alteración en la apreciación de los alimentos, en la búsqueda de los mismos y en la tolerancia, así como cambios en la absorción de



nutrientes. Por efecto de las hormonas y del progresivo efecto de rechazo visceral que genera el útero en crecimiento la digestión se enlentece, la saciedad se obtiene con cada vez menores cantidad de alimento y aparece gran pesadez después de las comidas y puede aparecer o empeorar la acidez y la “repetición” de ciertos alimentos especialmente fuertes y condimentados.

Estreñimiento, gases y acidez son comunes al final del embarazo, pero son molestias de fácil manejo con medidas rutinarias. La acidez en realidad se debe al reflujo de ácido hacia el esófago, una condición denominada reflujo gastro-esofágico, por lo que no se recomienda acostarse inmediatamente después de comer. Las encías durante el embarazo se muestran hipertróficas, agrandadas, hinchadas y muy vascularizadas y muy delicadas. No es infrecuente encontrar que las encías tengan la tendencia a sangrar durante las comidas o especialmente durante el cepillado dental.

Sistema esquelético y articular.-el efecto global del embarazo sobre las articulaciones se manifiesta con mayor carga, relajación y estrés articular. El problema de esto es que en muchos casos hay molestias e inestabilidad articular que se manifiesta con dolor local sobre la articulación afectada cuando se las sobrecarga con uso, abuso y postura inadecuada. Estas molestias le recuerdan a la mujer su Estado Gravídico y la necesidad de reposo frecuente y disminución progresiva de la actividad física. Las más molestas son el pubis, las ingles, las caderas, el sacro y la región lumbar.

Sistema Reproductor y Sexualidad.- la vulva y la vagina cada vez se hacen más congestivas y adquieren una tonalidad violácea, aumenta la cantidad de flujo (no pica ni tiene mal olor) y se nota cierta resequedad durante las relaciones sexuales. La mayor parte de las parejas dejan de tener relaciones sexuales espontáneamente al final del embarazo por incomodidad o sensación de lesión fetal por el coito. El cérvix se cierra con un tapón de



moco espeso y adherente que protege la penetración de espermias y bacterias desde la vagina.

Aumento de peso y Acumulación de líquido: en líneas generales se espera que una mujer aumente alrededor de 12 Kg. en todo el embarazo. La mitad de ese aumento se debe al útero y su contenido y el resto se debe a grasa corporal y agua, entre otros. Es natural que se retenga líquido ya que el metabolismo propio del embarazo requiere un aumento considerable del contenido líquido de la sangre y otros tejidos.

La manifestación es el “edema” de los tobillos y piernas que típicamente aumenta a medida que transcurren las horas y disminuye durante la noche ya que es durante el sueño que el líquido libre se recoge y pasa a la orina. Por esto es que al final del embarazo la futura mamá se para 2 a 4 veces durante la noche para orinar. El edema es un signo normal en la mayoría de los casos y no hay que limitar el consumo de sal; aparte, hay trabajos que refieren que las mujeres que presentan edema en su embarazo tienen bebés de mayor peso.

Aumento del Volumen Abdominal. -la “barriga” crece rápidamente al final del embarazo gracias al crecimiento del bebé, de la placenta y la acumulación de líquido amniótico. El líquido amniótico dejará de aumentar hacia el final del embarazo (semana 34) y de hecho disminuirá considerablemente, pero el bebé seguirá aumentando de peso a razón de 150-200 gr por semana. Al principio del III trimestre el útero llega un poco por encima del ombligo y al final, cerca del final del embarazo, llegará hasta el borde costal prácticamente debajo del tórax. Cerca del parto, la “barriga se baja” porque el bebé ha comenzado a penetrar en la pelvis.

Mamas. -han crecido considerablemente, se les nota la circulación venosa superficial, están induradas y discretamente sensibles (aunque no tanto como al principio del embarazo); es posible que algunas mujeres tengan



secreción clara por el pezón. Muchas mujeres se preocupan por la aparición de ciertas "pelotitas o verruguitas" en las areolas, ese cambio es normal y se debe al crecimiento de las glándulas sebáceas que prevendrán las lesiones del pezón durante la lactancia.

Piel y Cabello.-debido al aumento del volumen uterino y la distensión de la piel se hacen más notorias o aparecen las "estrías rojas" por debajo del ombligo debido a la ruptura de fibras elásticas (elastina) y de colágeno cutáneo. También se comienzan a notar en las caderas y los senos por acumulación de grasa y crecimiento glandular mamario. Los pezones y areolas crecen y se pigmentan de un tono oscuro al igual que la línea media que va desde el esternón hasta el pubis.

Todos estos cambios varían de persona a persona y son parcialmente reversibles. Vale la pena mencionar que en la piel de los cachetes puede aparecer un manchado marrón que se denomina Cloasma Gravídico y que por su localización molesta mucho a las mujeres.

Los cambios del cabello y del vello corporal pueden ser notables, el embarazo estimula su producción y crecimiento, incluso, en algunas mujeres se pueden dar grados variables de hirsutismo (aumento excesivo del vello corporal). Llama la atención la pérdida abrupta de cabello que se observa en algunas mujeres en los primeros cuatro meses Post-Parto, que aunque asusta mucho, es auto limitada y la recuperación es total en 6 a 12 meses.²²

2.5 REPERCUSSIONES DEL EMBARAZO SOBRE LAS ADOLESCENTES

Probablemente las consecuencias sociales y psicológicas son más importantes y poseen mayor impacto que las complicaciones médicas.

²²Dr. Ricardo Gómez Betancourt. Evolución sintomática y cambios fisiológicos del embarazo. Disponible en: <http://www.maternofetal.net/3cambios&molestias.htm>



Entre las áreas que se ven más afectadas en la vida de la madre adolescente están: la escolaridad con un alto índice de deserción; el desarrollo personal, con interrupción de autonomía para tomar decisiones y de la formación y con sección del proyecto de vida. El área laboral: con interrupción de la independencia económica, aumento de la dependencia familiar, explotación y mayores riesgos de trabajo. En la vida de pareja: con matrimonios o uniones de duración corta, familias pobres con mayor número de hijos, etc.

Así, en un estudio realizado en la maternidad Isidro Ayora en Quito, en el 2004, entre las principales con aplicaciones se encontraron: deserción escolar, (59,8%), (mala relación familiar (32%), (deserción familiar 27,3%), migración 24% y problemas de pareja 24%.

REPERCUCIONES DE LA ADOLESCENCIA SOBRE EL EMBARAZO

Según varios estudios se ha determinado que las madres adolescentes entre 11 y 15 años presentan mayor riesgo obstétrico que las madres mayores de 15 años las complicaciones que se pueden presentar son hipertensión inducida por el embarazo, recién nacidos con bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, partos pre termino, anemia, infección de vías urinarias y trastornos nutricionales.

A menor edad ginecológica, mayor probabilidad de complicaciones de todas formas, se debe tener presente que las complicaciones obstétricas y medicas son pequeñas comparadas con los problemas sociales y económicos que se pueden desencadenar en términos generales independiente mente de la edad a la que se presente el embarazo en la adolescencia, se puede asegurar que un adecuado manejo inter disciplinario, con detección temprana del problema, seguimiento en el área médica, psicológica y social durante el cuidado prenatal, el parto, y la lactancia, garantizara la disminución de los riesgos.



2.6 ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, la familia, un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

Factores de riesgo: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

A. – GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
- Antecedente de abuso sexual.
- Enflaquecimiento (desnutrición).
- Estatura de 1,50 m o menor.
- Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

B. – GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- Menarca a los 11 años o menos.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Ser la mayor de los hermanos.

C. – GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO DETECTABLE

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable.

ENFOQUE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

Para aplicar este enfoque es necesario desarrollar actividades y acciones integrales y coordinadas que abarquen el programa destinado a resolver los fenómenos y problemas del Crecimiento y Desarrollo normal y sus derivaciones, relacionados con la evolución del proceso endocrinológico sexual y mental del adolescente, la femineidad y su entorno social.

Las actividades del programa se dividen en 5 periodos según el momento de la aplicación de las acciones, incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo éstos los más complejos de aplicar, pero indispensables para lograr buen impacto en los niveles de salud materna y perinatal y el ejercicio de una salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.

2.7 COMPLICACIONES EN EMBARAZO Y PARTO, PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE DE ADOLESCENTES.

Existe un fuerte vínculo entre los embarazos en edad temprana y los abortos practicados en condiciones deficientes, según la OMS. Las complicaciones en el embarazo y el parto son la primera causa de muerte de adolescentes de entre 15 y 19 años en los países pobres y en vías de desarrollo, donde



las gestaciones tempranas suponen también un importante impacto en los sistemas de salud por los problemas sanitarios que generan.

Los nacimientos de madres adolescentes representan el 11% del total mundial, un porcentaje que aumenta hasta el 23 % cuando se contabilizan las dolencias y problemas de salud derivados de la gestación y el parto.

Según datos de 2008, se practican anualmente en mujeres de entre 15 y 19 años de países en desarrollo alrededor de 3 millones de interrupciones del embarazo sin las condiciones médicas apropiadas.

2.8 LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO EN LA ADOLESCENCIA.

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

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

Complicaciones Prenatales

- Anemia.
- Hipertensión inducida por el embarazo (Preeclampsia).
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazo pretermino.
- Parto prolongado.

- Complicaciones intraparto (Sufrimiento fetal, atonía uterina). Desproporción feto-pélvica. Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna).

Complicaciones en el niño

- Recién nacido de bajo peso al nacer.
- Complicaciones Neonatales.
- Ictericia neonatal.
- Sepsis.
- Malformaciones congénitas (polidactilia, paladar hendido).
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Prematuridad.

En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico. Este se relaciona con la pobreza, mala alimentación y mala salud antes del embarazo, aunado a un inadecuado control prenatal, y no directamente con la edad materna.²³

2.9 MANEJO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Durante el embarazo en una adolescente, es frecuente que la atención prenatal se a afectada por factores como retraso en el inicio del control prenatal y una falta del cumplimiento de la periodicidad de los controles recomendados, una actitud negativa de los y las adolescentes hacia los médicos, además de una falta de conciencia de la importancia del cuidado prenatal sean fundamentales para determinar una menor asistencia a los controles.

