



RESUMEN

Objetivo: Se determinó los factores de riesgo que predisponen el embarazo en las adolescentes embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital “Moreno Vázquez” del Cantón Gualaceo, en el período de Marzo-Junio 2011.

Métodos, Material: Un estudio descriptivo, de corte transversal que determina el número y porcentaje de mujeres embarazadas. La muestra estuvo constituida por 75 adolescentes embarazadas con edades comprendidas entre 13 a 19 años.

Para la tabulación de los datos se aplicó el programa de SPSS y Excel, los resultados son presentados en tablas simples y gráficos: barras simples con frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: el 69,30% de adolescentes embarazadas se encuentran en la Adolescencia Tardía (17-19 años), un 60,00% inician su actividad sexual en la Adolescencia Media (14-16 años), viven en Unión Libre el 58,60%, según el nivel de Escolaridad 25,32% de adolescentes culminaron sus estudios primarios el 49,32% tienen inconcluso sus estudios secundarios, el 50,70% no tiene conocimiento sobre planificación familiar y el 70,70% nunca usó métodos anticonceptivos.

Conclusión: Las adolescentes embarazadas investigadas, son un grupo de alto riesgo, debido a que encontramos una serie de factores que predisponen al embarazo en adolescentes, entre ellos tenemos: inicio temprano de actividad sexual, nivel de educación bajo, falta de educación sexual, etc. las mismas que producen consecuencias psicológicas que deben enfrentar.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PALABRAS CLAVE: Embarazo en adolescencia-psicología; Factores de riesgo; Actividad sexual-psicología; Educación-estadísticas y datos numéricos; Educación sexual-estadísticas y datos numéricos; Adolescente; CantónGualaceo- Ecuador.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



ÍNDICE

Responsabilidad

Resumen

Agradecimiento

Dedicatoria

Índice

CAPÍTULO I

1.1 Introducción

1.2 Planteamiento del Problema

1.3 Justificación

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 La Adolescencia

2.1.1 Definiciones

2.2 Pubertad_

2.2.1 Fisiología de la Pubertad

2.3 Población Adolescente

2.3.1 A Nivel Nacional

2.3.2 A Nivel Regional

2.3.3 A Nivel Azuay_

2.3.4 A Nivel de Gualaceo

2.4 Clasificación de la Adolescencia

2.4.1 Adolescencia Temprana

2.4.2 Adolescencia Media_

2.4.3 Adolescencia Tardía

2.5 Características de las/los Adolescentes

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE

CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



- 2.5.1 Época de Cambios
- 2.6 Cambios en la Adolescencia
 - 2.6.1 Físicos
 - 2.6.1.1 En el Hombre
 - 2.6.1.2 En la Mujer
- 2.7 Factores de Riesgo
 - 2.7.1 Factores Individuales
 - 2.7.2 Factores Biológicos_
 - 2.7.3 Factores Psicosociales
- 2.8 Crisis de la Adolescencia
 - 2.8.1 Aparición de la Crisis
- 2.9 Desarrollo Psicosocial_
- 2.10 Programas o Políticas de salud que amparan a los/las Adolescentes
- 2.11 El Embarazo
 - 2.11.1 Definiciones_
- 2.12 Embarazo en la Adolescencia
 - 2.12.1 Definiciones
- 2.13 Factores de Riesgo
 - 2.13.1 Socioculturales
 - 2.13.2 Familiares
 - 2.13.3 Institucionales
 - 2.13.4 Migratorios
- 2.14 Comparación de los cambios que se producen entre la adolescente gestante y no gestante
 - 2.14.1 Físicos
 - 2.14.2 Psicológicos
 - 2.14.3 Sociales
- 2.15 Consecuencias en Adolescentes Embarazadas_
 - 2.15.1 Físicas
 - 2.15.2 Psicológicas
 - 2.15.3 Sociales

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



2.16 Políticas que amparan a la mujer embarazada y a la adolescente embarazada

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

3.1 Diagnóstico institucional del Hospital “Moreno Vázquez” del Cantón Gualaceo

3.2 Datos Históricos

3.3 Datos Generales

3.4 Límites Geopolíticos

3.5 Objetivos

3.6 Misión

3.7 Visión

3.8 Condiciones que rodean la institución

3.8.1 Infraestructura Sanitaria

3.9 Estructura Organizacional Actual

3.10 Proyectos y Programas que cuenta el hospital

3.11 Planta Física

3.12 Organización Administrativa

3.13 Ambiente físico, espacios, usos, servicios

3.14 Distribución del personal médico, enfermería y administrativo y sus funciones

3.15 Producción de Servicios

CAPÍTULO IV

4.1 Objetivos

4.2 DISEÑO METODOLÓGICO

4.2.1 Tipo de investigación

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE

CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



- 4.2.2 Universo
- 4.2.3 Muestra
- 4.2.4 Unidad de Análisis
- 4.2.5 Técnicas de Investigación
- 4.2.6 Instrumentos de Investigación
- 4.2.7 Plan de Tabulación y Análisis Estadístico
- 4.2.8 Criterios de Inclusión
- 4.2.9 Criterios de Exclusión
- 4.2.10 Implicaciones Éticas
- 4.2.11 Consentimiento Informado
- 4.2.12 Variables

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

- 5.1 Tabulación y Análisis de Datos

CAPÍTULO VI

- 6.1 Conclusiones
- 6.2 Recomendaciones
- 6.3 Referencia Bibliográfica
- 6.4 Bibliografía Consultada
- 6.5 Anexos

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



UNIVERSIDAD DE CUENCA

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

**“FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN LA OCURRENCIA
DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “MORENO VÁSQUEZ”
DEL CANTÓN GUALACEO 2011”**

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

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ

DIRECTORA:

MGS. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ

ASESORA:

LCDA. SORAYA MONTAÑO PERALTA

**CUENCA – ECUADOR
2011**

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

Los criterios e ideas vertidas en la presente investigación; son responsabilidad exclusiva de las autoras.

LIVIA BALDOMIRA CASTRO MATUTE
C.I. 0104951090

CLAUDIA CECILIA CHOCHO PELÁEZ
C.I. 0105451033

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



AGRADECIMIENTO

Agradecemos especialmente a Dios Todopoderoso por iluminar nuestro sendero día tras día de nuestras vidas.

Al personal Docente de la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Cuenca por sus sabios conocimientos otorgados y experiencias durante estos años de formación.

A las Licenciadas: Mgs. Adriana Verdugo Sánchez, Directora de Tesis y Lcda. Soraya Montaña Peralta, Asesora; por su valiosa colaboración y orientación en la elaboración de esta tesis.

Al personal del Hospital "Moreno Vázquez" del Cantón Gualaceo y a las adolescentes embarazadas, quienes hicieron posible de esta manera la culminación de nuestra carrera



DEDICATORIA

A Dios ser único y bondadoso por darme las virtudes y fortalezas necesarias para salir siempre adelante y por haberme iluminado en cada paso de mi vida estudiantil.

A mis queridos padres: Manuel y Carmelina porque solo con haberme dado el privilegio de vivir se merecen todo mi respeto y amor, porque con su comprensión, apoyo incondicional, y sacrificio lograron que se cumpla uno de mis sueños más anhelados.

A mi hijo Benjamín y esposo: por estar conmigo en las buenas y en las malas apoyándome siempre, quienes con su ternura, cariño y afecto están a mi lado todos los días de mi vida.

A todos los que me apoyaron mil gracias.....

LIVIA



DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la oportunidad de vivir y cumplir una de mis metas en la vida.

A mis queridos padres: Rómulo y Carmen que gracias a sus consejos sabios me han impulsado a seguir adelante; a mis hermanos que con gran sacrificio, amor, comprensión y apoyo han permitido el poder llegar a obtener lo más deseado, un título universitario.

A mi hija Danna Paola que con inocencia y ternura constituye uno de los pilares fundamentales de mi vida.

Gracias infinitas.....



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante que involucra a las//los adolescentes que tienen que abandonar sus estudios y hogares, limitando sus proyectos de vida; son los factores pre existentes los que han determinado un incremento en proporción considerable de mayor incidencia en este grupo etáreo, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores urbanomarginales, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Según la OMS la adolescencia es una etapa de transición vulnerable de los seres humanos que transcurre entre los 10 y los 19 años. Se considera una de las etapas críticas de la vida a consecuencia de los cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Su proceso evolutivo en todas sus dimensiones crea una nueva concepción del mundo y da origen a nuevos estilos de vida.

Se trata de un momento en la vida del ser humano que pone de manifiesto, la importancia de los factores sociales y biológicos que ayudan a organizar su plan de vida presente y futura, se integra a otros grupos sociales, elección de amigos constituyendo la parte integral en su formación. El proceso biológico, hormonal y la carencia de información en sexualidad, salud sexual y reproductiva determina un incremento de embarazos no deseados, por lo que en esta etapa este grupo etáreo se considera en capacidad para concebir y procrear, las/ los adolescentes sienten curiosidad y se interesan por personas del sexo opuesto. Es necesario impartir y difundir información clara sobre salud sexual y reproductiva desde la etapa escolar relacionándola no solo con la reproducción sino con la parte afectiva, social y roles, para que comprendan las responsabilidades y deberes de lo que significa la paternidad.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE

CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



La presente investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo que predisponen a la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital “Moreno Vásquez” del Cantón Gualaceo perteneciente a la Provincia del Azuay 2011.

Este estudio está constituido por seis capítulos, en los que se describen la información recolectada y datos de análisis referidos en la investigación.

En el capítulo I se encuentra la Introducción, Planteamiento del Problema y Justificación.

En el capítulo II contiene el Marco Teórico, sustento lógico que se fortaleció, con la revisión de teorías explicativas.

En el capítulo III, consta el Marco Referencial del Hospital “Moreno Vásquez” del Cantón Gualaceo en que resalta la reseña histórica, y el lugar en donde se realizó la atención a las adolescentes embarazadas.

En el capítulo IV, está Objetivos y Diseño Metodológico en el que se describe el proceso utilizado en la investigación, tipo de estudio y las técnicas de investigación.

En el capítulo V, se realiza la presentación, tabulación y análisis de la información recolectada a través de las encuestas sobre los factores que predisponen al embarazo en adolescentes.

En el capítulo VI, se encuentra las conclusiones, recomendaciones, en donde resaltan los resultados obtenidos en la investigación. La bibliografía sustentada en la teoría explicativa. Finalmente se anotan los anexos (formularios) utilizados en la investigación



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Cantón Gualaceo, perteneciente a la provincia del Azuay, cuenta con una población aproximada de 18339 personas, El 27,7% de su población, reside en el área urbana; se caracteriza por ser una población joven, los hombres de 10 – 14 años representan el 50.02% y de 15 - 20 años 44.84%, las mujeres 10- 14 años representa un 49.98% y de 15- 20 años 55.16%.

El fenómeno migratorio, afecta a gran parte a los habitantes del Cantón Gualaceo.

Según los datos del último censo de población 2.010, durante los últimos 5 años (a partir de noviembre de 2005), salieron de Gualaceo (cabecera cantonal y periferia) yaún no retornan 1.644 personas, distribuidos en 1.167 hombres y 477 mujeres; los principales países de destino son Estados Unidos con el 92 por ciento, España con el 6 por ciento; y, el 2 por ciento restante, migraron a otros países.

En los últimos tiempos se ha incrementado los embarazos en adolescentes, consideramos que una de las principales causas es la migración y la falta de educación sexual, por que los jóvenes se quedan solos y algunas mujeres (adolescentes) asumen el papel de padres y madres para sus hermanos menores, también puede ser que la madre de la adolescente encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, por lo que asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por lo tanto, desatienden aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene más que delegar esas responsabilidades a las adolescentes.

También se contribuye a la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está desvalorizado; las adolescentes de comunidades pobres y reprimidas poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven en la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE

CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



1.3 JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual. El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son hechos frecuentes y experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres y las adolescentes jóvenes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

En el Ecuador las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, se establecen registros en hospitales, centros de salud con tendencia al incremento en proporción siendo la más alta en la subregión andina. A nivel de la provincia del Azuay en los últimos dos años la fecundidad en mujeres de 14 a 19 años representa el 71.6%; de estas jóvenes mujeres el 43.0% son primigestas.

Según datos obtenidos durante el año 2010 acudieron al Hospital "Moreno Vázquez" un total de 228 gestantes cuya frecuencia en edad oscila entre 15 a 19 años, las mismas que residen en este sector del cantón Gualaceo, los registros y aumentos de la maternidad adolescente, se presentan en grupos socioeconómicos bajos, en mujeres con menor nivel educativo y adolescentes sin conocimiento de planificación familiar.

El embarazo en la adolescencia conlleva a una alta probabilidad para gestantes subsecuentes y contraer infecciones de transmisión sexual. Esta situación se marca dentro de las normas socio-culturales caracterizada por la desigualdad de géneros, que influye en la salud integral de las / los adolescentes, quienes presentan menores tasas de ocupación y la gran mayoría trabaja en empleos de baja productividad, con bajos salarios, sin cobertura de la seguridad social y limitaciones en el crecimiento personal.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Actualmente es un problema de salud pública, que tiene la necesidad de implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, por ello el principal desafío de quienes hacemos salud es; establecer estrategias que permitan una actuación no solo en el plano de la enfermedad, sino básicamente en la prevención primaria y promoción de la salud de las/los adolescentes, situación que permite mejorar la calidad de vida. La influencia de factores predominantes y asociados como un menor acceso a servicios básicos, la pobreza, abandono, la migración, el maltrato, las relaciones sexuales a temprana edad, la falta de conocimiento a lo que se refiere planificación familiar y métodos anticonceptivos dan origen al embarazo en adolescente lo cual determina riesgos para la futura madre, los mismos que aumentan considerablemente en adolescentes menores de 19 años.

La incidencia de embarazos se relaciona directamente con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información y educación sobre sexualidad. Además la educación impartida no solo debe ampliar las aspiraciones de las/los adolescentes sino potenciar su posibilidad de inserción productiva, contribuyendo a la preparación para el ejercicio del derecho a una sexualidad saludable, plena y segura.

A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres, este grupo poblacional es el menos expuesto a mensajes de planificación familiar, carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevención del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos. Por lo antes expuesto y considerando que es un tema de relevancia para la mujer, niño, madre, familia, y sociedad. Se decidió este estudio para obtener datos estadísticos y reales sobre los factores que influyen para que se dé un embarazo en adolescentes situación que nos permitió culminar nuestro estudio.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 LA ADOLESCENCIA

2.1.1 DEFINICIONES

La OMS define a la adolescencia como “el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica” entre los 10 y 20 años. Determina la adolescencia al periodo evolutivo del individuo que empieza con la pubertad y termina al iniciarse la vida adulta. Es un periodo en el que experimentan importantes modificaciones físicas y psíquicas para llegar a ser adulto. ⁽¹⁾

“La adolescencia es el periodo de mayor vulnerabilidad no solo por las características propias, porque al llegar a ella, afloran todos los conflictos que hasta el momento habían permanecido estables o las deficiencias acumuladas durante el proceso de maduración....”⁽²⁾

En esta etapa de vida del ser humano ocurren cambios biológicos, psicológicos, somáticos, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto; en los modos de ser, en las ideas, gustos, inclinaciones, y afectos.

Es importante conocer que la adolescencia; se considera una de las etapas más críticas de la vida humana debido a que el adolescente ya no es un niño pero tampoco es un adulto, es una edad de opciones ya que debe elegir sus estudios, su profesión, sus primeros romances, etc.

¹Odrizola.B “Enciclopedia de los Padres de hoy”. Ser Padres de un Adolescente. Impreso en Colombia. Bogotá. D.C. – 2004.

²Zimmermann, M.” Sexualidad Programa Educativo Infancia y Adolescencia”, Madrid-España. Cultural.S.A.1996.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE

CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Tiene que individualizarse, establecer confianza en sí mismo, descubrir sus propias capacidades, y adoptar importantes decisiones relativas a su futuro. Su proceso evolutivo en todas sus dimensiones, originan nuevos estilos de vida, crea una nueva concepción del mundo y sus valores, de las relaciones interpersonales y del sentido de la existencia.