²³EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. Prof. Dr. Juan R. Issler. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html



Por todos los factores psicológicos, sociales y médicos, el control prenatal en madres adolescentes debe ser integral y realizarse de una forma multi e interdisciplinaria, con un equipo debidamente capacitado en el área. Se necesitan vínculos muy estrechos y organizados entre el/ la obstetra, el / lapsicólogo /a, trabajadoras sociales y pediatras, en lo posible con la participación de la familia y la pareja.

Es muy importante tener en cuenta situaciones que en una madre adolescente pueden ser de gran relevancia, como por ejemplo, el consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, tabaco, drogas o la presencia de infecciones de transmisión sexual. Además algo que no puede faltar es la preparación para el parto y el puerperio con énfasis también con los cuidados del bebé.

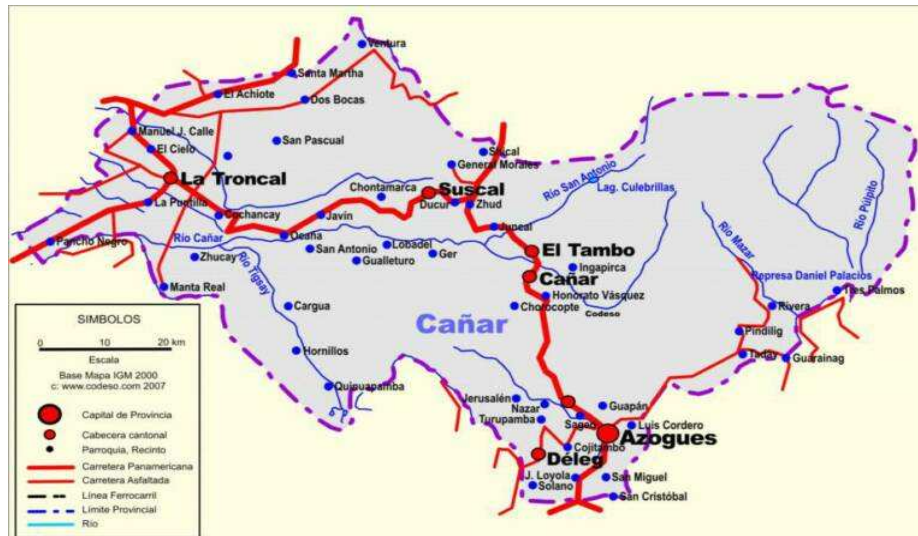
El parto es un momento muy especial en la vida de una madre, por lo tanto el personal que está a cargo de conducirlo, debe tener en cuenta este hecho en todo momento para que esta experiencia no llegue a ser un trauma para la madre adolescente, sino todo lo contrario. Luego del parto, durante el puerperio la asistencia interdisciplinaria sigue siendo un pilar en la atención adecuada a la madre adolescente, ya que en este periodo pueden existir principalmente complicaciones psicológicas y sociales. Además es también muy importante el realizar un asesoramiento adecuado en la prevención de un nuevo embarazo, solamente así se logrará disminuir todos los riesgos y complicaciones que puede presentar un embarazo en adolescentes.

CAPÍTULO III

3. MARCO REFERENCIAL

IMAGEN N°1

MAPA DE LA PROVINCIA DE CAÑAR



Fuente: Mapa de la Provincia de Cañar. Disponible en: www.google_map.com

PROVINCIA DE CAÑAR

La provincia de cañar está ubicada entre las cordilleras central y occidental de los Andes Ecuatorianos su superficie es de 3.187km².

Limites.- los límites fijados en la fundación de la provincia fueron los siguientes:

Al norte limita con la provincia del Chimborazo; al sur con ciertos sectores del Oriente y al occidente con el Azuay, al oriente Morona Santiago y la mayor extensión occidental con el Guayas.

3.1 CONSTITUCIÓN HISTÓRICA DE LA PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ

La parroquia Honorato Vásquez fue fundada el 7 de septiembre de 1935, en el gobierno del Dr. José María Velasco Ibarra. Su nombre lo lleva en honor al poeta cuencano Dr. Honorato Vásquez.

FOTO N° 1 PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ



Fuente: Fotografía de la parroquia Honorato Vásquez
Tomada por las autoras

UBICACIÓN

La parroquia Honorato Vásquez está ubicada en la provincia del cañar a tres kilómetros de distancia y a 5 minutos del Cantón Cañar. Cuenta con una extensión de 114km², una temperatura promedio que oscila entre 11 y 14°C. Por encontrarse a 3215m sobre el nivel del mar, su relieve es muy irregular, esta con formado por 15 comunidades que son:

- ❖ Pucarsol:
- ❖ La tranca
- ❖ Atuhuayco
- ❖ Gallorumi (gallo de piedra)

- ❖ Sigsighuayco
- ❖ Quinuapata
- ❖ San Pedro bajo
- ❖ San Pedro de San Francisco
- ❖ Chiripungo (puerta del frio)
- ❖ Curiquingue
- ❖ Molobog grande
- ❖ Molobog chico
- ❖ Molobog gula
- ❖ Molobog ventanas
- ❖ Cungapiti (cuello corto)

LIMITES GEOGRÁFICOS

Al norte: con el Cantón el tambo, al sur el Cantón Biblián y la parroquia Guapán, al este la parroquia Ingapirca al oeste el Cantón Cañar.

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y DEMOGRÁFICAS

FOTONº 2 CENTRO PARROQUIAL



Fuente: Fotografía del Centro parroquial
Tomado por las autoras



Orografía.- la parroquia tiene una extensión de 114km² aproximadamente, se encuentra a 3215m sobre el nivel del mar. Tiene un relieve muy irregular, las elevaciones y valles, así como las grandes planicies son propicias para la agricultura variedad que allí se encuentra.

Hidrografía.- se encuentra atravesada por el río Burgay, además de varios riachuelos, que se consideran importantes ya que son utilizados para el riego, lavado de ropa, y para el consumo del ganado.

Accidentes.- posee muchas montañas y colinas propias de nuestra sierra ecuatoriana de donde emergen vertientes de agua.

Clima.- el clima oscila entre 11 y 14C^o, con épocas de lluvias y viento más pronunciadas al principio del año.

Flora.- existen árboles de ciprés, eucalipto, pino y frutales muy variables cultivos de papas, arveja, haba, maíz, trigo, zanahoria, mellocos, ocas, cebolla, leguminosas, cereales y mas verdura y hortalizas.

Fauna.- existen animales propios de la sierra como cuyes, conejos, ganado vacuno, porcino, bovino y caballos, además de muchas aves de corral y domésticos.

VIVIENDA

Básicamente las viviendas de esta parroquia son de dos construcciones diferentes entre estas están las de ladrillo o bloque y las de adobe y las de construcción mixta en la actualidad el modelo de casa de una sola planta que do atrás ya que ahora en la actualidad se construye casas con más de 2, 3, 4 pisos que en esta parroquia es muy común ya que la mayoría de habitantes han migrado por muchos años al exterior.

Servicios básicos.- la parroquia posee servicios básicos: como agua entubada, energía eléctrica, y en algunos sectores de la parroquia cuentan con alcantarillado mientras que en otros lugares cuentan con letrinas



adaptados a un poso séptico, así como también con redes de medios de comunicación, líneas de teléfono para la gran mayoría de familias.

Recolección de basura.- este servicio se realiza dos veces por semana, los días lunes y miércoles, esto para la parte central de la parroquia. En el resto de comunidades donde no existe este servicio la basura es arrojada a quebradas o riachuelos o quemada, por el mal uso y desecho de la basura existe el peligro de contraer enfermedades así como la proliferación de roedores.

VIAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La vía panamericana es de primer orden, pasa a dos kilómetros del centro parroquial atraviesa de sur a norte el Cantón Cañar existe también otra vía asfaltada hasta el centro de la parroquia, además de múltiples carreteras de tercer orden que comunican el centro y sus demás comunidades.

Para la transportación encontramos el servicio de camionetas “Cooperativa San Rafael” y el bus “Shamisham” que van desde el Cantón Cañar hasta la comunidad de la Tranca, haciendo su recorrido cada media hora aproximadamente y cuyo valor del pasaje es de 25 centavos. A través de estas vías se pueden acceder a la parroquia Ingapirca, lugar turístico, permanente de la cultura Inca.

Medios o canales de comunicación.- dentro de los medios de comunicación, en la gran parte de los hogares de la parroquia cuenta con radio y televisión, aunque en una pequeña cantidad de hogares cuentan con el servicio de cable muy pocas poseen una línea convencional de teléfono fijo pero la mayoría cuentan con teléfono móvil, se dispone diariamente de periódicos de la ciudad de Azogues y las emisoras radiales con mayor sintonías las cuales son de los canales propios del Cantón Cañar.

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y SOCIOCULTURALES

La principal actividad económica de la parroquia Honorato Vásquez es la agricultura, existen innumerables y vastos sembríos con una gran variedad de cultivos de hortalizas, verduras, papas, habas, fréjol que sirven para el autoconsumo y también para la comercialización ya que se hace en la ciudad de Azogues y el Cantón Cañar.

Un grupo de personas son fabricantes de quesos y productos lácteos debido a la extensa cantidad de ganado vacuno. Un grupo minoritario se dedica al comercio en locales de venta de abarrotes y tejidos, estos negocios creados en sus propios hogares, gran parte de la población posee instrucción primaria, en menor cantidad instrucción secundaria y superior existiendo un bajo porcentaje de analfabetismo, la cultura de esta parroquia en la parte del centro es mestiza en su totalidad mientras tanto de las comunidades de su alrededor es indígena ellos conservan sus costumbres ancestrales como su vestimenta, idioma nativo que es el quechua sin olvidar mencionar la devoción que los habitantes tienen por las distintas imágenes religiosas, destacando su religión y sus creencias nativas.