“Aunque no todos los adolescentes manifiestan las mismas reacciones, pero comparten un cierto número de experiencias y problemas, como son: aceleración del crecimiento físico, cambios en las dimensiones corporales, cambios sexuales, mayor desarrollo de la habilidad cognoscitiva, problemas de identidad, etc.”

2.2 PUBERTAD

Es la manifestación biológica de la adolescencia, en la que ocurre cambios morfológicos y fisiológicos que comprometen a todos los órganos y estructuras corporales tales como: el desarrollo de las gónadas y órganos reproductores, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, impulso del crecimiento, los cambios en la estatura corporal y culmina con la capacidad de reproducirse.⁽³⁾

2.2.1 FISIOLÓGÍA DE LA PUBERTAD

El inicio de la pubertad implica una serie de cambios neurohormonales que comienza a los 10 años y termina a los 18 o 19 años. El desarrollo sexual resulta de la interacción del sistema nervioso central, el hipotálamo, el adenohipofisis y las gónadas (órganos sexuales).

Al recibir el estímulo hipotalámico, la hipófisis libera la hormona folículo estimulante FSH y la hormona luteinizante LH. En el varón actúa sobre las gónadas primitivas que se encuentran en el testículo, promoviendo su desarrollo y estimulando la espermatogénesis. La luteinizante en cambio

³Ordoñez. J “Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil” Cepar. Quito- Ecuador 2005.



desarrolla y diferencia las células de Leydig que ante este estímulo produce testosterona.

En la mujer la FSH estimula la secreción de estradiol que actúa a nivel de los folículos primordiales que se encuentran en los ovarios y con la presencia de la hormona luteinizante uno de los folículos más maduros se transforman en óvulo femenino, esta hormona se secreta de manera cíclica e interactúa con la FSH para controlar el ciclo menstrual.

2.3 POBLACIÓN ADOLESCENTE

2.3.1 A NIVEL NACIONAL

La Población del Ecuador según grupos etáreos y de acuerdo al censo 2010 es: de 0 a 5 años de edad un total de 1.599.720 habitantes; de 5 a 14 años de edad; 2.440.300 habitantes; de 15 a 64 años de edad es de 8.166.588 habitantes.

Según el SIISE 2009 en el Ecuador las mujeres de 15 a 24 años de edad representan el 38% de la población adolescente en edad fértil, las cifras determinan que el 44% se encuentra en la región del litoral, el 50.7% corresponde a la sierra y un menor porcentaje en la región amazónica.

”Es necesario señalar que a pesar del flujo migratorio del 0,52%; la población adolescente ecuatoriana alcanza un incremento de 1,9% anual, ya que el 35% de habitantes tiene entre 15 a 17 años de edad, independiente de otros grupos de edad” (4)

⁴Indicadores SIISE – Si Mujeres



2.3.2 A NIVEL REGIONAL

La población de adolescentes entre 10 a 19 años representa un 20.69%; en relación a la población total, la misma se encuentra distribuida así: el Litoral y la Región Insular alcanza cifras del 1.421.311 habitantes, Sierra 1.211.310 habitantes y más de 102.200 habitantes viven en la región Amazónica, en razón al lugar de su vivienda un 63.40% corresponde al área urbana y un 36.59% pertenece a la zona rural. ⁽⁵⁾

De este grupo poblacional la mayoría abandonaron los estudios, trabajan en las calles y están expuestos a riesgos de maltrato, agresiones, etc. Es importante considerar que su distribución es irregular ya que el polo de mayor concentración es Guayaquil y su área metropolitana, y el distritito metropolitano de Quito, esto se debe al proceso de migración interna.

2.3.3 A NIVEL DEL AZUAY

Según el INEC, Censo de Población 2010 en la Provincia del Azuay residían cerca de 244.000 personas menores de 18 años. Este grupo de edad representa el 41% de la población. Los niños (as) y adolescentes de la provincia están distribuidos casi por igual entre las ciudades y el campo.

Entre el año 2001 - 2010, el número de niños (as) aumentó en 12.500 habitantes; es decir, creció en 15%, este aumento es principalmente de adolescentes. Los datos del INEC, Censo 2010; indica que 24.340 adolescentes de 12 a 17 años no estudian y unos 11.129 adolescentes trabajan y no estudian. La población adolescente de entre 12 a 17 años de edad en este mismo año en la provincia del Azuay fue de 81.470 representando más del 14% de habitantes.

⁵Borja. T. "Sexualidad: diversidad y procesos de desarrollo" CECAFEC (Centro Ecuatoriano de Capacitación y Formación de Educadores de la Calle) Quito-Ecuador, 2da Edición.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



En la provincia del Azuay existen 13.087 niños (as) y adolescentes comprendidos entre edades de 5 a 17 años; de este grupo poblacional el 54% de niños (as) y adolescentes del Azuay pertenece a hogares que no han logrado satisfacer sus necesidades de vivienda, salud, educación y empleo.

2.3.4 A NIVEL DE GUALACEO

En los últimos tiempos ha habido un incremento de la población juvenil, según las cifras del último censo de población, en Gualaceo habitan 3.105 jóvenes entre 13 y 15 años. Cantidad importante de adolescentes que desafortunadamente ha sido desatendida por años por parte de gobiernos locales e instituciones vinculadas al tema de juventud.

2.4 CLASIFICACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia se divide en tres etapas:

2.4.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 A 13 AÑOS)

Denominada etapa pre – adolescente, caracterizada por los cambios fisiológicos que experimenta en forma progresiva fundamentalmente de la reestructuración de su imagen corporal, los mismos que provocan incertidumbre.

La relación que mantiene “ahora” con sus padres le permite participar y tomar sus propias decisiones pero aún con dependencia.

2.4.2 ADOLESCENCIA MEDIA (14 A 16 AÑOS)

Determinado por la adolescencia propia de este periodo, el patrón de identidad sexual se establece y es evidente la atracción al sexo opuesto.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



También es común que el adolescente comienza a ser más independiente ya que para su formación dependerá de la influencia del medio externo en que se desenvuelve.

2.4.3 ADOLESCENCIA TARDÍA (17 A 19 AÑOS)

Fase final la misma que concluye después de cumplido los 20 años de edad, en esta etapa alcanza su altura y peso de adulto.

Además se consolida la personalidad y el adolescente se integra al medio y se centra principalmente en la reestructuración de sus relaciones; en el aspecto familiar, de pareja y social.

El adolescente llega a la adultez y forma su propia identidad según distintos valores, normas, amigos, etc.

“Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, para comprender los fenómenos, que experimenta todo ser humano durante el desarrollo evolutivo considerando sus variaciones individuales y culturales que se manifiestan en orden dinámico y secuencial; es decir cada cambio es producto de otro anterior, por ello este proceso facilita interpretar las actitudes y comprender a los y las adolescentes”⁽⁶⁾

2.5 CARACTERÍSTICAS DE LOS/LAS ADOLESCENTES

2.5.1 ÉPOCA DE CAMBIOS

La adolescencia constituye uno de los periodos más críticos en el desarrollo humano, debido a que los/las adolescentes comienza a experimentar una serie de modificaciones definitivas durante toda la vida relacionados con el

⁶Ordoñez. J “Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil” Cepar. Quito- Ecuador 2005.



crecimiento, desarrollo y maduración, transformando al niño de dependiente a un adulto independiente con autonomía física, social y emocional.⁽⁷⁾

A continuación se aclara tres términos importantes:

Pubescencia

Es el periodo que acontece de un año aproximadamente a la pubertad. Se caracteriza por una aceleración en el ritmo de crecimiento físico y por el término de latencia de crecimiento, secuencial a este proceso se producen cambios faciales y corporales, la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios.

Pubertad

Momento en la vida en el que comienza a manifestarse la madurez sexual caracterizada por una serie de cambios biológicos y fisiológicos.

En las mujeres con la aparición del primer ciclo menstrual o menarquía y en los varones por diversos signos, el principal la presencia de espermatozoides en la orina.

Generalmente se establece como edad de la pubertad, los 12 años para las mujeres y los 14 años para los varones. Considerando las amplias diferencias individuales como la raza, clima, condiciones socio – económicas y la alimentación.

⁷Ordoñez. J “Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil” Cepar. Quito- Ecuador 2005.



Adolescencia

Comienza con el rápido crecimiento de la pubertad y termina en la edad adulta, cuya expectativa de mayor interés del individuo es alcanzar la plena madurez física.

2.6 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA

2.6.1 FÍSICOS

Durante el periodo de la adolescencia se producen cambios físicos relacionados con el crecimiento en estatura, peso y proporciones del cuerpo, también aparecen los caracteres sexuales secundarios.

2.6.1.1 EN EL HOMBRE

La masa corporal total se duplica durante la adolescencia. La masa muscular muestra un incremento sostenido desde la iniciación de la pubertad hasta el término de la adolescencia, siendo cuantitativamente mayor en el varón que en la mujer.

La disminución de grasa es mayor notándose en el pico en la velocidad de crecimiento. Desarrollo del sistema cardiovascular y respiratorio con incremento de la fuerza y resistencia.

Conforme avanza el desarrollo puberal se observa ensanchamiento de la espalda y de los hombros, disminución del perímetro antero-posterior del tórax, disminución de la cadera y de la cintura, aparece la masa muscular a nivel de las extremidades superiores e inferiores.

Además de lo indicado anteriormente se produce la madurez sexual que para la evaluación se fundamenta en el desarrollo de los caracteres sexuales

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



secundarios (genitales externos, vello púbico, axilar facial y cambio de voz), del desarrollo testicular y de la eyaculación.

La primera manifestación de la pubertad en el sexo masculino es el crecimiento de los testículos como resultado de los conductos seminíferos, cuyo aumento va seguido del apareamiento del vello púbico y de crecimiento del pene.

El crecimiento testicular: antes de la pubertad se encuentra volúmenes de 1, 2 y hasta 3 milímetros, un volumen de 4 o más indica que la pubertad ya comienza y los superiores a 12 pueden considerarse como adultos.

El vello axilar aparece generalmente dos años después de que aparece el vello púbico, va seguido de la aparición del vello facial y luego del resto del cuerpo.

Los cambios de voz surgen generalmente en fase avanzada del desarrollo genital. Los genitales internos (próstata, vesículas seminales, etc.) muestran un crecimiento acentuado a partir del comienzo del desarrollo testicular. La eyaculación corresponde a una edad avanzada de maduración.



DESARROLLO DE LOS GENITALES EXTERNOS Y DEL VELLO PÚBICO SEGÚN GRADOS DE TANNER EN EL VARÓN

CUADRO N°1 GENITALES EXTERNOS

Estadio G1	Pene, testículos y escroto de tamaño infantil
Estadio G2	Aumento del tamaño de los testículos y del escroto, piel del escroto, aumenta la longitud del pene.
Estadio G3	Continúa aumentando el tamaño de los testículos y el escroto, aumenta la longitud del pene.
Estadio G4	Continúa el aumento de los testículos y del escroto. Aumenta la longitud y diámetro del pene pigmentación de la piel del escroto.
Estadio G5	Órganos genitales propios de una persona adulta por su tamaño como su forma.



CUADRO N°2 VELLO PÚBLICO

Estadio P1	No hay vello púbico
Estadio P2	Crecimiento disperso de vello largo, fino, ligeramente pigmentado, liso ligeramente pigmentado en la base del pene.
Estadio P3	Vello más pigmentado, más denso, más rizado que se extiende por la sínfisis púbica.
Estadio P4	Vello de tipo observado en una persona adulta, pero en menor cantidad.
Estadio P5	Vello de tipo observado en una persona adulta, tanto por su tipo como por su cantidad.

FUENTE: BEGOÑA, Odriozola. “Enciclopedia de los Padres de hoy” Ser Padres de un adolescente. Bogotá. D. C.

AGUSTÍN, Sivisaca. “Psicología del Adolescente” Loja-Ecuador.2000.

El aumento de estatura se da al iniciarse el desarrollo genital (G2) el adolescente mantiene una velocidad constante de crecimiento (5 a 6 cm. y 2 a 3 Kg por año). La fase de aceleración de crecimiento comienza un año después, cuando el adolescente se encuentra en el estadio G3, la velocidad máxima de crecimiento coincide con el estadio G4, va seguido de una desaceleración gradual en el G5. En condiciones normales durante la pubertad se produce el crecimiento de la mama masculina denominada ginecomastia benigna del adolescente.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



2.6.1.2 EN LA MUJER

La cantidad de grasa corporal aumenta notablemente. La maduración sexual femenina se determina por el desarrollo de los senos, la aparición del vello púbico y axilar y la menarca (primera menstruación), la pelvis sufre un cambio al ensancharse a expensas del tejido adiposo que aumenta notablemente y que empieza su redistribución.

LOS OVARIOS

Aumenta de tamaño considerablemente durante los años que preceden de la menarquía alcanzando a 6 gramos en el primer periodo menstrual. En la etapa previa a la primera menstruación un número de folículos crece a gran tamaño pero la mayoría involucionan por lo que puede presentarse ciclos anovulatorios durante las primeras menstruaciones.

EL ÚTERO

Empieza a crecer su crecimiento se a producido por proliferación miometrial con muy poco desarrollo del endometrio. Cerca de la menarquía el epitelio cervical produce abundante secreción clara que tiene a formar filamentos y que es inicio de la estimulación estrogénica. Durante la adolescencia el crecimiento del útero es mayor en el cuerpo que en el cuello.

LA VAGINA

Tiene aproximadamente 4 cm de longitud, incrementa de medio a un centímetro durante la niñez. El crecimiento comienza después de la aparición de los caracteres sexuales secundarios y continúan hasta la menarquía, llegando a una longitud promedio de 15 cm. La mucosa vaginal tiene muy poco influjo estrogénico y su coloración es rojiza al inicio, luego la mucosa vaginal se engruesa.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Los cambios citológicos en el epitelio vaginal comienzan antes de que haya desarrollo de la glándula mamaria o del vello pubiano y es usualmente el primer signo del comienzo de la pubertad.

LOS LABIOS MAYORES

Se empiezan a congestionar y aparecer los primeros folículos pilosos con un vello delgado, para en un proceso irse pigmentando y a formarse finas arrugas que se acentúan más en el periodo premenarquico y va así mismo cubriéndose de vello más grueso.

EL VELLO AXILAR

Se hace presente y aparece la secreción apócrina. La actividad sebácea es intensa y puede aparecer el acné.



DESARROLLO MAMARIO Y DEL VELLO PÚBLICO SEGÚN GRADOS DE TANNER EN LA MUJER

CUADRO N°1
DESARROLLO MAMARIO

Estadio M1	Senos preadolescentes. Se observa elevación de la papila.
Estadio M2	Brote mamario. Elevación de los senos y de la papila. Aumento del diámetro de la areola.
Estadio M3	Continuación del aumento del tamaño del seno sin separación de sus contornos.
Estadio M4	Proyección de la areola y de la papila para formar una elevación del seno.
Estadio M5	Estadio de adulto. Proyección solo de la papila, debido a que la areola se ha retraído, incorporándose al contorno general de la glándula mamaria.



CUADRO N°2 VELLO PÚBLICO

Estadio P1	No hay vello púbico.
Estadio P2	Crecimiento disperso de vello largo, fino, ligeramente pigmentado, liso o ligeramente rizado a lo largo de los grandes labios.
Estadio P3	Vello más pigmentado, más denso y más rizado que se extiende por la sínfisis púbica.
Estadio P4	Vello del tipo observado en una persona adulta pero en poca cantidad.
Estadio P5	Vello de tipo observado en una persona adulta tanto por su tipo como por su cantidad en forma de triángulo invertido.

FUENTE: BEGOÑA, Odriozola. “Enciclopedia de los Padres de hoy” Ser Padres de un adolescente. Bogotá. D. C. 2004.