FOTO N°4

CENTRO DE SALUD HONORATO VÁSQUEZ



Fuente: Fotografía frontal del Centro de Salud
Tomada por las autoras



HISTORIA DEL CENTRO DE SALUD “HONORATO VÁSQUEZ”

En la época de la misión andina donde muchos extranjeros estuvieron en nuestro país, en la parroquia Honorato Vázquez se formó un equipo de salud en el cual atendía un médico 2 veces por semana. En el año de 1976 este gremio pasó a manos del ministerio de salud, la atención se presentaba en el convento, luego en la casa comunal permaneciendo de esta manera por 10 años, posteriormente se construyó un Centro de salud pequeño en donde se brindó atención otros diez años, hasta que en 1996 se realizó la construcción del actual área física del Centro.

ÁREA DE COBERTURA

El sub centro de salud Honorato Vázquez tiene la responsabilidad de brindar atención a toda la población de la parroquia y sus comunidades más cercanas. El personal atiende en una jornada única de 8 horas diarias de lunes a viernes.

La unidad cuenta con:

- Tres consultorios médicos
- Un consultorio odontológico
- Estación de enfermería
- Área de vacunación
- Farmacia
- Estadística
- Cocina
- 2 baños
- Bodega
- Una habitación para el médico rural
- Sala de espera



Las diez principales enfermedades:

- Ira
- Eda
- Amigdalitis
- Desnutrición
- Faringitis
- Resfriado común
- Politraumatismo y heridas
- Artritis reumática
- Hipertensión
- Diabetes

PROGRAMAS QUE CUMPLE

- Programa de Detección Oportuna de Tuberculosis (DOTS)
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA (ITS)
- Programa de Atención Integral por ciclos de vida.
- Detección e Intervención Temprana de los Trastornos del Desarrollo (Tamizaje metabólico neonatal)
- Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas (Tamizaje Auditivo)
- Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA)
- Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar
- Programa de Micronutrientes

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL:

- Determinar los factores de riesgo asociados a embarazos en los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Honorato Vásquez, perteneciente al Cantón Cañar.

ESPECÍFICOS:

- Describir las características Socio-demográficas, económicas y familiares de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de salud Honorato Vásquez.
- Determinar la frecuencia de embarazos deseados y no deseados en las adolescentes que acuden al Centro de Salud de Honorato Vásquez, perteneciente al Cantón Cañar.
- Identificar los conocimientos sobre anticoncepción y el uso de métodos anticonceptivos que tienen los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Honorato Vásquez perteneciente al Cantón Cañar.
- Describir los conocimientos sobre sexualidad que tienen las adolescentes que acuden al centro de salud de Honorato Vásquez perteneciente al Cantón Cañar.



Tipo de estudio

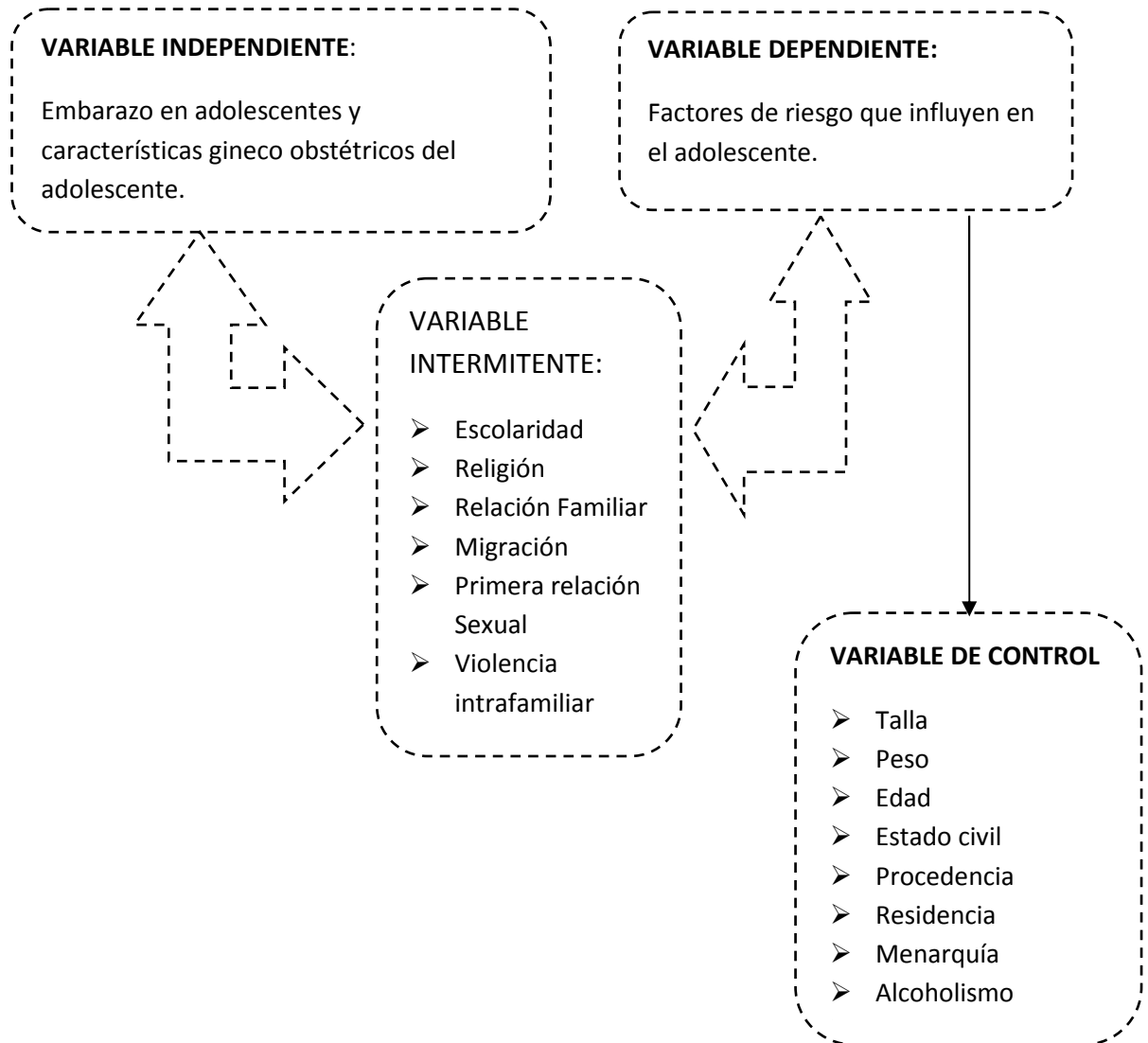
Es un estudio de tipo descriptivo, porque estudia las situaciones y eventos, del fenómeno a investigar, en este caso los factores de riesgo asociados con embarazos en adolescentes que acuden al Centro de Salud de Honorato Vásquez, perteneciente al Cantón Cañar.

Área de estudio

El Centro de Salud de Honorato Vásquez se encuentra en la parroquia que lleva el mismo nombre de la parroquia, pertenece al Cantón Cañar, es una institución pública donde acuden usuarios de las comunidades cercanas del área rural.

Universo y muestra: La población de estudio está constituida por 200 adolescentes embarazadas, que acuden al Centro de salud Honorato Vásquez.

VARIABLES DE ESTUDIO



MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

MÉTODO: cuantitativo, cualitativo

TÉCNICAS:

- **Observación:** directa e indirecta (adolescentes, características del centro de salud, etc.)
- **Análisis documental:**
 - Bibliografía nacional e internacional, informes, registros y normas nacionales vigentes (fase diagnóstico).
- **Entrevista:** preguntas y respuestas

INSTRUMENTOS:

- Como instrumento de trabajo se utilizó una encuesta elaborada por las autoras, que contiene preguntas abiertas y cerradas que permitieron la obtención de información a cerca de: edad, residencia, estado civil, vivienda, nivel de educación, ocupación, servicios de infra estructura, tipo de trabajo, remuneración salarial. embarazos anteriores, conocimientos a cerca de sexualidad, inicios de la vida sexual. Reacción de los familiares y del futuro padre del hijo frente al embarazo, tipo de enfermedades, problemas y hábitos que presenta en su familia que puedan influir en el embarazo, **ver Anexo N°1**

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se realizó la clasificación de los datos, enumerando los formularios y clasificándolos por tipo de involucrados, en nuestro caso las adolescentes

embarazadas. Se excluyeron los formularios no completos ya que ellos en donde existan dudas en la información.

Los análisis de la información se realizaron por medio de tablas de 2 x 2, los resultados nos permitieron explicar de manera detallada los hallazgos. Se elaboró tablas de una y doble entrada, con cruce de variables. Para ello utilizamos los programas EXCEL Y SPSS.

Se analizó y examinó los elementos básicos con la finalidad de realizar la interpretación de los datos, tratando de buscar significados. Se buscó en todo momento establecer la relación entre el problema, marco teórico y objetivos planteados. Se realizó el análisis cuantitativo de las variables estudiadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes comprendidos entre las edades de 13 a 19 años cumplidos, de cualquier raza, o condición social, que asisten a la consulta prenatal en el centro de salud de Honorato Vásquez que hayan decidido ser beneficiarios de este proceso de investigación y que hayan firmado su consentimiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes que a pesar de firmar su asentimiento, deciden no participar en la investigación.
- Adolescentes cuyas fichas estén incompletas en relación a la información solicitada



PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para esta investigación en primer lugar se identificó a las adolescentes embarazadas, se realizó un acercamiento oportuno con cada una de ellas se les invitó a participar de la investigación se procedió a explicar brevemente el por qué y el para qué de la investigación procediendo al llenado del formulario.

IMPLICACIONES ÉTICAS

En el proceso de investigación se aplico principios éticos, por tanto no se publican los nombres de las adolescentes investigadas, ni fotografías, Además la investigación no represento obligación para la adolescente pues la participación fue voluntaria, además no constituyo erogación económica para ellas o su pareja.