La primera manifestación de pubertad en el sexo femenino esta constituida por la aparición del brote mamario seguida del vello pubiano. La menarquía ocurre generalmente antes de la maduración sexual con frecuencia entre los estadios M3 y M4, el aumento de la estatura tiene relación con el momento de la maduración, en la medida en el que la aceleración del crecimiento ocurre en la época del brote mamario M2, la velocidad máxima de crecimiento se observa en el estadio M3 y la menarca en la fase de desaceleración en el estadio M4.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



2.7 FACTORES DE RIESGO

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

2.7.1 FACTORES INDIVIDUALES

Principales factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes:

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia.⁽⁸⁾

2.7.2 FACTORES BIOLÓGICOS

Menarquía: El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.⁽⁹⁾

2.7.3 FACTORES PSICOSOCIALES

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

⁸Zimmermann, M." Sexualidad Programa Educativo Infancia y Adolescencia", Madrid-España. Cultural.S.A.1996.

⁹Zimmermann, M." Sexualidad Programa Educativo Infancia y Adolescencia", Madrid-España. Cultural.S.A.1996.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



- **Psicológicas:** Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz.

En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

- Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
 - Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
 - Para castigar a los padres por su incomprensión.
 - Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
 - Agradar al novio.
-
- **Socioculturales:** el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad.

También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda, es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador, es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.



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

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

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

2.8 CRISIS DEL ADOLESCENTE

La crisis adolescente tiene sus inicios cuando el niño empieza a interesarse por el mundo juvenil que le envuelve. El niño desea entrar y formar parte de estos grupos donde espera encontrar la fuerza necesaria para desprenderse de sus aspectos infantiles.

Este púber, todavía niño, está empezando una larga etapa compleja, imprevisible, cambiante que nos sorprende día a día. El púber ha de renunciar a su condición de niño, pero los padres también tendrán que renunciar a la visión infantil que tienen de su hijo renunciar al niño que les hace sentir jóvenes y que muchas veces da sentido a su vida. ⁽¹⁰⁾

¹⁰Odrizola.B “Enciclopedia de los Padres de hoy”. Ser Padres de un Adolescente. Impreso en Colombia. Bogotá. D.C. – 2004.



Los argumentos que los adultos se dan respecto a que los adolescentes no son suficientemente responsables, que no tienen capacidad para tolerar, vivir, soportar, comprender la vida y que si se los dejase podrían experimentar un fracaso irreversible son inacabables.

La gran mayoría de las veces son razonamientos y excusas para no perder el control sobre el adolescente, porque a los padres les cuesta tolerar su ansia de independencia, es una etapa de sufrimiento mental para el adolescente y su familia.

Toda dificultad es sentida como insuperable; pasa de la alegría a la desesperación; no le gusta su cuerpo; es muy influenciado por todo lo que le envuelve, modas, tendencias sociales. Es inconstante, desordenado, impetuoso, discutiendo, defensor de sus razonamientos; se rebela contra las normas familiares, etc. No es ni un niño ni un adulto.

Todas estas características definen la manera normal de ser de la gran mayoría de los adolescentes, y los padres tienen que aprender a convivir con esta inestabilidad, dándoles tiempo y siendo tolerantes con sus conductas a veces casi intolerables.

2.8.1 APARICIÓN DE LA CRISIS

Cuando la crisis aparece al inicio de la adolescencia, entre los 12- 14 años, está indicando que no puede dar, no puede afrontar los primeros pasos de esta etapa y superar la dependencia infantil. La mayoría de las veces con la ayuda del profesional de la salud mental se les puede ayudar a dar estos primeros pasos. Pero también es cierto que la crisis más agudas y violentas aparece en esta primera etapa.

Toda crisis genera mucha ansiedad, pero cuando aparece al inicio de la adolescencia normalmente son los padres los que la viven y la sufren, en cambio los adolescentes la manifiestan a través de la conducta, de la hiperactividad, etc. La crisis ya avanzada de la adolescencia es diferente,



suele aparecer entre los 15-17 años, son jóvenes que están en pleno proceso de cambio, están superando esta etapa evolutiva pero no pueden acabar de estructurar un yo capaz de darles suficiente seguridad. Para muchos adolescentes la reorganización de este proceso es la causa de las crisis de ansiedad. ⁽¹¹⁾

2.9 DESARROLLO PSICOSOCIAL

AFECTIVA.- Los patrones de conducta de los padres influyen en el comportamiento de sus hijos, caso contrario el adolescente pretende compensar la protección afectiva de sus padres con el amigo íntimo y su mejor confidente.

El desarrollo afectivo del adolescente, parte de sus emociones y sentimientos estos varían de acuerdo a la situación o experiencia, y dependen de la satisfacción de sus necesidades como ser humano.

AUTONOMÍA.-Es la necesidad de sentirse seguro de sí mismo y para afrontar esa barrera debe romper innumerables lazos con su familia, basados en la autoridad, afecto, etc.

AUTOESTIMA.-El conjunto de cambios durante esta etapa van acompañados de sentimientos de miedo, de inquietud, de ansiedad e inseguridad ante lo desconocido, por ello el diálogo abierto entre padres, maestros y el adolescente ayuda a superar los temores es decir la confianza, la sinceridad; promueven el equilibrio: individuo – medio que a la vez despierta un sentimiento de autoconfianza; que piensen bien de él y que se sienta bien como persona constituyendo un efecto positivo de percibir su existencia.

¹¹Borja. T. "Sexualidad: diversidad y procesos de desarrollo" CECAFEC (Centro Ecuatoriano de Capacitación y Formación de Educadores de la Calle) Quito-Ecuador, 2da Edición.



EL IMPULSO DE INDEPENDENCIA.- Se compara con los adultos y quieren ejercer los mismos comportamientos, hábitos y costumbres. Es un proceso normal y transitorio, por ello los padres y maestros deben ser muy comprensivos, brindarles confianza, seguridad y orientación oportuna para superar el problema derivado de la serie de cambios físicos y psicológicos que lo caracterizan.

Si perciben desconfianza de los adultos, sienten disconformidad consigo mismos, conflictos con los padres y maestros, escasa comunicación, manifestando con rebeldía pasiva o activa, inestabilidad emocional, ansiedad, agresividad y confusión que dificulta ayudarle a responder sus interrogantes.

BÚSQUEDA DE IDENTIDAD.- Es decir SOY YO: el adolescente se pregunta QUE SOY AHORA Y QUE VOY A SER DESDE ESTE MOMENTO, CUAL VA A SER MI FUTURO.

El adolescente necesita del apoyo en particular de sus padres para afrontar una serie de tensiones, de confusiones, de dudas, etc. A partir de una ola de cambios personales, el individuo busca a sus progenitores que le ayuden a superar sus problemas determinados por una gran cantidad de opciones, alternativas y posibilidades que debe elegir para su inserción en la sociedad adulta con proyección hacia el futuro.

Al atravesar la crisis de cambios personales, el adolescente necesita conformar un ser positivo, emprendedor para superar las incertidumbres y rápidamente adoptar metas, compromisos e ideales estables. Llega a conciencia de lo que piensa, desea y espera de él, reflexiona sobre sí mismo y se considera distinto a cualquier otro individuo.

SEXUALIDAD.- Desde el punto de vista biológico, la atracción sexual y el despertar amoroso están condicionados por la aptitud para la procreación,



caracterizada por el inicio de la menstruación en la mujer y la primera emisión de esperma en el hombre.

El cuerpo humano es sexuado, por ello la sexualidad es básicamente la búsqueda de placer constituyendo un medio de acercamiento al otro, mediante la comunicación gestual, las caricias, y a través de contacto sensual, compuesta de aspectos positivos, que brinda la más profunda y exquisita unión entre dos personas al compartir emociones y sensaciones.

En el ámbito de la sexualidad, la sociedad debe favorecer un mayor conocimiento y vínculo con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del auto cuidado de la salud; en otras palabras, propiciar la adopción de conductas sexuales conscientes, placenteras, libres y responsables hacia uno mismo y los demás.

Forma la parte integral de la personalidad, siendo la función orgánica que más repercute en el contexto social en que está inmersa y se desarrolla, a la vez está influida por él. Se la forma de vida de los adolescentes y con la problemática de salud que puede aparecer en este momento o en etapas sucesivas.

“En la actualidad uno de los principales problemas que afecta a los y las jóvenes que comienzan su actividad sexual temprana, es el embarazo no planificado o no deseado, y las consecuencias de este, afectan tanto su salud como a su entorno familia” ⁽¹²⁾

PROYECTO DE VIDA.- Se genera su proyecto de vida y desarrolla las estrategias para que este sueño se haga realidad. Se pregunta Que soy, Que quiero ser, Como quiero ser este proyecto de vida (sueños) debe ser estimulado por las personas que le rodean aun que hay momentos de indecisión y volubilidad.

¹²Indicadores SIISE – Si Mujeres



JUCIO CRÍTICO.- El adolescente tiene una gran capacidad para analizar críticamente el mundo. Esta crítica ayudará a desarrollar su identidad más amplia y a una fundamentación mayor de sus valores de su pensamiento y sus afectos. Por lo tanto se debe apoyar el desarrollo del sentido crítico.

SENTIMIENTO DE INTIMIDAD.- El adolescente al igual que todo individuo necesita tener intimidad, necesita no ser perturbado, necesita tener momentos de soledad.

LA RELACION GRUPAL.- A medida que el adolescente se va distanciando de sus padres aumenta su adhesión a sus compañeros y con ellos la crítica a los padres se vuelve un tema favorito así como los problemas sexuales, entre son los consejeros, los médicos. Cuando el adolescente se integra a un grupo estos son muy cohesionados, afectivos, se convierten en todos para uno y uno para todos.

LA FAMILIA Y LA ADOLESCENTE.- El adolescente ve a los padres en ocasiones como esclavos o como tiranos o responsables, a través de los padres va a aprender a ser hombre o mujer con valores con libertad sin embargo comienza a rebelarse contra ellos porque hasta antes de ahora les veía como los seres más perfectos, bondadosos que cuidan de él, en este momento se da cuenta que tienen defectos, que no son lo que pensaba y por lo tanto tiene que ayudarles a cambiar porque piensan que sus padres vivieron en otra época. La obligación de los padres y quienes lo rodean en hacerle ver que el mundo tampoco es perfecto, que los seres humanos tienen imperfecciones y que hay que aceptar esta situación.

LA CREATIVIDAD.- Es otra característica de la adolescencia. Es una de las etapas de la vida de más creatividad. El adolescente comienza a escribir versos, canciones, a pintar a formar grupos de música, se interesa por los deportes, por la naturaleza. La creatividad debe ser apoyada y estimulada

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



para que ese potencial pueda desarrollarse debemos internalizar en los adolescentes que toda persona tiene un potencial de creador que está determinado genéticamente y su desarrollo dependerá que la sociedad lo reconozca y que si no llega a ello deberá continuar creando, esta capacidad ayudará al adolescente a aumentar su autoestima.

PROBLEMAS EMOCIONALES.- El adolescente se enfrenta a una serie de problemas por las pérdidas o duelos que tienen dentro de ellos tenemos:

- Pierde su cuerpo de niño para convertirse en cuerpo de hombre o mujer.
- Pierde su niñez: ahora ya tiene que enfrentar al mundo, ya no puede jugar como lo hacía antes ya es un hombre o una mujer y tiene que pensar en otras cosas.
- Pierde la dependencia de los padres: ya tiene que aprender a cuidarse solo, ya tiene que actuar con independencia y buscar su proyecto de vida.
- Pierde a los padres ideales.

Por todos estos duelos el adolescente se convierte en rebelde, se sienten manipulados y marginados debido a que no se les permite participar en las decisiones sociales, lo que le convierte en contestones que protestan de todo de una forma más libre que los adultos. El nivel de razonamiento esta en su mejor momento y no temen perder nada, ya que nada poseen. El mundo no les gusta tal como es y luchan por cambiarlo.

Por ser el adolescente un ser idealista por excelencia en su cabeza fluyen las ideas, que parece tener todas las soluciones a todo, piensa, lee, discute durante horas, critica, acude a asambleas , reuniones, manifestaciones, etc.

Por su gran sensibilidad hace que se exalta ante cualquier injusticia y que no le importe desafiar a las autoridades, protestando y luchando por lo que cree



justo o por lo que considera un ideal de estos ideales surgirán diversos tipos de movimientos.

2.10 PROGRAMAS O POLÍTICAS DE SALUD QUEAMPARAN A LOS / LAS ADOLESCENTES.

El Estado es el encargado de velar por el bienestar de la población ecuatoriana en particular los niños (as) y adolescentes y hacer cumplir sus derechos.

Se menciona que los sectores público y privado deben informar periódicamente sobre programas y proyectos, establecidos acorde a la magnitud del problema, ya que sus planes o estrategias a tomar deben garantizar los derechos y el cumplimiento de lo establecido en la constitución Política del Ecuador.

En esta consideración, las políticas básicas y fundamentales de salud están orientadas a garantizar las condiciones necesarias para que todos los niños (as) y adolescentes puedan crecer y desarrollarse en forma integral. Dentro de los programas que impulsa el Ministerio de Salud Pública en: Centros, Subcentros de Salud, Hospitales y demás instituciones proveedoras de servicios de salud tenemos: Normas de Atención a la Niñez 2005, Atención Integral de la Salud, y Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de los / las Adolescentes.

De acuerdo a los programas ya indicados la atención en salud, a este grupo poblacional da mayor prioridad en:

ATENCIÓN EN EL PERIODO PRECONCEPCIONAL, PRENATAL Y PARTO.-Los casos que requieran atención en un nivel mayor, deben ser referidos hacia otra entidad de salud.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



La atención durante el embarazo es una medida profiláctica, las acciones son: reducir la mortalidad materno-infantil, detectar factores de riesgo y evitar complicaciones tales como; parto prematuro, anemia y presión arterial alta. Los servicios deben asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.

La atención por emergencia no se podrá negar bajo ningún concepto o exigir pagos anticipados, en hospitales o clínicas. La mujer embarazada tiene derecho, desde el momento de la concepción a: alimentos, salud, vestuario, vivienda, atención del parto, puerperio y el periodo de lactancia por un tiempo de doce meses contados desde el nacimiento del hijo o hija.

ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDOS (AS).- El personal que va a atender al recién nacido (a) debe estar capacitado y previamente conocer la información básica de la historia clínica perinatal para su correcta atención.

ATENCIÓN DEL NIÑO Y NIÑA MENOR DE CINCO AÑOS.- El control del niño (a) será periódico y con enfoque integral.

INMUNIZACIONES.- Toda persona tendrá acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones y recibirá su esquema de vacunas completo, para ello el personal de salud deberá brindar información y educar a la población.

CRECIMIENTO, DESARROLLO Y NUTRICIÓN.- Se realizará por lo menos un control inicial a todo adolescente que acuda al establecimiento sea por consulta programada en escolaridad o que demande atención en forma espontánea.

CONTROL DE SALUD BUCAL.- Promover y brindar orientación en escuelas, colegios, unidades operativas y grupos de la comunidad sobre promoción y protección.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y MANEJO DEL MALTRATO A LOS NIÑOS (AS).- Constituye un problema de gran prioridad con enfoque preventivo.

COMPONENTE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE.-

El personal de salud de la unidad operativa promoverá y coordinará la participación de los / las adolescentes. Las acciones son asegurar y garantizar el derecho a la vida desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria, y a ser consultados en los asuntos que los afecten.

EDUCACIÓN EN; SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.-

Impartir información oportuna, desarrollar actividades de prevención y consejería en la toma de decisiones. Las estrategias del programa son; educar, y orientar sobre; la vida sexual, libre de prejuicios, mitos y estigmatizaciones.

2.11 EL EMBARAZO

2.11.1 DEFINICIONES

Según la Organización Mundial de la Salud. “El embarazo comienza con la fusión de los gametos masculino y femenino, una vez fecundada tarda de 5 a 6 días para descender a la cavidad uterina, continua el proceso y se adhiere el blastocito a la pared uterina, luego atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma, se implanta en la superficie del epitelio anidando en él durante nueve meses, el embarazo finaliza con el inicio de una nueva vida. Este proceso dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación”.