CAPÍTULO V

5.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N°1

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN EDAD DE INICIO DE LOS CAMBIOS PUBERALES. CAÑAR. 2012

EDAD	TELARCA	
	Nº	%
Adolescencia temprana 10-13 años	50	25,13
Adolescencia media 14-16 años	144	72,36
Adolescencia tardía 17-19 años	5	2,51
TOTAL	200	100
	PUBARCA	
	Nº	%
Adolescencia temprana 10-13 años	29	14,57
Adolescencia media 14-16 años	153	76,88
Adolescencia tardía 17-19 años	17	8,54
TOTAL	200	100
	MENARCA	
	Nº	%
Adolescencia temprana 10-13 años	31	15,58
Adolescencia media 14-16 años	142	71,36
Adolescencia tardía 17-19 años	26	13,07
TOTAL	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

En la tabla se encuentra la edad de inicio de los cambios puberales que han tenido las entrevistadas. La telarca es la transformación que marca el inicio de los cambios puberales en la mujer; el 72,36% de las mujeres ha tenido el crecimiento mamario entre los 12 y 14 años. La edad promedio de aparición



son los 10 y 12 años, completando su desarrollo en aproximadamente 4 años después de su aparición. A continuación a la telarca se presenta la pubarca es por esta razón que la mayoría de las entrevistadas aseveran haber tenido la pubarca casi en la misma edad de la telarca, entre los 12 y 14 años un 76,88%, el 71,36% ha tenido la menarca a los 12 y 14 años, la menarca puede ser variable entre 1 y 5 años posteriores a la telarca es por este motivo que algunas de las personas entrevistadas 13.07% han tenidos su menarca a las 15 y 17 años. La menarca constituye el aspecto culminante del desarrollo sexual femenino.

En la tabla también se indica el inicio de la pubertad a edades muy tempranas entre los 9 y 11 años como: 25.13% telarca, 14,57% pubarca, 15,58% menarca, la mayoría de cambios puberales en determinada edad siguen una secuencialidad. En la actualidad muchas niñas experimentan cambios puberales a temprana edad, algunos especialistas que han estudiado este fenómeno planteando que el mejoramiento en la alimentación y estilo de vida que hace 20 años atrás, hace que en la actualidad la fisiología tome un giro diferente. Las niñas que tienen sus cambios puberales a muy temprana edad llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros.

TABLA N°2
DISTRIBUCIÓN DE 200 EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA
HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN EDAD.CAÑAR.2012

EDAD	Nº	%
Adolescencia media 14-16 años	19	9,5
Adolescencia tardía 17-19 años	181	90,5
TOTAL	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

En la tabla se registran 200 adolescentes entrevistadas de las cuales el 9,5% representan a adolescentes de la etapa media, el 90,5% son adolescentes en la etapa tardía.

La adolescencia es una de las etapas de mayor vulnerabilidad que tiene el ser humano, puesto que el individuo se expone inconscientemente a peligros y riesgos; enfrentándose a situaciones como: alcohol y drogas, y en la actualidad enfermedades no propias de su edad como las ITS (Gonorrea, Clamidia, VIH, etc.), en muchos casos la vida de las adolescentes se modifica por la presencia de un embarazo, esto afecta no solo su modo de vida sino su psiquis en proceso de formación. Además pone en riesgo su crecimiento ya que su cuerpo y otro organismo vivo se encuentran en desarrollo paralelo.

TABLA N°3
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN SU ESTADO CIVIL.
CAÑAR.2012

ESTADO CIVIL	Adolescencia media 14-16 años		Adolescencia tardía 17-19 años		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SOLTERA	14	7	63	31,5	77	38,5
CASADA	2	1	55	27,5	57	28,5
UNIÓN LIBRE	0	0	58	29	58	29
DIVORCIADA	0	0	2	1	2	1
VIUDA	3	1,5	3	1,5	6	3
TOTAL	18	9,5	181	90,5	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

En el estado civil de las adolescentes investigadas tenemos 18 adolescentes entre los 13 y 14 años, de las cuales 5 adolescentes disponen de cónyuge y 13 de ellas están solteras.

En cuanto a las adolescentes de la etapa tardía 113 tienen cónyuge, 63 de ellas son solteras, en un número reducido tenemos 2 divorciadas y 3 viudas. La investigación en su mayoría cuenta con personas que cohabitan con pareja.

En un adolescente tener responsabilidades propias de su edad como las tareas del colegio y obligaciones mínimas en el hogar a veces resulta una carga y molestia más aun resultara con la responsabilidad de un hogar e hijos si los hay; muchos de estos adolescentes que tienen pareja viven en la casa de los padres de alguno de ellos, estudian o trabajan, pero todavía no tienen la responsabilidad suficiente de poder enfrentar dificultades y responsabilidades que trae un hogar, de allí que numerosos matrimonios adolescentes terminan en separación, divorcio y hasta engaños. Muchos de estos matrimonios adolescentes se han visto forzados por situaciones como:



embarazos a temprana edad que obligan a la pareja de adolescentes a asumir la responsabilidad, falta de comprensión, comunicación y cariño dentro del hogar que impulsa a la adolescente a buscar el amor que no encuentra en su casa, la sensación de experimentar independencia, haciendo cosas de adultos siendo adolescente.

TABLA N°4
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTESEMBARAZADAS SEGÚN EL
NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA ADOLESCENTE Y SU PAREJA.
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ. CAÑAR. 2012

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FEMENINO		MASCULINO	
	Nº	%	Nº	%
PRIMARIA COMPLETA	54	27	81	41
PRIMARIA INCOMPLETA	20	10	5	2,5
SECUNDARIA COMPLETA	38	19	49	25
SECUNDARIA INCOMPLETA	88	44	5	2,5
SUPERIOR		0	13	6,5
NO CONTESTAN		0	47	23
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

La tabla representa el nivel de escolaridad de la adolescente y su pareja, observamos que las parejas de las adolescentes en un 13% tienen instrucción superior, un 25% tienen secundaria completa, un 41% tienen primaria completa.

La escolaridad de la mujer frente al género masculino es menor 27% tienen primaria completa, 19% secundaria completa, entre primaria incompleta y secundaria incompleta tenemos que 54% adolescentes tienen instrucción académica incompleta y mínima, ninguna de las adolescentes entrevistadas tienen instrucción superior.

Una instrucción superior académica no solo brinda mejores condiciones de vida sino aleja a la mujer y su familia de la pobreza y violencia intrafamiliar, provocando cambios como; mayor conciencia de una planificación familiar, alimentación y crianza de los hijos.

TABLA N°5
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN
RELIGIÓN DE LA PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ. CAÑAR 2012

RELIGIÓN	Nº	%
CATÓLICA	187	93,5
EVANGÉLICA	7	3,5
NINGUNA	3	1,5
OTRA	3	1,5
TOTAL	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

La religión siempre ha estado presente en el comportamiento humano de la mayoría de culturas. Y actúan como elementos máximos de integración social interna.

Muchas de las religiones enseñan valores altruistas, de allí que muchos comportamientos son dictados por la religión que profesan. En nuestro país la religión católica es la que lidera a la mayoría de habitantes es por ello que en la tabla un 93% de las adolescentes son católicas, 3,5% evangélicas y 3% de otras religiones o ninguna.

TABLANº 6

**DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
 PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD
 DE LA PAREJA. CAÑAR 2012**

EDAD	PRIMARIA COMPL		PRIMARIA INCOMPL		SECUN INCOMPL		SECUN COMPL		SUPERIOR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adolescencia media 14-16 años	3	1,5		0		0		0		0	3	1,5
Adolescencia tardía 17-19 años	28	14		0	1	0,5	18	9	3	1,5	50	25
EDAD 20-30	48	24	5	2,5	4	2	30	15	10	5	97	48,5
EDAD 31-38	2	1		0		0		0		0	2	1
NO RESPONDE		0		0		0		0		0	47	23,5
TOTAL	81	40,5	5	2,5	5	2,5	48	24	13	6,5	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
 RELAZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

La tabla indica la edad de la pareja de las adolescentes y la instrucción académica, los cónyuges adolescentes la mayoría tienen escolaridad mínima, sumando los valores de los adolescentes con primaria completa tenemos 15,5% adolescentes con baja escolaridad, y adolescentes con secundaria completa o que cursan la universidad tenemos 10,5% adolescentes, 1 adolescente tienen secundaria incompleta. La importancia de una formación académica universitaria no solo brinda un futuro mejor sino forma a la persona en valores y conocimientos, que a lo largo benefician a la persona e impactan en un futuro próximo sobre las decisiones que tome; como es formar un hogar con responsabilidad (planificación familiar y paternidad responsable).

Las jóvenes entrevistadas tienen parejas adultas, la mayoría de estas personas adultas tiene escolaridad baja, anexando valores por escolaridad tenemos 25% de personas con primaria completa, 2,5% primaria incompleta, 2% de secundaria incompleta, 15% de secundaria completa, un porcentaje mínimo tienen instrucción superior 5%. El 23,5% (47 adolescentes) no responden sobre su pareja es porque se encuentran solteras, tiene pareja o novio pero no conviven con él.

TABLA N°7

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN OCUPACIÓN DE LA PAREJA. CAÑAR 2012.

EDAD	TRABAJA		TRAB_ESTUD		ESTUDIA		NO TRAB		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADOLESCENCIA MEDIA 14-16 AÑOS	2	1		0	1	0,5		0	3	1,5
ADOLESCENCIA TARDÍA 17-19 AÑOS	28	14	1	0,5	16	8	6	3	51	26
EDAD 20_30	66	33	6	3	17	8,5	8	4	97	49
EDAD 31_38	2	1		0		0		0	2	1
TOTAL	98	49	7	3,5	34	17	14	7	153	77

FUENTE: Formulario de la entrevista
RELAIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

El análisis se basa en las 153 adolescentes que si tienen pareja.

La mayoría de las parejas de las adolescentes trabajan 49%, 3,5% de los cónyuges estudian y trabajan, el porcentaje que le sigue en orden de la tabla es 17% que estudian. Las parejas que trabajan y estudian o tan solo estudian, tienen que madurar sobre la responsabilidad de un hogar, dificultades económicas, estudiar, trabajar y llevar una familia al mismo tiempo. Si bien es cierto no todos los matrimonios jóvenes terminan en separación pero los problemas y adversidades que conlleva la vida en pareja, hace que muchas situaciones de jóvenes que se casan a una edad temprana, terminan en divorcio. La mayoría de adolescentes o de personas adultas que contraer matrimonio a temprana edad se sienten frustrados por haber consumido etapas tan maravillosas como la adolescencia donde la socialización entre amigos se priva y tienen que madurar rápidamente hacia el mundo de la responsabilidad.

Un porcentaje del 7% no trabaja ni estudia de ello 8 son personas adultas y 6 adolescentes.

TABLA N°8
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN EL NÚMERO DE HORAS Y EL SALARIO QUE RECIBEN. CAÑAR 2012.

SALARIO QUE PERCIBEN LAS ADOLESCENTES	1 - 4 horas		5 - 8 horas		> 8 horas		NO TRABAJA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%	Nº
30 USD	8	4	8	4	1	0,5			17	8,5
40 USD	4	2	8	4		0			12	6
50 USD	3	1,5	6	3	1	0,5			10	5
60 USD	1	0,5		0	1	0,5			2	1
MAS DE 60	10	5	23	12	7	3,5			40	20,5
NO TRABAJA		0		0		0	119	60	119	60
TOTAL	26	13	45	23	10	5	119	60	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

Las adolescentes que trabajan representan 41%, ellas se ven obligadas a trabajar por su situación económica, otras adolescentes son madres solteras.

Uno de los mayores salarios es 60\$ o más, que tan solo reciben el 5% adolescentes. Un adolescente que trabaja no siempre ganará un buen sueldo, la mayoría de empleadores ven su condición de menor de edad y lo explotan sin pagarle lo justo y sin darles lo que la ley establece; el 5% trabaja más de ocho horas sin percibir el sueldo básico.

El 60% de las adolescentes no trabajan ya que sus papás o hermanos solventan sus gastos, el conyuge está en capacidad de mantenerlas.

TABLA N°9
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ DE ACUERDO CON LA
INFORMACIÓN QUE TIENEN SOBRE SEXUALIDAD. CAÑAR 2012.

ESCALA DE INFORMACIÓN	ADOLESCENCIA MEDIA 14-16 AÑOS		ADOLESCENCIA TARDÍA 17-19 AÑOS	
	Nº	%	Nº	%
INSUFICIENTE 0-1	7	3,5	23	12
BAJO 2-3-4	4	2	55	28
REGULAR 5-6-7	5	2,5	74	37
SUFICIENTE 08-09-10	2	1	29	15
TOTAL	18	9	181	91

FUENTE: Formulario de la entrevista
RELAIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

En la escala insuficiente y baja de información sobre sexualidad responsable, tenemos que el 45% de las adolescentes entrevistadas tienen información deficiente o básica, esto es preocupante cuando se tienen una vida sexual activa, las adolescentes por desconocimiento se enfrentan a conductas de riesgo que pueden acarrear problemas como: ITS, embarazos no deseados. En una escala del 40% tienen conocimientos regulares, cuando se decide tener una vida sexual activa es necesario conocer sobre sexualidad y su impacto que tienen en conductas de riesgo, puesto que una sexualidad de forma irresponsable o con bajos conocimientos puede traer consecuencias que pueden afectar a lo largo de su vida.

El 16% de adolescentes dicen tener suficientes conocimientos sobre sexualidad, este porcentaje es preocupante un 85% llevan conductas de riesgo, estas conductas en muchas ocasiones es por falta de información hacia la adolescente; ya que son conductas no solo prevenibles sino modificables.

TABLA N° 10
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN EMBARAZO DESEADO Y
NO DESEADO. CAÑAR.2012.

EDAD	EMBARAZO DESEADO						TOTAL	
	SI		NO		NO CONTESTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADOLESCENCIA MEDIA 14-16 AÑOS	5	2,5	5	2,5	9	4,5	19	9,5
ADOLESCENCIA TARDÍA 17-19 AÑOS	86	43	72	36	23	11,5	181	90,5
TOTAL	91	45,5	77	38,5	32	16	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

En la tabla observamos cómo ha impactado la conducta de una sexualidad llevada con irresponsabilidad y desconocimiento, el 45,5% de las entrevistadas han tenido embarazos no deseados, una adolescente que cursa un embarazo no deseado afecta su autoestima, su desarrollo emocional puesto que al atravesar situaciones trascendentales como un embarazo que modifica su cuerpo en desarrollo, modificara también su comportamiento y responsabilidad que tienen que asumir por un bebé. Esta situación de embarazo no deseado es aun más perturbante si la adolescente ha sido abandonada por su pareja. Una adolescente por el hecho de estar embarazada no deja de ser adolescente y su comportamiento será el mismo de una joven con situaciones de rebeldía e irresponsabilidad.

Un 38,5% de adolescentes aseveran haber experimentado un embarazo deseado, pero el embarazo en la adolescente como manifestamos anteriormente siempre modificara la vida de la madre en todo sentido.

El 16% de adolescentes no contestan, evidenciado su desasosiego y malestar frente al embarazo que atraviesa.



TABLA Nº 11

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN LAS REACCIONES DE LA ADOLESCENTE Y SU FAMILIA, FRENTE AL EMBARAZO.CAÑAR 2012

EMBARAZO DESEADO																			
ESCALA DE INFORMACIÓN	SI		ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO				COMO SE SIENTE ACTUALMENTE				REACCION DE LA FAMILIA				COMO ASUME USTED EL EMBARAZO				
			SENTIMIENTOS POSITIVOS		SENTIMIENTOS NEGATIV		BIEN		FRUSTACIÓN		ACEPTACIÓN		NEGACIÓN		OBLIGACIÓN		VOLUNTAD		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
ADOLESCENCIA MEDIA 14-16 AÑOS	5	2,5	4	2	1	0,5	4	2	1	0,5	4	2	1	0,5	0	0	5	2,5	
ADOLESCENCIA TARDÍA 17-19 AÑOS	86	43	63	31,5	23	11,5	78	39	8	4	81	41	5	2,5	2	1	84	42	
TOTAL	91	45,5	67	33,5	24	12	82	41	9	4,5	85	43	6	3	2	1	89	44,5	

EMBARAZO NO DESEADO																			
ESCALA DE INFORMACIÓN	NO		ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO				COMO SE SIENTE ACTUALMENTE				REACCION DE LA FAMILIA				COMO ASUME USTED EL EMBARAZO				
			SENTIMIENTOS POSITIVOS		SENTIMIENTOS NEGATIV		BIEN		FRUSTACIÓN		ACEPTACIÓN		NEGACIÓN		OBLIGACIÓN		VOLUNTAD		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
ADOLESCENCIA MEDIA 14-16 AÑOS	14	7	3	1,5	11	5,5	4	2	10	5	11	5,5	3	1,5	10	5	4	2	
ADOLESCENCIA TARDÍA 17-19 AÑOS	95	47,5	13	6,5	82	41	15	7,5	80	40	65	32,5	30	15	76	38	19	9,5	
TOTAL	109	54,5	16	8	93	46,5	19	9,5	90	45	76	38	33	16,5	86	43	23	11,5	

FUENTE: Formulario de la entrevista
 RELAZADO POR: Las Autoras



ANÁLISIS

El embarazo no deseado en la adolescencia significa generalmente, un trastorno en el desarrollo normal de su constitución psicológica y física. De la investigación 109 adolescentes (54,5%) han tenido embarazos no deseados, producto de ello han experimentado la mayoría 46,5% sentimientos negativos que afectan su autoestima.

Un embarazo no deseado puede causar frustración, 45% de las adolescentes experimentan este sentimiento, producto de ello hace que la adolescente maltrate a su hijo o abandone al mismo. Las adolescentes que han asumido su embarazo por obligación 43% y el 11,5% de adolescentes asumen por voluntad.

La primera preocupación de una adolescente embarazada es la comunicación de su embarazo a su familia, la mayoría de estas adolescentes ocultan su embarazo hasta el máximo tiempo posible. El miedo intenso que sienten de enfrentar a sus padres, es perjudicial para el desarrollo del embarazo ya que se quita la posibilidad de un control médico temprano e imprescindible; sobre todo en un embarazo precoz, con riesgos como en este caso, por la corta edad de la madre.

El 16,5% de familias de las adolescentes han tenido reacciones adversas, tan solo un 38% de familias han podido comprender a sus hijas.

En la tabla también observamos que el 45,5% adolescentes han tenido embarazos deseados, de ellos el 33,5% han tenido sentimientos positivos y 12% de las adolescentes han experimentado sentimientos negativos. Las reacciones de la familia ante estos embarazos han sido favorables 43% de la familia han aceptado de manera buena el embarazo.

TABLA Nº12
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTESEMBARAZADAS DE LA
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA
RELACIÓN SEXUAL. CAÑAR 2012

EDAD	EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL							
	14-16 AÑOS		17-19 AÑOS		NO CONTESTA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADOLESCENCIA MEDIA 14-16 AÑOS	14	7	0	0	5	2,5	19	9,5
ADOLESCENCIA TARDÍA 17-19 AÑOS	25	12,5	139	69,5	17	8,5	181	90,5
TOTAL	39	19,5	139	69,5	22	11	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

De las adolescentes investigadas el 11% no contestan. El 12,5% de adolescentes en etapa tardía han tenido su primera relación sexual entre los 14 y 16 años, el 69,5% restante ha tenido su primera relación sexual a la edad de 17 y 19 años.

Un porcentaje reducido ha tenido relaciones sexuales a temprana edad, 7% de adolescentes han iniciado su vida sexual a los 12 y 14 años.

La actividad sexual a temprana edad conlleva mayores riesgos de adquirir enfermedades, además que a menor edad de inicio de actividad sexual mayor riesgo de tener embarazo o de adquirir ITS. La educación sexual no solo previene conductas de riesgo asociadas por desconocimiento sino retrasa la edad de inicio en la actividad sexual, puesto que la adolescente conoce los riesgos y las morbilidades desde una vida sexual activa a temprana edad.