”El embarazo comienza con la unión del óvulo y el espermatozoide que se lleva a cabo en el tercio externo de la trompa, una vez fecundado el cigoto tarda de cinco a seis días para su implantación en la cavidad uterina,

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



transcurrido este tiempo comienza la nidación dentro del útero materno y se inicia una serie de procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo.

Ante ello los órganos y sistemas reaccionan con nuevas modificaciones morfológicas y funcionales para compensar el equilibrio. Conforme avanza la gestación el nuevo ser continua su proceso evolutivo, el mismo que atraviesa dos periodos importantes; el embrionario que comprende 12 semanas y el fetal que se inicia cuando concluye el periodo anterior; por otra parte la gestante experimenta una serie de cambios fisiogravídicos propios del embarazo. Transcurrido los nueve meses la futura madre se prepara para el alumbramiento.

El embarazo termina con el nacimiento de un nuevo ser, considerando una experiencia irrepetible y un sentimiento profundo de autorrealización de madre; el embarazo dura 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación”.⁽¹³⁾

2.12 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

2.12.1 DEFINICIONES

La OMS, Define como embarazo en la adolescencia aquella gestación que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca (entre los 10 y 13 años aproximadamente.), o lo que es igual en mujeres menores de 20 años con independencia de la edad ginecológica.

“El embarazo adolescente es aquel que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años y/o mantiene la total dependencia social y económica de su núcleo familiar de origen”.

¹³Borja. T. “Sexualidad: diversidad y procesos de desarrollo” CECAFEC (Centro Ecuatoriano de Capacitación y Formación de Educadores de la Calle) Quito-Ecuador, 2da Edición.



“El embarazo en la adolescencia representa mayor vulnerabilidad en los primeros 5 años postmenarquia por su prioridad a mayores riesgos maternos, perinatales y del recién nacido e irrumpe en esta etapa de la vida cuando todavía aún no alcanzado la madurez física y mental, y en circunstancias adversas como: las enfermedades, carencias nutricionales, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo”.⁽¹⁴⁾

Considerando la adolescencia como el periodo de transición, de niño a adulto; la adolescente bajo esta concepción está predispuesta a ser atacada por situaciones que pueden alterar su desarrollo normal y estar expuesta a factores de riesgo (el embarazo no deseado), frecuentes alteraciones y mayor tendencia a desarrollar enfermedades.

El embarazo adolescente es uno de los problemas más preocupantes, sus implicaciones hacen referencia a las condiciones de desarrollo no solo de la madre sino también del hijo y de las posibilidades efectivas de un crecimiento sano.

La inexistencia de un espacio social para que los y las adolescentes se integren a la sociedad adulta de manera independiente tendría un papel único en las decisiones libres, o menos forzadas de ser padres.

En la actualidad el embarazo en adolescentes constituye un riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas de salud y sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etáreo, lo que garantizará posteriormente un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su hijo y una repercusión positiva en el desarrollo futuro.

¹⁴Zimmermann, M.” Sexualidad Programa Educativo Infancia y Adolescencia”, Madrid-España. Cultural.S.A.1996.



2.13 FACTORES DE RIESGO

El embarazo en adolescentes es uno de los grandes desafíos de salud reproductiva y de los sistemas educativos. En primer lugar, es un reflejo de una deficiencia en educación sexual impartida a los/as adolescentes desde la niñez; alude a factores culturales y normativos que se expresan, ejemplo en la oposición sobre servicios de salud reproductivos e información para los jóvenes.

Entre las adolescentes y las jóvenes con bajos niveles de instrucción, el 51% ha estado alguna vez embarazada, y el 31% de aquellas con instrucción superior, y el 47% de las mujeres de 15 a 24 años de edad de bajo nivel económico han estado alguna vez embarazadas siendo embarazos pre maritales y un 32% de las mujeres de un nivel económico estable han estado embarazadas dentro del matrimonio. Los resultados de la encuesta indica que las mujeres de mayor nivel de instrucción son las que tienen hijos más sanos y mejor alimentados y son aquellas las que terminan al frente de la familia en caso de hogares donde no existe la figura paterna.

El principal riesgo del embarazo en adolescentes es que mantienen relaciones sexuales sin las medidas preventivas adecuadas, y hoy en día los (as) adolescentes 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 y aceptadas.

La incidencia del embarazo y la maternidad de adolescentes es un indicador de los aspectos disfuncionales de una sociedad que sufre rápidos cambios sociales y culturales.



2.13.1 SOCIOCULTURALES

Es importante que analicemos los diferentes tipos de sociedades en las que vive el adolescente.

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

b.- SOCIEDAD RESTRICTIVA: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad.

c. – SOCIEDAD PERMISIVA: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es común en países desarrollados.

d. – SOCIEDAD ALENTADORA: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1.- Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.



2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo, para extremar la prevención.

Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

2.13.2 FAMILIARES

Familia Disfuncional: aunque la adolescente viva con sus padres, la ausencia de diálogo e interrelación con otros miembros de la familia y la sociedad conlleva a la inseguridad de la joven en sí misma; que se manifiesta con la necesidad de protección de padres – hijos y carencias afectivas que no sabe resolver, impulsándola a tener relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto. Además las conductas agresivas de sus padres influirán notoriamente en la vida de la joven que decidirá no formalizar la relación.

2.13.3 INSTITUCIONALES

Bajo Nivel Educativo: manifestado por desinterés general de las adolescentes en deseos de superarse y lograr metas a futuro profesionalmente, el posponer las oportunidades crea una barrera de bajo nivel educativo; lo cual dificulta mejor y de servicio a los demás.

También es probable que la joven disponga de una economía estable para educarse, pero que no responda a los mismos. Además si el nivel de educación es superior puede decidir con su pareja convivir pero no procrear y adoptar medidas de prevención efectiva del embarazo.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



2.13.4 MIGRATORIOS

La salida de ecuatorianos hacia otros países es un fenómeno que tiene repercusión tanto en lo económico como en lo social, desde la perspectiva individual, familiar y emocional; con pérdida del vínculo familiar, muchas de las jóvenes van de las zonas rurales a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

2.14 COMPARACIÓN DE LOS CAMBIOS ANATOMO FISIOLÓGICOS QUE SE DAN ENTRE LAS ADOLESCENTES GESTANTES CON LAS ADOLESCENTES NO GESTANTES

2.14.1 FÍSICOS

APARATO REPRODUCTOR

ÚTERO: en la adolescente no gestante aumenta de tamaño como consecuencia de la proliferación miometral con muy poco desarrollo del endometrio.

Cerca de la menarquía el epitelio cervical produce abundante secreción clara resultado de la estimulación estrogénica. Durante la adolescencia el crecimiento del útero es mayor en el cuerpo que en el cuello.

GESTANTE: su longitud aumenta cuatro veces más en comparación con el útero de una mujer que no está embarazada, y su peso es 20 veces mayor, lo que proviene del agrandamiento de las fibras musculares y también de tejidos.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



El útero no grávido tiene la consistencia de una pera verde dura. El embarazo produce ablandamiento notable, de modo que por la octava semana por palpación el médico puede flexionarlo, lo que constituye el signo de Hegar.

En el cuarto mes, puede palparse como un balón suave. El cuello uterino también se ablanda lo que se considera signo de Goodell, aumento de los vasos sanguíneos. El conducto cervical se llena con un tapón de moco espeso, que impide el paso de bacterias al útero.

VAGINA: tiene aproximadamente 4 cm de longitud, incrementa de medio a un centímetro durante la niñez. El crecimiento adicional comienza después de la aparición de los caracteres sexuales secundarios y continuos hasta la menarquía, llegando a una longitud promedio de 15 cm. La mucosa vaginal tiene poco influjo estrogénico y coloración rojiza al inicio, luego la mucosa vaginal se engrosa.

Los cambios citológicos del epitelio vaginal comienzan antes de que haya desarrollo de la glándula mamaria o del vello pubiano.

GESTANTE: En el embarazo es característico el color violáceo (signo de Chadwick) también aparecen como signos de hipertrofia de la vulva y el reblandecimiento de la vagina. Aumenta la cantidad de secreciones vaginales que son muy ácidas y de color blanquecino; lo cual se llama leucorrea.

LOS OVARIOS: en la adolescente no gestante se dilatan y empiezan a producir los óvulos y con ello aumenta el volumen del abdomen.

Se origina la menarquía y con ella se inicia la menstruación o pérdida periódica de sangre (cada mes lunar), previo a este fenómeno un gran número de folículos crecen en tamaño e involucionan, por lo que puede presentarse ciclos anovulatorios durante las primeras menstruaciones.



GESTANTE: en la mujer gestante se encuentran casi paralelos a su eje longitudinal, su riego sanguíneo aumenta y sus venas se distienden en gran grado; por influencia hormonal no maduran los folículos ováricos y se interrumpe la ovulación.

OTROS ORGANOS

MAMAS: en la mujer no gestante existe un brote mamario, crecimiento en conjunto del pezón y la areola con pigmentación, y recurrente al proceso aumenta el diámetro areolar.

GESTANTE: primeros signos que se presentan son: un dolor pruriginoso al palpar las mamas, que poco a poco aumentan al crecer el tejido alveolar y aumentar el riego sanguíneo. Los pezones son más prominentes y eréctiles, que al inicio del embarazo sale un líquido seroso claro (calostro).

PIEL

ESTRÍAS GRAVÍDICAS: al crecer el feto, el útero aumenta de tamaño por compresión interna; ello hace que el ombligo se aplane y más tarde sobresalga.

Las fibras elásticas de las capas profundas de la piel se separan y se rompen por estiramiento. Aparecen en el abdomen y en los glúteos en la mitad o al final del embarazo. Puede haber prurito intenso como resultado de este estiramiento.

HIPERPIGMENTACIÓN: en zonas específicas del cuerpo, pueden aparecer temporalmente depósitos de pigmento, según el color original de la piel. Por lo regular en la línea media abdominal suele verse la "línea negra". El cloasma o la máscara del embarazo tiene el aspecto de una quemadura facial ocasionado por la luz solar.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



La areola o la zona alrededor del pezón aumenta de tamaño y se oscurece. Esta zona de mayor pigmentación se decolora después del parto y regresa a su color normal después del parto.

MAYOR TRANSPIRACIÓN: las glándulas sudoríparas y sebáceas muestran mayor actividad durante el embarazo; como resultado de ello, la mujer puede sufrir molestias por el olor en su cuerpo, sus ropas pueden humedecerse por el sudor, y su cabello estar grasiento.

APARATO ENDÓCRINO

Cambios en las glándulas:

TIROIDES: aumenta de tamaño y el metabolismo basal es mayor en la gestación y llega a límites de 20 o más en el tercer trimestre, lo que representa el consumo de oxígeno combinado de la madre y del hijo.

PARATIROIDES: aumenta de tamaño, especialmente en la decimoquinta a la vigésima quinta semana, cuando llegan al máximo las necesidades de calcio por parte del producto. Dicha hormona es necesaria para conservar concentraciones suficientes de calcio en la sangre y si no se recibe suficiente mineral, se trastorna el metabolismo de los huesos.

PÁNCREAS: la insulina es producida por las células del páncreas llamado islotes de Langerhans, distribuidos en todo el tejido pancreático. La insulina es importante para el metabolismo de los carbohidratos. Durante el embarazo aumentan las concentraciones de esta hormona.

HIPÓFISIS: la adenohipófisis secreta tres hormonas gonadotrópicas importantísimas en los fenómenos de reproducción.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Entre ellas la hormona Lactógena y prolactina, que desencadena la secreción láctea poco después el parto.

La neurohipófisis secreta oxitocina, hormona que estimula la contracción de la musculatura lisa del útero.

OVARIOS Y PLACENTA: el cuerpo amarillo del embarazo conserva este durante los primeros dos meses, por secreción de progesterona y estrógenos, después la placenta se encarga de la producción de estas hormonas; también produce la hormona gonadotropina coriónica.

SUPRARRENALES: aumenta el tamaño durante el embarazo, especialmente la zona cortical que produce aldosterona, hormona corticosuprarrenal de la que depende el equilibrio de sodio y potasio en la corriente sanguínea.

APARATO CIRCULATORIO

CORAZÓN Y SANGRE: la cantidad de sangre aumenta 30 a 50 por 100 por el aumento en el contenido de agua; como resultado el corazón necesita trabajar más para hacer circular la sangre. Aumenta el número de eritrocitos.

VASOS SANGUÍNEOS: Aumenta el 30%, sobre todo en la mitad del embarazo, esto origina hidremia y hemodilución y causa variaciones en algunos componentes sanguíneos; esta hipervolemia favorece en: llevar al mínimo el efecto de la hemorragia posparto. Cubrir la demanda sanguínea que existe por el aumento de la vasculatura uterina.

APARATO MUSCULOESQUELÉTICO

HUESOS: existe crecimiento de los huesos esto pasa si es que son mujeres jóvenes.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



ARTICULACIONES: existe una lordosis lumbosacra, marcha lenta, pesada y balanceada.

POSICIÓN: marcada proyección de la cabeza y el tronco hacia atrás.
Todo esto debido a que los estrógenos aumentan la actividad osteoblástica provocando el crecimiento de los huesos, estimulando el depósito de cantidades elevadas de matriz ósea, con la consiguiente retención de los minerales.

MÚSCULOS: Existe mayor fragilidad: existe un reducido índice de calcio sérico con relativo aumento del fósforo en suero.
Acentuada excitabilidad: debido a la falta de oxígeno en los músculos por irrigación deficiente.

APARATO RESPIRATORIO: Rinorrea y congestión nasal debido al incremento de la circulación sanguínea.
Ascenso del diafragma debido al crecimiento del útero.

APARATO DIGESTIVO:

Disminución del tono y de la motilidad del tracto gastrointestinal; porque la progesterona procedente de la placenta contribuye a relajar la musculatura lisa.

APARATO URINARIO

VEJIGA: Aumentan las molestias físicas y se vuelve difícil conciliar el sueño por el crecimiento del útero que comprime la vejiga hacia la pared abdominal.

URÉTERES: hipotonía por lo tanto la velocidad del flujo disminuye ya que interviene la hormona relajante como es la progesterona.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



ORINA: Aumenta la cantidad debido al aumento de la filtración glomerular y disminución de la resorción tubular.

2.14.2 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

- Las adolescentes no gestantes suelen tener conflictos con sus familiares 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. Y tienen una predisposición a las emociones y aumento de la tensión nerviosa como: mascarse las uñas, morderse los labios, chuparse los dedos, etc.
- Las adolescentes gestantes se encuentran en la etapa de transición de su desarrollo y el embarazo supone un estrés emocional añadido.
- El embarazo puede significar una sorpresa, descubrir que es capaz de concebir.
- En las adolescentes no gestantes la inestabilidad emocional incoherente provoca explosiones afectivas intensas, pero superficiales, no se conforma consigo mismo, estas reacciones impulsivas son propias de esta etapa y se desencadena por mayor ansiedad.
- El impacto emocional que experimenta en su embarazo, puede significar que le sea imposible sentirse tensa y ansiosa, aun cuando desee tener a su bebé, o la probabilidad de tener un hijo deforme.
- Demuestra interés por la concepción del mundo; tanto de su mundo interior como el mundo de valores e ideales.
- La adolescente embarazada presenta ansiedad por el cambio en su estilo de vida y conforme avanza el proceso de gestación se siente menos emotiva y se prepara para el futuro.
- La adolescente no gestante desde el momento en que descubre las diferencias sexuales anatómicas, su evolución psicoafectiva empieza a centrarse en medios diferentes.



- La madre gestante manifiesta gran demanda o deseos de protección, afecto, ternura por parte de su pareja, padres y de los demás miembros de la familia.
- Comienza a sentir alteraciones en su imagen corporal y necesita reafirmar su confianza respecto a su belleza.
- Experimenta fantasías acerca de su imagen corporal y ensueños respecto a la imagen que tiene el bebe.
- Habitualmente los sentimientos de dependencia aumentan, la gestante centra su atención en el bebé, su crecimiento, la frecuencia de sus movimientos y el volumen que ella va adquiriendo, en el último trimestre la adolescente ocupa su tiempo y sus conversaciones relacionados con hechos desconocidos (contracciones).