TABLA Nº13
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN CONOCIMIENTOS Y USO
DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CAÑAR 2012

ETAPAS QUE SE ENCUENTRAN LAS ADOLESCENTES	CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				USOS DE ANTICONCEPTIVOS			
	SI		NO		SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADOLESCENCIA MEDIA 14-16 AÑOS	6	3	13	6,5	3	1,5	16	8
ADOLESCENCIA TARDÍA 17-19 AÑOS	115	58	66	33	52	26	129	65
TOTAL	121	61	79	39,5	55	27,5	145	73

FUENTE: Formulario de la entrevista
RELAIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

De las adolescentes con vida sexual activa, demuestran en la tabla tener conocimientos sobre anticonceptivos 61%, pero en la actividad sexual la mayoría de adolescentes no utiliza métodos anticonceptivos 73%.

La mayoría de los adolescentes conocen sobre anticoncepción pero son inconscientes a la hora de la actividad sexual, de allí muchos adolescentes opinan que nunca se les ocurrió que iban a ser padres a temprana edad.

En la adolescencia la sexualidad llena de prejuicios y mitos a muchos no les deja tomar decisiones apropiadas en prevención ya que ideas como: coito interrumpido, actividad sexual durante la menstruación, son ideas malfundadas en los adolescentes más bien que prevenir se exponen a riesgos.

TABLA N°14
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ DE ACUERDO A LA
COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD. CAÑAR 2012

COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD	Hablan de sexualidad		No hablan de sexualidad	
	Nº	%	Nº	%
1 Hora	28	14	45	22,5
3 a 5 Horas	16	8	24	12
Tarde	18	9	22	11
Ninguna	6	3	41	20,5
TOTAL	68	34	132	66

FUENTE: Formulario de la entrevista
RELAIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

Los adolescentes en proceso de formación y búsqueda de su identidad necesitan mayor comunicación, un 66% de las entrevistadas tienen comunicación con sus padres pero no hablan de sexualidad de este porcentaje el 23% hablan una hora que es muy poca atención para una adolescente, la adolescencia es la edad donde los jóvenes despiertan mayormente su sexualidad y la búsqueda de información por ellos es mayor; la falta de comunicación hace que muchos de estos jóvenes opten por búsqueda de información en el uso de las redes sociales sin supervisión y sin patrones de conducta que en muchos de los casos son perjudiciales para los adolescentes. La comunicación familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con el círculo social extra familiar.

El 34% de las adolescentes hablan de sexualidad, pero esta comunicación es muy escasa, el 14% que es el mayor porcentaje habla una hora, 8% habla de 3 a 5 horas, 9% habla de tarde y un 3% su conversación es esporádica.

TABLA N° 15
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ DE ACUERDO A FAMILIARES
MIGRANTES Y SU VÍNCULO DE RELACIÓN.CAÑAR 2012

RELACIÓN MIGRACIÓN	EXCELENTE		BUENA		REGULAR		MALA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PAPÁ	14	7	11	5,5	6	3	2	1	33	17
MAMÁ		0	3	1,5	1	0,5	0	0	4	2
PAPÁ Y MAMÁ	4	2	15	7,5	5	2,5	2	1	26	13
HERMANOS	9	4,5	33	16,5	6	3	3	1,5	51	26
ESPOSO		0	1	0,5	0	0		0	1	0,5
PADRES Y HERMANOS		0	7	3,5	1	0,5	1	0,5	9	4,5
PAPA Y HERMANOS	1	0,5	7	3,5	3	1,5	1	0,5	12	6
OTROS	5	2,5	15	7,5	4	2	1	0,5	25	13
NINGUNO	12	6	22	11	4	2	1	0,5	39	20
TOTAL	45	22,5	114	57	30	15	11	5,5	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

La mayoría de adolescentes investigadas han sido afectadas por la migración 80%.

Un adolescente con padres ausentes tiene mayor posibilidad de tener factores de riesgo como: alcohol, drogas, embarazos, los adolescentes buscan ser aceptados y comprendidos por el círculo de amigos que frecuentan; ya que en su hogar se sienten solos, muchos de ellos tienen sentimientos de abandono, esto hace que los adolescentes busquen afecto y comprensión en una pareja, llevándoles a conductas de riesgo en muchos de los casos. En la tabla observamos que la mayoría de adolescentes aseveran tener buena a excelente relación familiar 79,5%, un 20,5% de adolescentes no tienen buena relación familiar.

El 20% de adolescentes no se ha visto afectada por la migración

TABLA N°16
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN LA CONVIVENCIA. CAÑAR
2012

CONVIVENCIA ACTUAL	EDAD		ADOLESCENCIA TARDÍA 17-19 AÑOS	
	ADOLESCENCIA MEDIA 14-16 AÑOS		ADOLESCENCIA TARDÍA 17-19 AÑOS	
PADRES	9	4,5	37	18,5
MAMÁ	-	0	9	4,5
ABUELOS	2	1	11	5,5
TÍOS	2	1	3	1,5
PAREJA	5	2,5	112	56
HERMANOS	-	0	1	0,5
SOLA	-	0	5	2,5
OTROS	-	0	4	2
TOTAL	18	9	182	91

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

La convivencia de las adolescentes en un 23% es nuclear puesto que viven con sus padres, 59% viven con sus parejas, el 4,5% son familia mono parental, 3% son consanguíneas, un 2,5% viven solas y el 2% con otras personas no afines a la familia.

Esto evidencia que la mayoría de adolescentes viven en familias disfuncionales. El alejamiento de un adolescente de sus padres que se ha dado por migración, separación o divorcio de los progenitores, afecta la psicología de cualquier individuo que siente que en su familia hace falta un modelo a seguir y respetar.

TABLA N°17
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ DE ACUERDO AL ACCESO DE
TECNOLOGÍA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. CAÑAR 2012

DISPONIBILIDAD DE TECNOLOGÍA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN	SI		NO		TOTAL	
	Nº	Nº	Nº	%	Nº	%
Medios de tecnología	183	92	18	9	200	100

FUENTE: Formulario de la entrevista
REALIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

En la tabla observamos que 92% de adolescentes cuenta con medios tecnológicos, estos tienen gran influencia en toda la población adolescente, ya que muchos medios utilizan a jóvenes dentro de su marketing para impulsar el consumismo.

En la actualidad el internet y la televisión es mayormente usado por los adolescentes donde la mayor parte de los contenidos son eróticos, existen parejas donde se vive el momento sin mostrar valores de comportamiento alguno, de allí que la mayoría tenga un concepto distorsionado de la realidad. La influencia de los medios de comunicación ha creado un gran impacto en la vida de muchos adolescentes.

Un 18% no cuentan con mayor tecnología, al ser un área rural existe ciertos límites geográficos que restringe la señal de ciertas tecnologías como el internet.

TABLA N°18
DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA
PARROQUIA HONORATO VÁSQUEZ SEGÚN EL MALTRATO QUE SUFRE
LA ADOLESCENTE Y LA FRECUENCIA. CAÑAR 2012

TIPO DE MALTRATO	DIARIO		RARA VEZ		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
VERBAL	3	1,5	40	20	0	0
FÍSICO		0	12	6	0	0
VERBAL-FÍSICO	5	2,5	22	11	115	57,5
SEXUAL		0	3	1,5	0	0
TOTAL	8	4	77	38,5	115	57,5

FUENTE: Formulario de la entrevista
RELAIZADO POR: Las Autoras

ANÁLISIS

Anexando los valores del maltrato verbal y físico tenemos 28%, un 14% tiene los dos tipos de maltrato. El objetivo de cualquier tipo de maltrato es humillar y mostrar una situación de mayor poder y control en el otro, los golpes y actitudes hostiles hieren profundamente al adolescente hasta lastimar su autoestima. Existe un porcentaje reducido pero preocupante el 1.5% ha tenido violencia sexual, este tipo de violencia impacta de gran manera en la vida de la adolescente, necesitando ayuda profesional para superar esta adversidad.

El maltrato, la violencia doméstica, la inestabilidad del hogar, acoso y abuso sexual por parte de algún familiar e incluso de la misma pareja, pueden transformarse en causas suficientes para que una chica busque relaciones erráticas y sin futuro como una manera de librarse de sus frustraciones, decepciones y angustias. El embarazo en la adolescencia no se explica únicamente por falta de educación académica. Las adolescentes en busca de cariño y el olvido de sus problemas, hacen que se expongan mayormente a peligros.

Un 58% de adolescentes manifiestan no recibir maltrato en su hogar.