2.14.3 CAMBIOS SOCIALES

- En la adolescente no gestante una buena comprensión de la familia y de grupos de amigos dan al adolescente la posibilidad de asumir nuevos roles y ayudan a interpretar lo que siente, piensa y cuáles son sus actitudes y modificaciones del mundo social que lo rodea; Tiene la capacidad para integrarse en el mundo del trabajo con afán de progreso personal. Además practica la solidaridad la misma que constituye la parte integral en su formación.
- El adolescente comienza a interrelacionarse con el mundo exterior, siente atracción y curiosidad por relacionarse con personas del sexo opuesto.
- Desde el contexto social es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja, que responde el papel de madre joven.
- Durante su crecimiento y desarrollo aflora más su apariencia física evidenciando poseer un cuerpo más atractivo. Las adolescentes se preocupan más por estar guapas optando por comprar prendas de vestir a la moda, nuevos peinados y la belleza de su rostro para



llamar así la atención del sexo opuesto. También los adolescentes se preocupan por su físico utilizan adornos, insignias y determinadas prendas de vestir.

- La adolescente embarazada se preocupa aún más por sus necesidades personales y no piensa en el embarazo como un hecho que las transformará en madres.
- El embarazo lo relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante.
- El contar con el apoyo familiar y del equipo de salud permitirá desempeñar su rol maternal.
- Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres.
- A medida que la adolescente crece gana experiencia y madurez; y se siente más confiada en sí misma para integrarse al grupo social en forma consciente siendo capaz de afrontar los problemas y superar sus debilidades con relación a la madre no gestante. Si el padre del bebé la abandona, aumenta la posibilidad de ser excluida o rechazada por la familia, amigos, sociedad, etc.

2.15 CONSECUENCIAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

2.15.1 CONSECUENCIAS FÍSICAS: muchas adolescentes y adultas embarazadas también están expuestas a consecuencias no solo físicas; de alto riesgo que afectarían su salud y probablemente constituyen las causas de mortalidad materna más comunes.

Físicamente, la madre adolescente todavía está en proceso de crecimiento y desarrollo, un embarazo, que es un proceso que normalmente cambia todas las funciones del cuerpo de una mujer, requiere de mejor alimentación, tranquilidad, y puede ocasionar problemas.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



- Detención del crecimiento, ya que las proteínas destinadas solamente para la madre, ahora se tienen que compartir con el hijo.
- Parto prolongado y toxemia del embarazo.
- Aumento de la mortalidad materna, es un fenómeno directamente relacionado con medidas de insumo como el mes promedio del primer control del embarazo y el número de controles durante el embarazo.
- Anemia, o desnutrición.
- Mayor riesgo de abortos espontáneos y nacimientos prematuros o complicaciones durante el parto, por falta de madurez sexual.
- Aumenta la probabilidad de tener más hijos, ya que al empezar jóvenes a tener relaciones sexuales, es más fácil que los hijos se sucedan rápidamente.
- Riesgo de salud para la madre y el hijo con riesgo de peso bajo al nacer con mayor probabilidad de muerte.
- Aumenta la posibilidad de tener más relaciones sexuales, seguidas, con frecuencia con varias parejas, lo que además aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.
- Dar a luz bebés con bajo peso y defectos neurológicos.
- Desproporción céfalo – pélvica por inmadurez de su cuerpo.
- Alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna.
- No se alimentan bien y reciben cuidado prenatal inadecuado.
- Complicaciones traumáticas del tracto vaginal que implica un alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), y mayor probabilidad de hemorragias e infecciones previas.
- Factores que influyen en el crecimiento y desarrollo del feto.
- Tendencia a engordar demasiado o a tener una desnutrición por cuidar de la imagen corporal por lo que no se alimentan adecuadamente.
- La maduración del sistema reproductivo y la obtención de la talla adulta no indica que se ha completado el crecimiento del canal del parto.



2.15.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS: muchas de las adolescentes que saben que están embarazadas experimentan un fuerte impacto psicológico para la joven; experimentan miedo, estrés, ansiedad. La madre adolescente en cierto modo es una niña, que de pronto tiene que dejar de ser niña para ser mamá sin estar preparada para ello. Esto lleva al adolescente a una gran cantidad de problemas psicológicos, esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas futuras.

- La adolescencia es un proceso de identidad, que lleva a dar un paso muy importante, la auto aceptación como mujer, los cambios del cuerpo y funciones nuevas, por una figura prematura de mujer embarazada.
- Los conflictos y sentimientos de insatisfacción generan gran dificultad en la adolescente para asumir su rol de madre en la crianza del niño afectando el desarrollo personal de las jóvenes y generando: problemas de autoestima, frustraciones personales y sociales.
- Deserción escolar, abandono de su proyecto de vida profesional.
- Los conflictos matrimoniales de sus padres como divorcios influyen para que la adolescente cambie de actitud siendo más liberales y pase a convertirse en el centro de atención del medio familiar y social.
- Alteración del ritmo de vida de la adolescente; deja de ir a las fiestas, salir con sus amigos (as), tiempo límite para distraerse, etc.
- Son emocionalmente inmaduras y no tienen la paciencia, ni tolerancia para proveer de todo lo que necesita un niño pequeño. Puede haber rechazo del bebé o aceptación aparente sin asumir la responsabilidad completa.
- Experimenta angustia, culpabilidad y rechazo que lleva a tratar de evadir su embarazo, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente
- El conocer que está embarazada sin quererlo, genera miedo, estrés y ansiedad se plantea múltiples dudas: ¿qué puede hacer? ¿cómo se lo va a decir a sus padres? ¿qué va a ocurrir con su vida?, etc.



- Dificultad para educar con cariño al bebé, inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal.
- Síndrome del fracaso” hace que se sienta frustrada en sus expectativas futuras.
- Fracaso en el logro completo de sus funciones como adolescente que le impide a adquirir la independencia de su propia identidad y desarrollo de sus valores.
- Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono por parte de su compañero.
- Rechazo social si el embarazo es fuera del matrimonio y críticas si es aún estando casada.
- Las adolescentes jóvenes experimentan sentimientos de soledad, de poca confianza en sí mismas que intentan suplir con las relaciones íntimas con el otro sexo.
- Las adolescentes embarazadas y sus parejas tienden a abandonar sus estudios o el ámbito laboral, lo que incrementa sus problemas económicos especialmente de las madres pobres que residen en áreas marginales lo cual, reduce su autoestima y añade tensión a las relaciones interpersonales.
- En el ámbito personal, la primera consecuencia que afronta la adolescente embarazada es el cómo enfrentar el embarazo con sus padres, por lo que trata de ocultarlo lo que a su vez le produce sentimientos de depresión, vergüenza, culpa y temor, baja autoestima, incluso en algunos casos ideas abortivas y decide auto eliminarse, conocido como: “Síndrome de Fracaso”. Cuando se enteran de su futura maternidad pasan por un torbellino de emociones.
- Psicológicamente, el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdidas afectivas graves, les duele dejar de ser jóvenes, su colegio, sus amigas, perder la confianza de sus padres y no poder salir a divertirse como antes.



- La maternidad induce a la necesidad de asumir roles de adultos cuando aún no es tiempo de hacerlo. Mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psicólogo-emocional.
- La calidad de atención en los servicios de salud reflejan desigualdades dependiendo al grupo social al que pertenezca.
- Reacción familiar relacionado con los patrones culturales, económicos y religiosos para que sea aceptado o rechazado el embarazo.

2.15.3 CONSECUENCIAS SOCIALES: muchas de las adolescentes embarazadas pierden contacto con las amistades, debido a que tienen que abandonar sus estudios para atender el hogar o en muchos de los casos empezar a trabajar e independizarse de sus padres.

- Los efectos sociales por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre, puesto que el embarazo y la crianza del niño, independientemente del estado marital, impiden oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios con más altos ingresos, etc.
- Fracaso en la planificación familiar por desconocimiento de medidas anticonceptivas.
- La joven madre recibe desprecio, violencia y discriminación de parte de su grupo familiar y de la comunidad y son rechazados por la sociedad.
- La madre adolescente depende económicamente de sus familias o del gobierno lo que le convierte en una carga y dependencia.
- Fracaso en la constitución de una familia estable.
- Las adolescentes embarazadas son discriminadas por los profesores y alumnas de las instituciones educativas. Lo cual trae como consecuencia que esta adolescente sea estigmatizada, discriminada y que en muchas ocasiones pueda truncarse su proyecto de vida.



2.16 POLÍTICAS QUE AMPARAN A LA MUJER EMBARAZADA Y A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

El Estado Ecuatoriano dispone de políticas en vigencia establecidas en la constitución que respaldan a las adolescentes embarazadas; garantizando el cumplimiento de los derechos de niños (as) y adolescentes en: salud, educación, salud sexual y reproductiva, basado en programas y estrategias que promuevan el libre acceso a instituciones y casas de salud en particular de los grupos de riesgo y la población vulnerable.

En conjunto las políticas promoverán la cultura por la salud y la vida con énfasis en “salud sexual y reproductiva “de los / las adolescentes. A continuación se describe brevemente las siguientes:

El programa en “Salud Sexual y Reproductiva” se refiere al componente que orienta al desarrollo de la vida y de las relaciones personales; está vinculado con los derechos sexuales y derechos reproductivos para que los / las adolescentes ejerzan su sexualidad y su función reproductiva sin riesgos, el mismo que permitirá acceder a sus servicios y decidir responsable y libremente: el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre estos, y disponer de información oportuna en: planificación familiar, métodos de control de la fecundidad, así también de los medios necesarios para alcanzar un mayor potencial de la pareja y la persona durante toda su vida.

Según El Ministerio de Salud Publica su principal:

Objetivo: Es promover en los/las adolescentes y jóvenes un ejercicio responsable de su sexualidad desde una visión integral, con tendencia a una concienciación que disminuya conductas sexuales de riesgo.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Dentro de las acciones a ejecutar comprenden:

- Crear instancias dedicadas a la salud juvenil integral con énfasis en salud sexual y reproductiva dentro de las áreas de salud pública.
- Construir una veeduría juvenil como espacio de exigibilidad del cumplimiento de servicios para los/las adolescentes y jóvenes en el área de salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas.
- Conformar redes de trabajo como espacio para intercambio de experiencias y planteamientos comunes referentes a salud sexual y reproductiva.

Los resultados a alcanzar son:

- Disminuir los índices de embarazo no deseados en las adolescentes mediante la planificación de la familia y la educación sexual, y reducir las tasas de mortalidad materna a través de servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal.
- Disminuir los índices de infecciones de transmisión sexual, y asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento incluido el virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).
- Jóvenes con un mayor nivel de exigibilidad del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; enfatizando la participación y formación de trabajadores sanitarios.
- Concienciar a los/las adolescentes y asegurar mayor demanda de servicios; con equidad del acceso y calidad de atención en el área de educación sexual y reproductiva. “La intervención educativa en salud sexual y reproductiva que lleva a cabo este programa representa un reto de gran interés en la actualidad por lo que se cree conveniente incentivar a los y las adolescentes a practicar las relaciones sexuales con responsabilidad, utilizando barreras de protección ya que el riesgo de un embarazo no deseado, deja secuelas que conducen a un

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



impacto psicológico grave, deterioro personal y rechazo de la sociedad". (15)

- Otro programa importante tenemos; La Ley de Maternidad Gratuita instrumento legal relacionado con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, ya que establece el acceso universal, sin costo, de las personas a un conjunto de atenciones esenciales en salud, apoyando de esta manera la construcción del Sistema Nacional de Salud.

También el indicador SIISE 2003; su estrategia es disminuir un 25% de embarazos en las adolescentes y reducir la mortalidad materno – infantil en zonas pobres y marginadas en particular de la población indígena, facilitando las condiciones adecuadas para dar una atención oportuna con calidad y calidez durante el embarazo y alumbramiento

¹⁵Indicadores SIISE – Si Mujeres



CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

3.1 DIAGNÓSTICO DEL HOSPITAL “MORENO VÁSQUEZ” DEL CANTÓN GUALACEO.

3.2 DATOS HISTÓRICOS

El 9 de marzo de 1889 el Sr. Manuel Moreno Vásquez, soltero de 70 años, hijo de los señores: José Moreno Vásquez y Juana Antonia Vásquez, realiza su testamento y entre los legados deja la suma de (20mil pesos) para que se funde un hospital de caridad en el centro de Gualaceo; ordenando que se compre con ese dinero un terreno para la construcción del hospital dejando bajo la dependencia de la iglesia católica.

La comunidad de religiosas dominicanas, se hace cargo de esta obra en el año 1908, inicialmente existían paredes del primer pabellón sin acabados. Las religiosas dominicanas vienen con espíritu misionero para trabajar en este proyecto, primero en la construcción, adecuación, organización e implementación de todos los servicios sin escatimar esfuerzos, con el fin de dar servicio a todos los enfermos y a los que requieren de su ayuda.

En el año de 1919 se inaugura el Hospital Moreno Vásquez, con seis pacientes hospitalizados. Las religiosas se encargaban de otro trabajo, la madre Victoria Navarro hacia de enfermera y boticaria quien consigue una gran dotación de medicamentos, enviados de España y que fue de gran ayuda para los pacientes.

Con el paso de los años crecen las necesidades y demandas de hospitalización para enfermo; por otro lado, el hospital tenía muchas carencias como: falta de agua, servicios higiénicos, duchas para aliviar las necesidades humanas de enfermos y personas, solo había agua de un

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



molino que llegaba por una acequia abierta que desembocaba en el río, la luz eléctrica era deficiente.

En la dictadura de Federico Páez y como prelado Diocesano Monseñor Manuel María Poli, se hace un convenio con el gobierno central, con el cual cede todos los bienes del hospital en los años 1936-1937, y el gobierno se hace cargo de continuar con el mantenimiento total del hospital.

Con el hospital en manos del gobierno, se empieza a recibir pacientes y es nombrado como primer médico el Dr. Ignacio Jaramillo la comunidad Dominicananombra como Superiora a la Madre Clementina Flores Cordero, para el periodo de 1939-1944, consigue la ayuda generosa de la Srta. Mercedes Vázquez Correa y juntas dan un gran impulso a la institución, que a la fecha ya contaba con varias salas para hombres, mujeres, farmacia curaciones, salas para niños, salas para operaciones y de parto.

El 28 de noviembre de 1975 el Hospital Moreno Vásquez pasa a funcionar en el edificio nuevo que el gobierno hizo construir en el centro de Gualaceo, ubicado en las calles: 9 de octubre, Fidel Antonio piedra y Abelardo J Andrade, con una capacidad para 25 camas y todos los demás servicios necesarios para su funcionamiento.

3.3 DATOS GENERALES

Nombre de la Institución: Hospital Moreno Vásquez, del Cantón Gualaceo, se encuentra localizado en la provincia del Azuay a 36 km del Cantón Cuenca, en la zona centro Oriental, perteneciente a la cuenca hidrográfica del río Paute situado a 2230 m.s.n.m. Es una institución: pública, Nivel 2, actualmente está ubicada en las calles 9 de Octubre 11- 68 y Luis Cordero Salazar Bravo.



3.4 LÍMITES GEOPOLÍTICOS

Limita al norte por el Cantón Paute y El Pan, al sur por los Cantones: Chordeleg y Sigsig, al este por la Provincia de Morona Santiago y al oeste por el Cantón Cuenca.

MAPA DEL CANTÓN GUALACEO



FOTO: Mapa del Cantón Gualaceo

ELABORADO POR: las Autoras

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



3.5 OBJETIVOS

□□ Contribuir a la disminución de la mortalidad materno – infantil del Cantón Gualaceo y sus alrededores con énfasis en la población adolescente embarazada.

□□ Promover e impulsar la promoción y prevención en salud a través de un conjunto articulado de programas que respondan a las necesidades de la comunidad.

□□ Incrementar el nivel de coberturas para dar atención de servicios de salud integral a la familia.

3.6 MISIÓN

La misión del hospital es garantizar la atención gratuita y de calidad a la población del área de influencia y programática, a través de un modelo prestacional del cuidado progresivo y organizado en función de la satisfacción del usuario, articulado de forma horizontal y vertical con el servicio básico de salud: Clínica, Cirugía, Pediatría, Gineco Obstetricia y también dispone de Urología, Imagenología, Laboratorio, RX y Tomografía.

3.7 VISIÓN

Brindar atención de calidad a la población de forma integral con enfoque intercultural con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, acorde con el segundo nivel, contando con tecnología avanzada, refiriendo en casos extremos a las unidades de mayor complejidad, en el tercer nivel; contaremos con un presupuesto financiado por el estado acorde a las necesidades y análisis de costos, efectividad; dispondremos de una infraestructura física, incluyendo personal altamente capacitado y comprometido con las políticas de la organización, sujetos a

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



evaluaciones periódicas contando con la veeduría ciudadana, lo que garantizará la satisfacción de los usuarios.

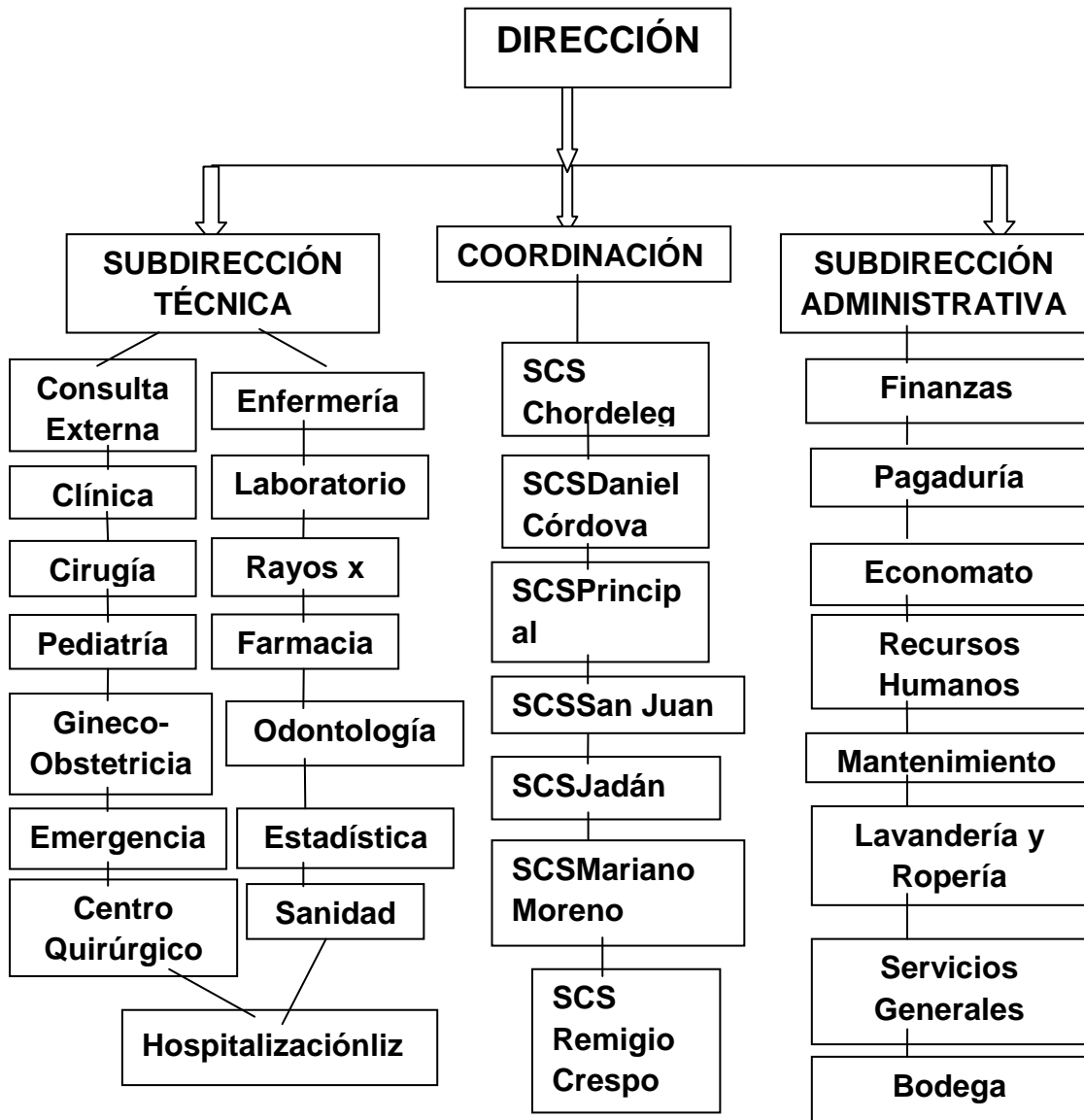
3.8 CONDICIONES QUE RODEAN LA INSTITUCIÓN

3.8.1 INFRAESTRUCTURA SANITARIA

El Hospital Moreno Vásquez, es una de las Instituciones cantonales más grandes e importantes de la Provincia, está ubicada en el centro de Gualaceo, de fácil acceso ya que las calles son adoquinadas y por lo tanto se puede llegar caminando o en carro, cuenta con los servicios básicos de agua, luz, teléfono y alcantarillado; el hospital no cuenta con vigilancia.



3.9 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ACTUAL



FUENTE: Documentos de la Institución

AUTORAS: Livia Castro Matute y Claudia Chocho Peláez

3.10 PROYECTOS Y PROGRAMAS CON QUE CUENTA EL HOSPITAL

PAI.- (Programa Ampliado de Inmunizaciones) que tiene por objetivo disminuir la tasa de morbilidad de las enfermedades prevenibles por vacunas en la población objeto, meta: el 100% de los menores de un año con BCG, OPV, PENTAVALENTE, SRP Y EL REFUERZO en todo el país.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



PANN.- (Programa de Alimentación y Nutrición) que tiene por objetivo proporcionar mi bebida (a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia hasta los 6 meses) mi papilla a los niños desde los 6 meses hasta los 3 años de edad gratuita.

PROGRAMA DE MATERNIDAD GRATUITA.-que tiene por objeto a la atención de mujeres embarazadas durante el parto, parto, postparto.

PROGRAMA DE ATENCION AL MENOR DE 5 AÑOS.-Brinda atención gratuita niños y niñas menores de 5 años, aquellos con enfermedades: EDA, IRA, Y DESNUTRICIÓN.

PROGRAMA DE DOTS.-Brinda atención a pacientes con tuberculosis.

ESCUELA PROMOTORA.-fomento estilo de vida saludable de la población en edad escolar con proyección a la familia de la comunidad.

ADULTO MAYOR.-brindar atención al adulto mayor.

PROGRAMA EBAS.- (Equipo Básico de Atención de Salud) este modelo de atención establece que los equipos de salud visitarán a los pacientes en su domicilio; los EBAS se conforma con un medico, odontólogo y enfermera.

EJES.-Es la promoción para mejorar las condiciones de salud y vida de cada sector prevención, con actividades como la capacitación para prevenir malos hábitos higiénicos, promover el cuidado de niños pequeños con la vacunación, el control prenatal y curación.

3.11 PLANTA FÍSICA: DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA CONSTRUIDA

EMERGENCIA

Con acceso directo a la vía principal, y con rampa para acceso de vehículo, 2 camillas accesorios para atención del paciente, bomba de succión, lámparas entre otras.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



CONSULTORIOS:

Hay 3 consultorios con equipamiento incluido: salas de cirugía, clínica, gineco-obstetricia en esta área hay ecógrafo, colposcopiade toma de muestra para el diagnostico temprano del cáncer cérvico uterino.

COBERTURA

Esta área tiene una cobertura de 53.854 habitantes.

CATEGORIZACIÓN DE LOS USUARIOS

Según el director del hospital refiere no tiene ninguna categorización para los usuarios, sin embargo deben pagar por los servicios en ecografía, laboratorios.

NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES:

El hospital dispone de 25 camas, para la atención de la población de Gualaceo, sectores aledaños y cantones vecinos que acuden a esta casa de salud confiando en sus servicios.

3.12 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

En la actualidad, según el manual de organización de salud del Ministerio de Salud, se denomina Área 5 Gualaceo, la misma que contempla el hospital ubicado en la cabecera cantonal, como Jefatura del área con los siguientes Subcentros.

Mariano Moreno, Daniel Córdova, Remigio creso, San Juan, Jadán, Chordeleg, Principal.

El hospital brinda atención en las siguientes ramas: pediatría gineco-obstetricia, clínica, cirugía, cuenta con hospitalización, consulta externa, medios de diagnóstico: laboratorio, RX, ecografía.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



3.13 AMBIENTE FÍSICO, ESPACIOS, USOS, SERVICIOS.

Por autogestión con diversas entidades y por acuerdos con el Ministerio de Salud Pública se realizaron: Adecuaciones y ampliaciones en los siguientes servicios.

El hospital tiene tres puertas de acceso en la parte frontal, y dos en la parte superior, presentando una constitución de ladrillos de un piso, donde contamos con:

- Dirección.
- Área administrativa.
- Área financiera y contabilidad.
- Departamento de estadística.
- Departamento de farmacia.
- Departamento de bodega.
- Departamento de vacunación.
- Departamento de sanidad.
- Departamento de economato.
- Departamento de laboratorio clínico.
- Departamento de radiología.
- Departamento de odontología.
- Departamento de ropería lavandería y costura.
- Departamento de mantenimiento.
- Consulta externa de pediatría, cirugía, medicina interna y gineco-obstetricia y urología.
- Emergencia.
- Áreas de hospitalización: clínica, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y urología.
- Sala de aislamiento.
- Sala de labor.
- Sala de neonatología.
- Quirófanos.



- Residencia médica.
- Sala de alimentación y dietética.
- Comedor.
- Sala de juntas.
- Capilla.
- Morgue.
- Parqueadero
- Además cuenta con 3 ambulancias

3.14 DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA, ADMINISTRATIVO Y SUS FUNCIONES

DIRECCIÓN: Este departamento es el responsable de supervisar y promover los indicadores de salud y atención médica, gestionar para dar mantenimiento al centro hospitalario para así dar una atención de calidad y calidez a los usuarios que asisten día a día a este centro de salud, también gestiona para planear los presupuestos de equipamiento para áreas de especialidad.

ÁREA ADMINISTRATIVA: El departamento administrativo es el encargado de administrar todos los bienes que posee el Hospital Moreno Vázquez. Dentro de este tenemos, al coordinador quienes el encargado de supervisar a las unidades operativas, coordina las actividades del personal que labora en el hospital, también es el que hace las veces de director.

ÁREA FINANCIERA Y CONTABILIDAD: este departamento está destinado a proveer, planificar, organizar, ejecutar y controlar el presupuesto con el que cuenta la institución.

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA: Este departamento ejecuta métodos y procedimientos para realizar investigaciones en salud.

Elabora el análisis, procedimientos, cálculos, presentación y difusión. Diariamente se realiza la entrega de las historias clínicas en los consultorios.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Desarrollar planes institucionales de capacitación sobre las necesidades y requerimientos de la gestión estadística. Efectúa la actualización de los datos de diferentes servicios de la gestión estadística.

La limitación en este departamento es el tiempo de espera por falta de personal.

DEPARTAMENTO DE FARMACIA: el departamento de farmacia cuenta con los medicamentos básicos del programa del Ministerio de Salud Pública, los mismos que están distribuidos en tres secciones para la entrega a los pacientes.

DEPARTAMENTO DE BODEGA: Este departamento es el encargado del almacenamiento de medicinas de maternidad gratuita que cubre a mujeres en estado de gestación, parto y postparto, planificación familiar y otras enfermedades en general, además cuenta con material de oficina, material de imprenta, repuestos y accesorios, útiles de aseo, materiales de laboratorio, productos odontológicos, implementos para rayos x, lencería, alimentos y bebidas, todos estos productos son almacenados por separado por rubros para el manejo adecuado de los mismos y así poder entregar a los diferentes departamentos según sea la necesidad para un buen funcionamiento.

DEPARTAMENTO DE VACUNACIÓN: En este departamento existe un cuarto frío en las que se receptan biológicos (vacunas) y se distribuyen a todas las unidades operativas. También es el responsable en cumplir con el esquema de vacunación en los niños menores de 5 años, en las mujeres en edad fértil, gestantes, escolares, adolescentes, tercera edad y personas que requieran de este servicio.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD: Controla y supervisa los establecimientos bajo jurisdicción y competencia administrativa establecida en la ley orgánica de salud y leyes conexas, para lograr mejores condiciones técnico higiénico sanitario de los locales. Además es el que asesora el funcionamiento de las áreas de salud en el campo sanitario. Controla el trámite y obtención del

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



permiso de funcionamiento. Supervisa y monitorea las actividades de los inspectores sanitarios. Realiza supervisión e inspección a establecimientos. Programa y ejecuta labores de control y vigilancia sanitaria. Participa y planifica actividades de control sanatorio. Capacita al personal de inspectores sanatorios. Colabora con diferentes procesos en controles relacionados con vigilancia sanitaria.

DEPARTAMENTO DE ECONOMATO: Realizar de forma cualificada la dirección, control, organización y supervisión de los alimentos que son para uso de los pacientes y personal que labora en el área hospitalaria, junto con el departamento de nutrición establece las necesidades de alimentos y materiales de acuerdo con las demandas.

DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO: encargado de realizar todos los exámenes que los médicos requieran para el diagnóstico y tratamiento de las personas hospitalizadas es gratuito los pacientes de consulta externa con escasas posibilidades económicas tendrán derecho a una categorización de tal forma que puedan acceder a precios mas cómodos o exámenes sin costos.

Entre los exámenes que se realizan dentro de la institución están los siguientes.

Se realizan gratuitamente la prueba del VIH a todas las mujeres embarazadas que acuden a consulta ginecológica.

El laboratorio como parte de la red nacional del PCT (programa de control de tubérculos) realiza las dactiloscopias de todas las personas detectadas como sintomáticas respiratorias.

También se realiza exámenes del VDRL y heces a personas que desean obtener el permiso de funcionamiento de locales comerciales, para evitar la posible contaminación de los productos expendidos.

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA: Permite ayudar al médico de cualquier especialidad en el diagnóstico y en la forma a seguir para un adecuado

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



tratamiento con el fin de salvaguardar la vida de los pacientes que acuden diariamente a esta casa de salud.

Cuenta con equipo de rayos X y ecografía con tres tipos de sondas que permite realizar desde estudios simples considerados como de rutina como son los de abdomen, vía biliar, riñones, útero, anexos, vejiga y próstata, así como el uso de equipos endocavitarios es decir para estudios de vagina, útero, ovarios, y detección de patologías quísticas o tumorales solidas que no se visualiza con la ecografía transabdominal; con las sondas lineales se pueden estudiar estructuras musculares, articulares tales como hombros, rodillas y órganos superficiales como la glándula tiroides , testículos, mamas y estudio de ojo en su modo B. El equipo de radiodiagnóstico brinda nitidez en las estructuras orgánicas; con estudio de tórax, abdomen, tejido óseo de las diferentes regiones del cuerpo humano así como pequeños estudios de tipo invasiva (contrastados y con medio yodado.) relajándose estudios de fistula orgánica denominadas fistulografía.

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA:Brinda atención odontológica de promoción, prevención y recuperación de la salud buco-dental a la población con calidad, calidez, eficacia y eficiencia del área de su competencia acordes con la tecnología actual. Atiende al paciente de consulta externa y ejecuta sus funciones de acuerdo a las normas de estomatología vigentes.

DEPARTAMENTO DE ROPERÍA LAVANDERÍA Y COSTURA:En este departamento se desempeña tres labores las cuales son las siguientes:

Lavado, planchado, confeccionado.

Entrega de ropa a los siguientes departamentos: Hospitalización, quirófanos, emergencia, rayos X, ontología, laboratorio y al personal que labora dentro de la institución; este departamento cuenta con una lavadora y un planchador para mejorar el trabajo que a diario se realiza.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO:Es el responsable de mantener en buen estado el hospital, realiza actividades relacionadas con la limpieza

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



de los equipos que posee el hospital, manteniéndolo en buenas condiciones, lavamanos, sanitarios, conexiones eléctricas y de agua, abastecimiento de gas y de oxígeno a los departamentos correspondientes, en si todo lo que tiene que ver con maquinarias y equipos.

CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA: Brinda atención a niños menores de 15 años 11 meses y 29 días que presentan toda clase de patologías que requieren un pronto diagnóstico para su tratamiento y recuperación.

CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA: Brinda atención de salud especializada al usuario externo, participa en la planificación, organización y evaluación de las actividades medicas tanto en hospitalización, consulta y emergencia.

CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA: Este departamento esta apegado al avance científico y tecnológico pero sobre todo humano que tiene esta especialidad para evaluar al paciente de una forma global; se cuenta con médicos capacitados en vías áreas como son: reumatología, neumología, nefrología, endocrinología hematología, oncología y cardiología, entre otras, en esta ultima rama se ha prestado con mayor énfasis la realización de electro cardiología, cardiografía, servicio con el cual cuenta el hospital.

CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA: La ginecología es la especialidad médica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios) y la obstetricia el cuidado y complicaciones del embarazo. El departamento de Gineco-Obstetricia cuenta con diferentes áreas:

CONSULTA EXTERNA: Atienden dos ginecólogos especialistas y un debengavante en los horarios de 8:00 a 12:00 y de 13:00 a 16:30, con atención de 20 a 35 pacientes diarios. Dan atención de control del embarazo y complicaciones del mismo, planificación familiar, toma de citología cervico-vaginal (Papanicolaou), todo esto cubre la maternidad gratuita además se

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



atiende las enfermedades ginecológicas, como: infecciones, enfermedades de transmisión sexual, patologías mamarias, miomatosis uterina, entre otras.

DEPARTAMENTO DE LIMPIEZA: con el fin de brindar una buena atención a todas las personas que acuden a esta casa de salud, se realiza la limpieza diaria de los departamentos de hospitalización, enfermería, quirófano, sala de labor de partos, emergencia, consulta externa, farmacia. Rayos X, laboratorios, capilla, baños, área administrativa, vacunación, residencia medica, odontología, además realizan la limpieza de las ventanas, puertas, tumbados, patios, ellos son los responsable de la clasificación de los desechos infecciosos y comunes, entre otras cosas.

EMERGENCIA: permanece abierto las 24 horas esta implementado con los servicios básicos para tratar diferentes tipos de emergencias tales como: traumatismo, trauma encefalocraneano (TEC), envenenamientos, intento de suicidio, reanimación cardiopulmonar, quemaduras, partos, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, crisis hipertensivas, retención de agua de orina, epistaxis, neumonía, diabetes mellitus tipo II descompensada, infección del tracto urinario, colesistolitiasis, apendicitis agua y enfermedades prevalentes en la infancia como enfermedad diarreica aguda (EDA), e insuficiencia respiratoria aguda(IRA), entre otras.

En el turno de 8 a 4:30 pm este departamento está compuesto por un equipo médico capacitado conformado por: médicos, enfermeras, internas de enfermería, auxiliares, cuyo objetivo principal es la de prestar ayuda inmediata a las personas que adolecen de diferente tipo de enfermedades. Para el turno de la noche no cuenta con personal médico y de enfermería porque el personal que asiste es de hospitalización. Con la finalidad de cumplir con todas las necesidades de los usuarios se tiene un horario para las diferentes situaciones que no son muy emergentes entre las que constan curaciones, retirada de puntos, administración de inyecciones, medición de la tención arterial, los cuales se realiza en las mañanas a partir de las 10:00

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



hasta las 12:00 y en las tardes hasta las 17:00 pm, de esta manera se mantiene el orden.

DOTACIÓN DE LAS INSTALACIONES: EQUIPOS, MATERIALES Y MOBILIARIO.

El área de emergencia cuenta con:

- 3 camillas para las mismas que están separadas con cortinas para la privacidad del paciente
- 1 camilla para monitorizar a las maternas
- Monitor
- Succionador
- 2 carros de curaciones
- Equipos de sutura
- Equipos de curación
- Equipos de puntos
- Equipos de emergencia
- Dos cuellos ortopédicos, 1 de adulto y 1 pediátrico
- Bisturí
- Hilos para sutura siendo estos:
Seda 2/0, 3/0, 4/0, 5/0, 6/0. Crómico 3/0, 4/0
- Sonda nelaton
- Sondas naso gástrico.
- Sonda Foley.
- Aspirador endotraqueal
- Lidocaína
- Medicamentos
- Recetarios
- Vendas, compresas, gasas, etc.

Cabe recalcar que en el departamento de emergencia existe un déficit en los materiales e insumos que se



requieren en el área de salud como: equipos de puntos, equipos de curación, medicamentos, etc.

3.15 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

TURNOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL AÑO 2010

SERVICIOS	TOTAL
CLÍNICA	5700
CIRUGÍA	7400
PEDIATRÍA	8400
GÍNECO-OBSTETRICIA	7200
MEDICINA GENERAL	12173
TOTAL	40873

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Moreno Vázquez

AUTORAS: Livia Castro Matute y Claudia Chocho Peláez



CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo que predisponen a la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital “Moreno Vásquez” del Cantón Gualaceo perteneciente a la Provincia del Azuay 2011.

Objetivos Específicos

- Describir las características Gineco-Obstétricas de las adolescentes embarazadas.
- Identificar las condiciones socio-económicas de las adolescentes embarazadas en el periodo de estudio.
- Valorar la situación familiar de las adolescentes que se embarazaron en el período establecido.



DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio descriptivo- transversal, porque permite describir e interpretar en un corte de tiempo las situaciones y eventos, además mide diversos aspectos del fenómeno a investigar así como los conceptos.

Su objeto es determinar los factores que predisponen a la ocurrencia de embarazos en adolescentes.

Es una investigación cuantitativa, porque permite el manejo de datos numéricos los mismos que se interpretan a través del análisis estadístico, para determinar la frecuencia y porcentaje de adolescentes embarazadas que acuden a Consulta Externa del Hospital “Moreno Vázquez” del Cantón Gualaceo.

4.2 UNIVERSO

El universo está constituido por 300 adolescentes embarazadas en edades de entre 13 a 19 años que acuden a Consulta Externa del Hospital “Moreno Vázquez” del cantón Gualaceo de la provincia del Azuay, en el año 2011.

4.3 MUESTRA

En el presente estudio se tomó como fuente de información un marco muestral constituido por 75 adolescentes embarazadas, que acudieron a la consulta externa del Hospital “Moreno Vázquez” del cantón Gualaceo de la provincia del Azuay, en los meses Marzo a Junio 2011.

El tamaño de la muestra, se obtuvo mediante la siguiente fórmula.

m

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



$$n = \frac{c^2 (m-1)+1}{\dots}$$

n= tamaño de la muestra

m= tamaño de la población (300)

c²= error admisible (0.10)²

La muestra queda constituida por 75 adolescentes embarazadas.

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Todas las adolescentes embarazadas en edades de entre 13 a 19 años que acuden a Consulta Externa del Hospital “Moreno Vázquez” del Cantón Gualaceo, en quienes se buscó conocer los factores de riesgo que predisponen al embarazo en adolescentes.

4.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Se aplicó las encuestas estructuradas a las 75 adolescentes embarazadas del grupo de estudio, que permitió plantear preguntas idénticas a todas las adolescentes encuestadas para determinar los factores de riesgo que predisponen al embarazo en adolescentes.

4.6 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para la interpretación y análisis de la información se utilizaron los siguientes instrumentos de trabajo:

Formulario de encuesta dirigida a la adolescente embarazada con preguntas abiertas y cerradas que permitieron obtener información a cerca de: edad, estado civil, nivel de educación, ocupación, servicios de infraestructura, tipo de trabajo, remuneración salarial, embarazos anteriores, datos de la pareja. La duración de la encuesta fue de 10 minutos.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE

CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Estos datos fueron recolectados por las autoras durante 8 horas diarias; en los turnos de Consulta Externa de mañana y tarde.

4.7 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó la clasificación de los datos, enumerando los formularios y clasificándolos por tipo de involucrados: adolescentes embarazadas.

Para el análisis de la información se realizó por medio de tablas de 2 x 2, para que los resultados nos permitan explicar de manera detallada los hallazgos.

Se elaboró tablas de una y doble entrada. Para ello utilizamos el programa EXCEL Y SPSS.

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.

Para llevar a cabo la investigación se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyó adolescentes embarazadas de 13 a 19 años de edad que acudieron al control prenatal en el Hospital “Moreno Vázquez” del Cantón Gualaceo.

Consentimiento explícito de participación, firmado y autorizado por la adolescente embarazada, y en ciertas entrevistas se requirió autorización de sus padres.

4.9 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Mujeres embarazadas más de 20 años de edad y/o adolescentes embarazadas cuyos familiares o representantes no firmaron el consentimiento informado de participación en la investigación.

4.10 IMPLICACIONES ÉTICAS

Las entrevistas aplicadas a las adolescentes que acudieron al control prenatal del Hospital “Moreno Vázquez” del Cantón Gualaceo se realizaron por medio de encuestas de manera confidencial y que no representó gastos económicos ni afectó la salud de la encuestada.

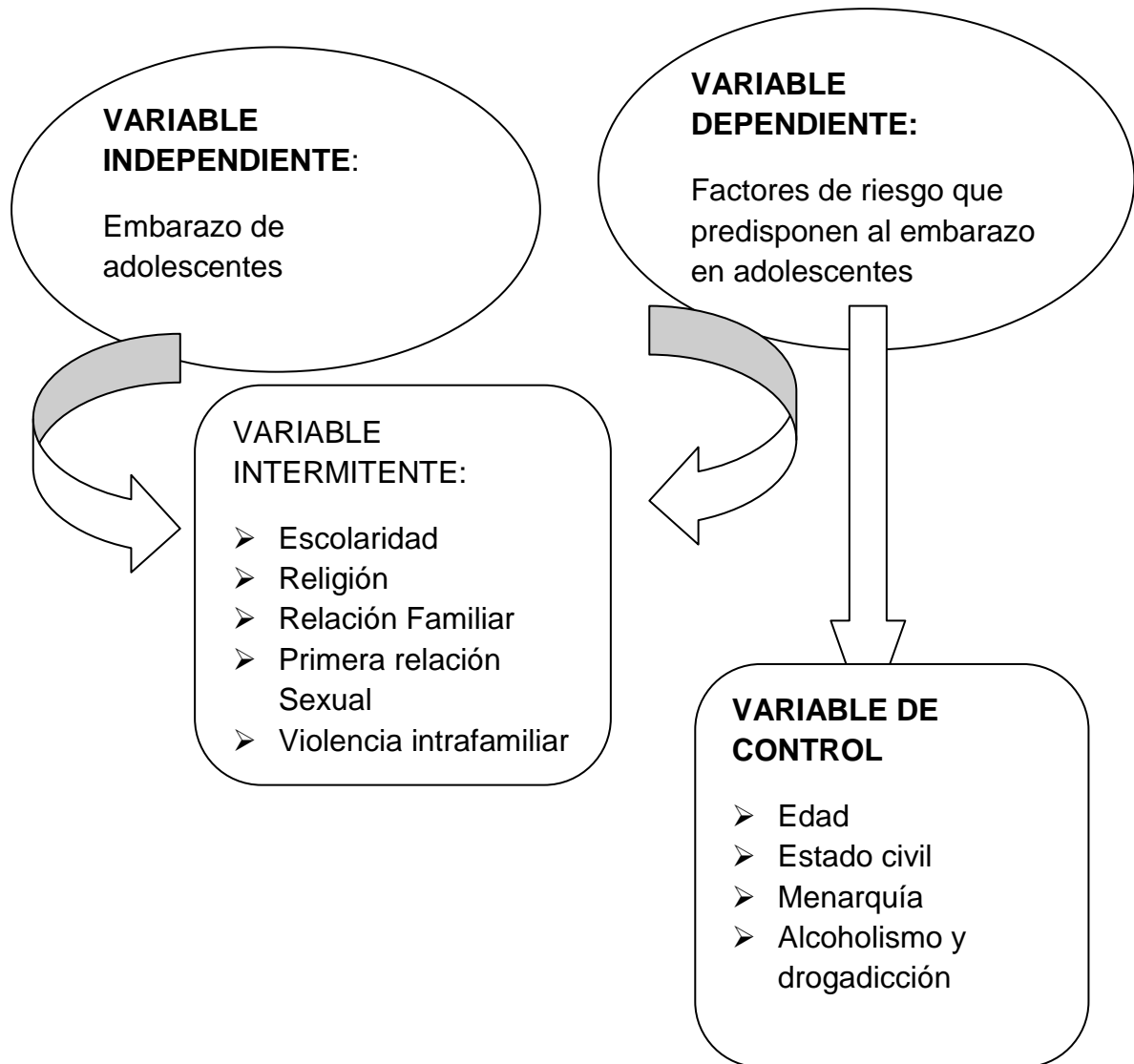
4.11 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una vez leído el formulario de entrevistas, las adolescentes embarazadas y en ciertos casos sus representantes firmaron y aceptaron participar en esta investigación, teniendo en cuenta que la entrevista no representaba perjuicio para ellas y tenían derecho de retirarse en cualquier momento.



4.12 VARIABLES

ESQUEMA DE ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES





CAPITULO V

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN EDAD. CUENCA 2011.

EDAD	N°	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA(10-13)	2	2.70
ADOLESCENCIA MEDIA (14-16)	21	28.00
ADOLESCENCIA TARDÍA (17-19)	52	69.30
TOTAL	75	100.00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:**Las Autoras.

ANÁLISIS:entre los datos más significativos de la presente investigación tenemos que el 2,70% de adolescentes embarazadas están dentro de adolescencia temprana, el 28,00% adolescencia media y un 69,30% adolescencia tardía, representa un evento poco receptivo, y tiene relación con los acontecimientos del medio que influye para que suceda: la precocidad de la actividad sexual, deficiente información en educación sexual y reproductiva impartida en los establecimientos educativos, influencia social ya que los y las adolescentes tienen las relaciones sexuales como algo normal sin medir las consecuencias a futuro, el fenómeno

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



migratorio que favorece la desintegración del núcleo familiar. Todos ellos aumentan el riesgo de tener embarazos no deseados en forma temprana.

El embarazo a temprana edad limita las oportunidades para los/las jóvenes y su integridad emocional, no disfrutan de su adolescencia e ideales. La edad constituye un factor de alto riesgo obstétrico para la madre y el feto, la adolescente embarazada presenta escasa madurez pélvica que obstaculiza el nacimiento, tendiendo nacimientos prematuros con niños pequeños y débiles para edad gestacional con escasa probabilidad de sobrevivir; sumado a esto el limitado desarrollo inmunológico y neuronal que compromete la salud de su madre y la de su hijo.



TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN ESTADO CIVIL. CUENCA 2011.

ESTADO CIVIL	N°	%
UNIÓN LIBRE	44	58,60
SOLTERA	17	22,70
CASADA	14	18,70
TOTAL	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:**Las Autoras

ANÁLISIS:de acuerdo a los datos obtenidos tenemos que un 58,60% permanecen en unión libre quizá por temor a enfrentarse a sustentar un hijo sola, también por desconocimiento a la ley de Dios que exige el matrimonio, otro factor que desencadena esta situación es la falta de madurez por parte de sus parejas, hoy en día el estado civil de unión libre se ha convertido en algo aceptado y normal en nuestro medio. Además un 22,70% son madres solteras que ejercen el papel de crianza del niño/a sin la figura paterna; ya que el mismo al enterarse de su gestación deciden no asumir el rol, actualmente este grupo asume la doble responsabilidad en algunos casos independiente de sus padres; situación que es un determinante para las consecuencias psicológicas y sociales.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD - ESTADO CIVIL. CUENCA 2011.