CONCLUSIONES

<p>➤ Describir las características Socio-demográficas, económicas y familiares de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de salud Honorato Vásquez.</p>	<p>De las 200 adolescentes investigadas el 38,5% son solteras, 28,5% casadas, 29% unión libre.</p> <p>El 41% de las adolescentes entrevistadas trabajan, de las cuales el 5% labora más de ocho horas diarias y perciben un sueldo mayor a 60\$.</p> <p>153 adolescentes cuentan con pareja, el 49% de los cónyuges trabaja, 3,5% estudian y trabajan y 17% tan solo estudian</p> <p>La escolaridad de las adolescentes no es buena, el 27% tienen primaria completa, 19% secundaria completa, entre primaria incompleta y secundaria incompleta tenemos que 54% de adolescentes tienen instrucción académica incompleta y mínima, ninguna de las adolescentes entrevistadas tienen instrucción superior. La escolaridad de los cónyuges tenemos que el 41% tiene primaria completa, 25% secundaria completa, 6,5 superior.</p> <p>El 66% de las entrevistadas tienen comunicación con sus padres pero no hablan de sexualidad.</p> <p>La convivencia de las adolescentes</p>
--	---



	<p>en un 23% viven con sus padres, 59% viven con sus parejas.</p> <p>El 28% tiene maltrato ya sea verbal o físico, 14% tiene los dos tipos de maltrato.</p> <p>La mayoría de adolescentes investigadas han sido afectadas por la migración 80%.</p>
<p>➤ Determinar la frecuencia de embarazos deseados y no deseados en las adolescentes que acuden al Centro de Salud de Honorato Vásquez, perteneciente al Cantón Cañar.</p>	<p>De las 200 adolescentes entrevistadas el 45,5% manifiestan que su embarazo es no deseado. El 16% de adolescentes no contestan, evidenciado su malestar frente al embarazo que atraviesa.</p> <p>Un 38,5% de adolescentes aseveran haber experimentado un embarazo deseado. La investigación ratifica los altos índices de embarazo en adolescentes, la mayoría de ellos no deseados.</p>
<p>➤ Identificar los conocimientos sobre anticoncepción y el uso de métodos anticonceptivos que tienen las adolescentes que acuden al Centro de Salud de Honorato Vásquez perteneciente al Cantón Cañar</p>	<p>De las 200 adolescentes embarazadas el 61% conocen sobre anticoncepción pero tan solo el 27,5% utiliza métodos anticonceptivos.</p> <p>Cuando una adolescente inicia su vida sexual, siempre tendrá encuentros frecuentes o esporádicos con su pareja, de allí que el 73% continua teniendo conductas de riesgo en su sexualidad.</p>
<p>➤ Describir los</p>	<p>De las adolescentes investigadas el</p>



<p>conocimientos sobre sexualidad que tienen las adolescentes que acuden al centro de salud de Honorato Vásquez perteneciente al Cantón Cañar.</p>	<p>12,5% de adolescentes en etapa tardía han tenido su primera relación sexual entre los 14 y 16 años, el 69,5% restante ha tenido su primera relación sexual a la edad de 17 y 19 años, el 11% no contesta.</p> <p>En la escala de conocimiento sobre sexualidad el 45% de las entrevistadas manifiestan tener información deficiente. El 40% tienen conocimientos regulares. Es preocupante ya las adolescentes investigadas tienen vida sexual activa.</p> <p>El 16% de adolescentes dicen tener suficientes conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción.</p>
--	--



RECOMENDACIONES

La falta de educación sexual, ha hecho que muchas adolescentes tengan conocimientos insuficientes de sexualidad, esto ha hecho que las adolescentes mayormente lleven conductas de riesgo.

Se recomienda a nivel de instituciones educativas, de salud y Organismos sectoriales promover de manera rápida y eficaz programas de salud y educación sexual donde se concienticen a padres y adolescentes y a la población en general de que los conocimientos sobre sexualidad son beneficios para los adolescentes que no solo modifica sus prácticas sexuales, sino que en muchos de los casos previene que inicien su actividad sexual a temprana edad, concientizándose que la actividad sexual debe tener un control médico, además de prevenir conductas inapropiadas y riesgos de una sexualidad irresponsable.

Implementar información en el centro de Salud del área estudiada, donde las adolescentes tengan acceso a información sobre sexualidad, además de una atención especializada en psicología adolescente, donde se pueda despejar sus dudas, evitando así que busquen información errónea.

Crear áreas exclusivas de atención para adolescentes, en donde se sientan en confianza no solo de pedir información sino de tener una atención especializada, y se maneje información estadística de adolescentes y permita conocer las mayores morbilidades no propias de su edad, creando programas de promoción, curación y prevención de embarazos, ITS.

Con el manejo de la información exacta de las adolescentes podremos enfocar mayor atención en sus necesidades como profesionales de la salud.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Morris. Charles G, Maisto Albert A. Décimo 3ra. Ed. Pearson Educación, México, 2009. Pág.: 409.
- ² Jijón Leturt. Alfredo, Dr. Sacoto Aguilar. Marco, Dr. Córdova Unda. Andrés. Alto Riesgo Obstétrico. 1ra. Ed. Ecuafontes S.A., Quito-Ecuador, 2006. Pag.: 29-33.
- ³ Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. ENDEMAIN Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. Informe Preliminar, Quito 2005
- ⁴ Ecuador/Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Disponible en: <http://www.planandinopea.org/?q=node/61>
- ⁵ Door A, Gorostegui M, Bascuñan M. Psicología General y Evolutiva. 2da. Ed. Santiago de Chile. Mediterraneo Ltda, 2008. Págs.: 275 – 277.
- ⁶ Dr. Botero U. Jaime, Dr. Juviz H. Dr. Alfonso, Henao Guillermin. Obstetricia y Ginecología Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 8va. Ed. Colombia Quebecor World- Bogotá Febrero 2004-mayo 2008.
- ⁷ Pérez Sánchez Alfredo. Obstetricia. 4ta. Ed. Editorial mediterráneo Ltda., Providencia, Santiago de Chile, 2011. Pag. 577
- ⁸ Ecuador, segundo país en América Latina en embarazo adolescente. Diario El Universo, 24 de Febrero del 2012. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>
- ⁹ Papalia D, Wendkas S, Feldman D. Desarrollo Humano. Undécima. Ed. Copy Right. 2009 by the McGraw – Hill Companies, Inc. All rights reserved, China.
- ¹⁰ Coon, D. Psicología Exploración y Aplicaciones. 8va. Ed. México. International Thomson. 1999. Págs.: 180 -186.



¹¹ Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.html.

¹²Escobar Osorio. Jaime Alberto. Ginecología.7ma.Ed. Colombia Quebecor World- Bogotá Febrero 2004-mayo 2008.

¹³Santos M. Tesis sobre Factores que predisponen a la ocurrencia de Embarazos en Adolescentes de la comunidad de Quilloac, perteneciente a la Provincia de Cañar 2011.

¹⁴ Guía de Atención de los principales problemas de Salud de Adolescentes. Crecimiento y Desarrollo Físico. Disponible en: http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia%20patalog_FH10_2_Adolescentes.pdf

¹⁵Necesidades en la Adolescencia. Disponible en: <http://www.slideshare.net/mcsalgar/necesidades-adolescentes>

¹⁶Ensayo de Psicología del Adolescente. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Ensayo-De-Psicologia-Del-Adolescente/3959495.html>

¹⁷La relación del adolescente con su familia. Disponible en: http://www.elguardianentreelcenteno.com/index.php?option=com_content&view=article&id=19:la-relacion-del-adolescente-con-su-familia&catid=5:protocolos-de-deteccion-y-actuacion&Itemid=18

¹⁸Factores de riesgo en el propio adolescente y en sus relaciones interpersonales. Disponible en: <http://www.proyectopv.org/2-verdad/factorriesgopro.htm>

¹⁹Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>

²⁰ Definición de Embarazo. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>



²¹Niñas Embarazadas. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo09.htm>

²²Dr. Ricardo Gómez Betancourt. Evolución sintomática y cambios fisiológicos del embarazo. Disponible en: <http://www.maternofetal.net/3cambios&molestias.htm>

²³EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. Prof. Dr. Juan R. Issler. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html



BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Bojanini J. Fisiología de la Gestación, Modificaciones Funcionales, Condiciones Fisiológicas, Capitulo 8. Chile S.A. 2011. Pag.: 86-92.
- 2.- Dr. Botero U. Jaime, Dr. Juviz H. Dr. Alfonso, Henao Guillerme. Obstetricia y Ginecología Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 8va. E d. Colombia QuebecorWorld- Bogotá Febrero 2004-mayo 2008.
- 3.- Coon, D. Psicología Exploración y Aplicaciones. 8va. Ed. México. International Thomson. 1999. Págs.: 180 -186.
- 4.- Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. ENDEMAIN Centro de estudios de Población y Desarrollo Social. Informe preliminar, Quito 2005.
- 5.- Escobar Osorio. Jaime Alberto. Ginecología. 7ma. Ed. Colombia QuebecorWorld- Bogotá Febrero 2004-mayo 2008.
- 6.- García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva Nº 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER)
- 7.- Jijón Leturt. Alfredo, Dr. Sacoto Aguilar. Marco, Dr. Córdova Unda. Andrés. Alto Riesgo Obstétrico. 1ra. Ed. Ecuafonts. Ltda., Quito-Ecuador, 2006. Pag.: 29-33.
- 8.- Morris. Charles G, Maisto Albert A. Décimo 3ra. Ed. Pearson Educación, México, 2009. Pág.: 409.
- 9.- Papalia D, Wendkas S, Feldman D. Desarrollo Humano. Undécima. Ed. CopyRight. 2009 by the McGraw – Hill Companies, Inc. All rights reserved, China.



10.- Pérez Sánchez Alfredo.Obstetricia.4ta.Ed.Editorial mediterráneo Ltda.,
Providencia, Santiago de Chile, 2011.Pag.577

11.- Santos M. Tesis sobre Factores que predisponen a la ocurrencia
deEmbarazos en Adolescentes de la comunidad de Quilloac, perteneciente a
laProvincia de Cañar 2011.



ANEXOS

Anexo 1 Encuesta para las adolescentes

ENCUESTA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Buenas tardes, nuestros nombres son Silvia Buñay, Marlene Domínguez, Jessica Fajardo, somos estudiantes egresadas de la Universidad de Cuenca de la Escuela de Enfermería. Estamos visitando el centro de salud para aplicar una encuesta **SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE HONORATO VÁSQUEZ DEL CANTÓN CAÑAR. 2012.** Tus respuestas serán de gran ayuda para nuestro estudio. La información que nos proporciones será estrictamente confidencial y será utilizada para fines del presente estudio.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Cuántos años cumplidos tiene usted -----

2.-Cuál es su estado civil

Unión Libre _____ Soltera _____ Casada ----- Divorciada ----- Viuda -----

3.-Cuál es su grado de escolaridad: Primaria Incompleta-----Completa -----

Secundaria Incompleta----- completa-----

4. - Edad de inicio de:

Crecimiento de los senos-----

Aparición del vello axilar y púbico -----

Edad de la primera menstruación -----

RESIDENCIA

5.- Con quién vives actualmente

Sol@-----Con mis padres -----En pareja -----

Con tus tíos-----Con los abuelitos-----Otros



6.- Qué Religión profesa: Católica_____ Evangélica _____ Otra_____ Ninguna_____

7. Influyen tus creencias religiosas en tu comportamiento sexual.

Nada ----- Poco ----- Bastante -----Mucho-----

CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

8. en una escala del 0 al 10, indica cuanto conoce sobre sexualidad

0----- 1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6----- 7----- 8----- 9----- 10

9. Cómo valoras la información sobre sexualidad adquirida por tu cuenta

Muy poca ----- mucho ----- suficiente ----- nada -----

10. La mayor parte de los conocimientos o información que tienes sobre sexualidad la has adquirido de:

Padres -----Amigos -----Pareja-----Hermanas-----

Personal sanitario -----Libros-----Profesores (colegio, instituto,...)Otras fuentes. -----

11. A qué edad tuvo su primera relación sexual_____

12 Influyeron tus amigos en tu decisión de iniciar las relaciones sexuales

SiNo(NS/NC) _____

13.conoce usted de algún método anticonceptivo

SiNo(NS/NC) _____

Si su respuesta es sí indica cuales -----

14. Crees que una chica puede quedarse embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales con penetración.

SiNoNo sabe/no contesta (NS/NC) _____



15. En qué momento del ciclo menstrual crees que es más probable que una mujer se quede embarazada.

Durante la regla----- Unos días antes de la regla----- Unos días después de la Regla-----A mitad del ciclo ----- NS/NC-----

16. Conoce usted la edad óptima de una mujer para quedar embarazada.

Sí ___ No ___

17. Cree que el embarazo es responsabilidad exclusiva de la mujer

Sí ___ No ___

SITUACIÓN FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES

19 Con quienes convive actual mente Padre___ Madre___

Ambos ___ Pareja ___ Sola___ Otros Familiares_____

20. ¿Cómo es la relación familiar con sus padres?: Excelente _____ Bueno _____ Regular_____ mala_____

21. Tiene algún familiar que haya migrado Si _____ No _____

22. ¿Quién de ellos? Papá _____ Mamá _____ Hermanos _____ Otros_____

23. Alguna persona que vive en su casa consume alcohol: Si_____ No_____

24. Cuántas horas al día se dedica a conversar con sus padres?: 1 Hora_____ Toda la Tarde _____ De 3-5 horas_____ Ninguna _____

25. ¿Conversan de sexualidad en su casa?: Si_____ No_____

26. ¿Ha recibido maltrato en su casa?: Si_____ No_____

27. ¿Qué tipo de maltrato ha recibido?: Verbal _____ Físico_____ Sexual _____ Psicológico_____

28.. ¿Cuál es la frecuencia con que recibe el maltrato?: diario_____



Rara Vez _____

29. ¿Tienen alguna norma de conducta establecida en su casa?: Si _____

No _____

Cuáles indica _____

30. ¿Su embarazo fue deseado? Si _____ No _____

31. ¿Cómo se sintió al encontrarse embarazada?: Alegre _____ Triste _____
Deprimida

_____ Con miedo _____ Temor _____

32. ¿Cómo se siente ahora? Alegre _____ Resignada _____ Rechazada _____

Frustrada _____

33. ¿Cuál fue la reacción de su familia?: Aceptó _____ Apoyó _____
Negación _____

34. ¿Cómo asume o asumió usted el embarazo?: obligación _____
Voluntad _____

Exigencia de otras personas _____

35. ¿Este niño que va a tener es él: Primero _____ Segundo _____

36. ¿Conoce usted que es planificación familiar?: Si _____ No _____

37. ¿Ha usado anteriormente métodos anticonceptivos?: Si _____ No _____

38. ¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja?: _____

39. ¿Cuál es su grado de escolaridad?: Primaria completa _____ Secundaria
completa _____ Superior _____



40. ¿Cuál es su ocupación actualmente? Estudiante -----trabaja----- no trabaja-----

CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS DE LAS ADOLESCENTES:

41. ¿Trabaja actualmente? : Si _____ No _____

42. ¿Cuántas horas trabaja usted?: 1 a 4 horas _____ 5 a 8 horas _____ más de 8 horas _____

43. ¿Cuál es el salario mensual que recibe?: 30\$ _____ 40\$ _____ 50\$ _____ más de 60\$ _____

44. ¿En su casa tiene energía eléctrica?: Si _____ No _____

45. ¿Tienes servicio de agua potable y alcantarillado? Si ----- No-----

46. ¿Tiene acceso a medios de comunicación?: Si _____ No _____ ¿Cuáles?:
indica

Gracias por tu colaboración



Anexo2 consentimiento informado para adolescentes

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ADOLESCENTES QUE DESEN PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Nosotros Marlene Domínguez, Jessica Fajardo, Silvia Buñay estudiantes egresadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, estamos llevando a cabo un proyecto de investigación titulado “ **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE HONORATO VÁSQUEZ DEL CANTÓN CAÑAR. 2012.** Usted está invitada a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Explicación del estudio

La incidencia de embarazos en adolescentes continúa en ascenso, por lo que estoy interesada en investigar qué factores sociales, familiares están asociados a dicho aumento de este problema, ya que sólo con el hecho de ser adolescente constituye un riesgo para el bebé y para la madre.

Debido a que nunca se ha hecho en esta comunidad, se realizará una investigación que contribuirá al planteamiento de un plan preventivo de estos embarazos.

RIESGOS:

El estudio no tiene riesgos.

Confidencialidad

La información será utilizada por el investigador (y los participantes en caso de solicitarlo). Cuando los datos sean registrados serán ingresados a un computador y se identificará con un código, si los resultados son publicados no se incluirá nombres de los participantes



Derecho de información

Usted no está obligada a participar en este estudio, su participación debe ser voluntaria, además podrá retirarse del estudio en el momento que desee.

Aclaraciones

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntario.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación a participar.
- No tendrá que hacer gasto alguno.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad.

Responsable: Marlene Domínguez y Jessica fajardo, Silvia Buñay

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidos de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundido con fines académicos. Convengo en participar en esta investigación.

FIRMA



Anexo3 Operacionalización de Variables

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Características gineco-obstétricas	Descripción de la adolescente en forma general del aspecto gineco-obstétrico.	Menarquía Telarca Puvarca	Edad de inicio	<ul style="list-style-type: none">• Numérica
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista	Edad en años cumplidos	Año de nacimiento expresado por el entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Numérica
Estado civil	Condición jurídica de una Persona		Soltera, Casada Unión libre Divorciada Viuda	<ul style="list-style-type: none">• Si• No
Nivel de escolaridad	Grado de escolaridad de la Adolescente y de su pareja, que les permite saber leer y escribir.		Años aprobados	<ul style="list-style-type: none">• Analfabeta• Primaria• completa o• incompleta• Secundaria
Religión	La religión es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado ,	Creencia religiosa	Respuesta del entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Católica• Evangélica• Otra



	de tipo existencial, moral y espiritual.			<ul style="list-style-type: none">• Ninguna
Datos del compañero	Descripción de la edad, ocupación y escolaridad del compañero sexual o pareja de la adolescente embarazada.		<ul style="list-style-type: none">• Edad en años• Ocupación• Escolaridad	<ul style="list-style-type: none">• Numérica• Estudiante• Trabaja• No trabaja• Primaria completa• Primaria incompleta• Secundaria• Superior
	Cuentan con alcantarillado	Servicio de alcantarillado (aguas negras)	Respuesta del entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Si• No• No se
Situación familiar	Relación que existe entre la familia con la adolescente.		Relación familiar. Migración.	Excelente. Bueno. Regular. Malo. Papá. Mamá. Hermanos.



			Alcoholismo.	Si No Si No
			Educación sexual.	Si No
			Violencia familiar.	Si No
			Comunicación familiar.	Si No
			Apoyo familiar.	Si No
			Reglas de conducta.	Si No
Sexualidad	Es el conjunto de condiciones <u>anatómicas, fisiológicas</u> y psicológico-afectivas que caracterizan el comportamiento sexual de cada individuo. La sexualidad y sus dimensiones están en el centro de la	Opinión de que si el entrevistado maneja la información suficiente en el tema de sexualidad	Escala numérica que expresa el entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4



	vida humana y por consiguiente, en el centro de la cultura.			<ul style="list-style-type: none">• 5• 6• 7• 8• 9• 10
Influencia de tecnología y Medios de comunicación	Efecto positivo o negativo que tiene la televisión, internet, videos y revistas sobre la conducta sexual de las adolescentes	Respuesta del entrevistado	Internet Televisión Radio Revistas Tv cable Teléfono Periódicos Libros	<ul style="list-style-type: none">• Si• No• Ninguno
Embarazo deseado o no deseado	Nivel de satisfacción o desilusión del adolescente al encontrarse embarazada	Opinión de como la adolescente asume el embarazo	<ul style="list-style-type: none">• Como se sintió al encontrarse embarazada.	<ul style="list-style-type: none">• Alegre• Triste• Deprimida• Con miedo• Angustia• Temor
			<ul style="list-style-type: none">• Cómo se siente ahora	<ul style="list-style-type: none">• Alegre• Resignada• Frustrada



				<ul style="list-style-type: none"> • Rechazada • Arrepentida
			<ul style="list-style-type: none"> • Reacción de sus familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación • Apoyo • Negación
			<ul style="list-style-type: none"> • Cómo asume el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Por voluntad propia • Exigencia de alguna persona • Obligación
Métodos anti conceptivos	Método que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones de control de la natalidad, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad.	Opinión acerca si a utilizado algún método anticonceptivo	Respuesta del entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No se
Relaciones sexuales	La relación sexual, es el conjunto de comportamientos afectivos, <u>eróticos</u> que realizan dos o más personas y que en algún caos suele incluir uno o varios coitos.	Opinión del entrevistado sobre qué piensa de las relaciones prematrimoniales	Respuesta del entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Es malo • Es apresurado • Es una experiencia mala
la primera relación sexual	Tiempo cronológico del inicio de la vida sexual activa de una persona	Opinión del entrevistado sobre	Respuesta del entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Numérica



		la edad en la que tuvo su primera relación sexual (penetración)		
--	--	---	--	--