GRADO DE ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	UNION LIBRE		SOLTERA		CASADA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ANALFABETA	1	1,30	0	0	0	0	1	1,30
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0	1	1,33	1	1,33	2	2,66
PRIMARIA COMPLETA	16	21,33	2	2,66	1	1,33	19	25,32
SECUNDARIA COMPLETA	6	8,00	4	5,33	3	4,00	13	17,33
SECUNDARIA INCOMPLETA	20	26,66	9	12,00	8	10,66	37	49,32
UNIVERSIDAD	1	1,33	1	1,33	1	1,33	3	4,00
TOTAL	44	58,62	17	22,65	14	18,65	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:**Las Autoras.

ANÁLISIS:El embarazo de una adolescente ha sido visto como una influencia desfavorable para las parejas de las mismas. El resultado de las entrevistas realizadas determinó que un 25,32% de las adolescentes embarazadas culminaron sus estudios primarios, el 49,32% inician sus estudios secundarios, pero no pudieron continuar con los mismos por el

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



estado de gestación o por su inmadurez tanto fisiológica como psicológica para afrontar la responsabilidad materna, a lo que se suma la influencia del estado civil debido a que el 58,62% están en unión libre, el 22,65% son madres solteras, esto hace que se dé un restringido acceso a oportunidades de superación; lo cual repercute dentro del aspecto familiar y social constituyendo una problemática desalentadora de este grupo etario. Mientras mayor es el nivel de instrucción educativo de la futura madre, el niño tendrá menos riesgo de enfermar, o morir y crecerá más sano.



TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN RELIGIÓN QUE PROFESA. CUENCA 2011.

RELIGIÓN	Nº	%
CATÓLICA	70	93,33
EVANGÉLICA	4	5,33
NINGUNA	1	1,33
TOTAL	75	100,00

Fuente: Formulario de recolección datos. **Elaborado por:** Las Autoras

ANÁLISIS: aquí observamos que el 93.33% de madres adolescentes son de religión católica, el 5.33% de religión evangélica y el 1.33% no pertenece a ninguna religión, si analizamos estos datos encontramos que el mayor porcentaje de madres adolescentes pertenecen a la religión católica.



TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL - MENARQUIA. CUENCA 2011.

INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL	MENARQUIA						TOTAL	
	10-11		12-13		14 O MAS			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-13)	0	0	8	10,66	3	4,00	11	14,66
ADOLESCENCIA MEDIA (14-16)	7	9,33	22	29,33	16	21,33	45	60,00
ADOLESCENCIA TARDIA (17-19)	4	5,33	8	10,66	7	9,33	19	25,33
TOTAL	11	14,66	38	50,65	26	34,66	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.

Elaborado por:Las Autoras.

ANÁLISIS: entre los datos estadísticos más importantes tenemos que el 50,66% de madres adolescentes tuvo su primera menarquía entre los 12- 13 años las mismas que inician su actividad sexual en la adolescencia media (14-16) con un 29,33%. El embarazo en la adolescencia representa mayor vulnerabilidad en los primeros 5 años postmenarquia por su prioridad a mayores riesgos maternos, perinatales y del recién nacido e irrumpe en esta etapa de la vida cuando todavía aún no alcanzado la madurez física y mental, y en circunstancias adversas como: las enfermedades, carencias nutricionales, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



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



TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN EMBARAZO DESEADO – ESTADO CIVIL. CUENCA 2011.

EMBARAZO DESEADO	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	UNION LIBRE		SOLTERA		CASADA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	34	45,33	7	9,33	11	14,66	52	69,30
NO	10	13,33	10	13,33	3	4,00	23	30,70
TOTAL	44	58,66	17	22,66	14	18,66	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:**Las Autoras.

ANÁLISIS:según los datos estadísticos tenemos que el 58,66% de adolescentes embarazadas a pesar de estar en unión libre si deseo quedar embarazada con un 69,30% ahora esperan a su hijo/a con mucha alegría para brindarle todo el amor y cuidado que un bebe necesita, y el 30,70% no deseó quedar embarazadadentro de este grupo están las madres solteras con un 22,66%, pero a pesar de ello de una u otra manera acepta su embarazo y decide salir adelante venciendo cualquier obstáculo. En la actualidad uno de los principales problemas que afecta a los y las jóvenes que comienzan su actividad sexual temprana, es el embarazo no planificado o no deseado, y las consecuencias de este, afectan tanto su salud como a su entorno familiar.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN NUMERO DE HIJOS DE LA ADOLESCENTE. CUENCA 2011.

HIJOS	Nº	%
PRIMERO	54	72
SEGUNDO	21	28
TOTAL	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:**Las Autoras.

ANÁLISIS:en la presente investigación tenemos que el 72% de madres adolescentes van a tener su primer bebé y el 28% ya están con dos u otras madres hasta con tres bebés. Si analizamos detenidamente esta situación tenemos que esto está dado por la intervención de varios factores como son; prematuro inicio de actividad sexual, menarca a corta edad, por pertenecer a familias disfuncionales o como notamos cuando hacíamos las entrevistas adolescentes que habían sido víctimas de violación lo que ha provocado en la adolescente graves daños psicológicos que le marcaran para toda su vida. La madre adolescente precoz tiende a tener un número mayor de hijos no deseados. Presenta mayor inestabilidad con su pareja (solo el 20% permanece con el padre de su hijo a largo plazo).

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR – USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CUENCA 2011.

CONOCIMIENTO PLANIFICACION FAMILIAR	USO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	19	25,33	18	24,00	37	49,30
NO	3	4,00	35	46,66	38	50,70
TOTAL #	22	29,30	53	70,70	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:** Las Autoras.

ANÁLISIS:de acuerdo a estos datos estadísticos tenemos que el 50,70% de madres adolescentes no conoce lo que es planificación familiar las mismas que no usaron métodos anticonceptivos con un 70,70%, el 49,30% si tiene conocimientos de lo que es planificación familiar, de estas adolescentes, un 29,30% usó método anticonceptivo en ese período. El uso de métodos anticonceptivos y el conocimiento sobre planificación familiar en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario, (no siempre bien utilizados) seguido de la píldora.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



TABLA N° 9

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN EDAD DE LA PAREJA – OCUPACIÓN. CUENCA 2011.

EDAD DE LA PAREJA	OCUPACIÓN DE LA PAREJA						TOTAL	
	ESTUDIANTE		NO TRABAJA		TRABAJA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-13)	3	4,00	1	1,33	5	6,66	9	12,00
ADOLESCENCIA MEDIA (14-16)	4	5,33	3	4,00	19	25,33	26	34,66
ADOLESCENCIA TARDIA (17-19)	5	6,66	4	5,33	31	41,33	40	53,34
TOTAL	12	15,99	8	10,66	55	73,32	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:**Las Autoras.

ANÁLISIS: entre los datos más importantes de esta investigación tenemos que las edad de la pareja pertenece adolescencia tardía (17-19) con un 53,34%, de ellas el 41,33% trabajan, los empleos más comunes que desempeñan son: albañilería, choferes, mecánicos y zapateros, la remuneración que obtienen de estos trabajos es escaso, no llega ni al sueldo básico, generando un ingreso económico bajo, el mismo que apenas alcanza para sobrevivir, esta situación también es un factor importante que influye para que muchos padres evadan sus responsabilidades.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener ", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas. Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración. En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre".



TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN TRABAJO ACTUAL – OCUPACIÓN. CUENCA 2011.

OCUPACIÓN	TRABAJO ACTUAL				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AMA DE CASA	0	0	52	69,33	52	69,33
ESTUDIANTE	0	0	14	18,66	14	18,66
VENDEDORA	7	9,33	0	0	7	9,33
TRABAJA Y ESTUDIA	1	1,33	0	0	1	1,33
NINGUNA	0	0	1	1,33	1	1,33
TOTAL	8	10,66	67	89,33	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:**Las Autoras.

ANÁLISIS:según estos datos estadísticos tenemos que el 89,33% de madres adolescentes no trabaja se dedican a ser amas de casa con un 69,33% , este grupo de madres nos supieron manifestar que debido a su estado de salud muchas personas les negaron la oportunidad de trabajar manifestando que no era apta para el trabajo o que no lo va a poder desempeñar a cabalidad, la sociedad limitada en la que vivimos aun continua discriminando y pensando que a una mujer embarazada no se le debe dar la oportunidad de trabajar ya que va a dar mal aspecto en el trabajo. El 18,66% de las adolescentes continúan sus estudios con el apoyo económico de sus padres o de su pareja.El 10,66% de madres adolescentes si cuenta con un trabajo, dedicándose en un 9,33% a actividades de: artesanía, al comercio de víveres, venta de productos Yanbal y Avon, etc. lo

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



cual le será de gran ayuda para solventar los gastos que se presentarán durante y después de su embarazo, el hecho de contar con trabajo repercute positivamente en el ingreso económico personal y familiar ya que favorece la adquisición de alimentos y posteriormente es un respaldo para la crianza del bebé, repercutiendo en el autoestima de la adolescente dentro del círculo familiar y social.



TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN SERVICIOS BÁSICOS – INGRESO ECONÓMICO. CUENCA 2011.

SERVICIOS BÁSICOS	INGRESO ECONÓMICO						TOTAL	
	MENOS DE 250		ENTRE 250 Y 500		MAS DE 500			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	65	86,66	8	10,66	2	2,66	75	100,00
TOTAL	65	86,66	8	10,66	2	2,66	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.

Elaborado por:Las Autoras.

ANÁLISIS:en estos datos estadísticos tenemos que el 100% de las madres adolescentes cuenta con todos los servicios básicos principales como: alcantarillado, luz y agua potable, el contar con todos los servicios básicos es de mucha ayuda para la salud de la madre adolescente ya que le permite llevar una vida más placentera y evitar enfermedades infecciosas tanto para la madre, hijo y demás familiares, siendo esto un aspecto positivo, lo negativo es que el 86,66% del ingreso económico de la familia de la adolescente está por debajo de 250 dólares mensuales, lamentablemente en el Ecuador no todos tenemos el privilegio de contar con lo dicho por el gobierno de ganar como mínimo el sueldo básico, es por ello que cada día incrementa el índice de la delincuencia, los abortos, hijos abandonados, etc.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN MEDIOS DE COMUNICACIÓN – ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN. CUENCA 2011.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN	ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN				TOTAL	
	SI		NO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
TV	66	88,00	0	0	66	88,00
RADIO	6	8,00	2	2,66	8	10,66
INTERNET	1	1,33	0	0	1	1,33
TOTAL	73	97,33	2	2,66	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:** Las Autoras.

ANÁLISIS:en los siguientes datos obtenidos tenemos que el 97,33% de adolescentes embarazadas cuentan en sus hogares con algún medio de comunicación, TV el 88,00%, radio el 8,00%, acceso a internet el 1,33%, el 2,66% no tiene acceso a medios de comunicación es decir viven desinformados. Los medios de comunicación tienen aspectos positivos y negativos que influyen en la adolescente de manera directa o indirecta ya que emiten información con fines educativos y en otros casos emiten información errada que contamina la mente de las/los jóvenes como por ejemplo el internet que últimamente está de moda y está siendo mal utilizado ya que tienen fácil acceso a páginas de pornografía que enferma la mente de cualquier jovencita/o, en estos medios de comunicación debería darse a los /las jóvenes programas educativos acerca de la sexualidad, logrando así disminuir el índice de adolescentes embarazadas.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual.

**TABLA N° 13**

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN CON QUIÉN CONVIVE EN EL HOGAR. CUENCA 2011.

FAMILIA	Nº	%
PADRE	2	2,70
MADRE	7	9,30
AMBOS	14	18,70
PAREJA	48	64,00
OTROS FAMILIARES	4	5,30
TOTAL	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:** Las Autoras.

ANÁLISIS:entre los datos más importantes tenemos que el 64,00% de adolescentes embarazadas viven con su pareja, si relacionamos esto con el estado civil nos damos cuenta que viven con pareja, pero, en unión libre, lo que no le proporciona a la adolescente ninguna estabilidad y seguridad viviendo en medio de la incertidumbre de que su conviviente cualquier momento la deje abandonada y a la deriva con su hijo/a. El 18,70% vive con sus padres los mismos que proporcionan a la adolescente el apoyo, el amor y la comprensión que la adolescente en estos momentos necesita.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



TABLA N° 14

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN RELACIÓN CON LOS PADRES – APOYO FAMILIAR. CUENCA 2011.

RELACIÓN FAMILIAR	APOYO				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EXCELENTE	26	34,66	1	1,33	27	36,00
BUENA	36	48,00	0	0	36	48,00
REGULAR	9	12,00	2	2,66	11	14,70
MALA	0	0	1	1,33	1	1,30
TOTAL	71	94,66	4	5,30	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:** Las Autoras.

ANÁLISIS:Según datos obtenidos se determinó que el 34,66% de las adolescentes embarazadas tienen excelente relación familiar, el 48,00% buena relación con los padres, el 94,66% reciben apoyo de los mismos, lo que posibilita un equilibrio psicológico, por la protección de sus padres, ayudándole a desenvolverse armónicamente dentro del círculo social. El 12,00% de las adolescentes tienen regular relación familiar por lo que sufren abandono, negación, rechazo y exclusión del hogar. La adolescente enfrenta un gran desafío, ya que la crisis de maduración, la desintegración familiar y la relación de pareja inestable deteriora su formación integral; por ello la alternativa de asumir la responsabilidad o fracasar interfiere también en el rol maternal.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



TABLA N° 15

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN PARENTESCO DEL MIGRANTE - MIGRACION DE FAMILIARES. CUENCA 2011.

PARENTESCO DEL MIGRANTE	MIGRACIÓN DE FAMILIARES				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PAPA	16	21,33	4	5,33	20	26,66
MAMA	3	4,00	8	10,66	11	14,66
HERMANOS	19	25,33	0	0	19	25,33
OTROS	25	33,33	0	0	25	33,33
TOTAL	63	84,00	12	16,00	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos. **Elaborado por:**Las Autoras.

ANÁLISIS: a través de los resultados se verifica que un 84,00% de las entrevistadas tienen familiares que han migrado, 21,33% padres, 4,00% madres migraron a otro país, el 25,33% hermanos, el 33,33% otros familiares, esto se debe a que la salida de ecuatorianos hacia otros países es un fenómeno que tiene repercusión tanto en lo económico como en lo social, desde la perspectiva individual, familiar y emocional; con pérdida del vínculo familiar, llegando a ser uno de los factores para que se dé un embarazo en adolescentes, muchas de las jóvenes toman decisiones por sí mismo sin medir las consecuencias ya que no cuentan con el apoyo, con un consejo, una orientación adecuada referente al embarazo en adolescentes.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ

**TABLA N° 16**

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL DE LA FAMILIA. CUENCA 2011.

ALCOHOLISMO	Nº	%
SI	47	62,70
NO	28	37,30
TOTAL	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:**Las Autoras.

ANÁLISIS:según los datos obtenidos tenemos que; el 62,7% de las personas que viven con la adolescente consume alcohol, estamos hablando de sus parejas, hermanos, amigos e incluso las mismas adolescentes consumían alcohol anteriormente, los jóvenes consumen mucho más alcohol y lo hacen desde más temprana edad (12 años). El alcohol es una droga socialmente aceptada y de fácil acceso. Por lo tanto el gobierno de turno y todos debemos involucrarnos para evitar esta situación ya que es una preocupación compartida pensar en el futuro que se vislumbra si los adolescentes de hoy siguen llevando un estilo de vida bajo conductas de alto riesgo y si Gualaceo continua sin hacer nada puede convertirse en una ciudad llena de alcohólicos/as prematuros. El 37,3% de las personas que rodean a la adolescente no consume alcohol.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



TABLA N° 17

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN CONVERSACIÓN ACERCA DE SEXUALIDAD CON LOS PADRES. CUENCA 2011.

SEXUALIDAD	Nº	%
FRECUENTEMENTE	23	30,70
RARA VEZ	4	5,30
NUNCA	48	64,00
TOTAL	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:**Las Autoras.

ANÁLISIS:en estos datos encontramos que el 64,00% de adolescentes embarazadas nunca hablaron de sexualidad en el hogar, esto es una cifra preocupante, notamos que los padres están llenos de mitos los cuales no les permite hablar de sexo con sus hijos, los padres piensan que si hablan de sexo con ellos van a despertar su interés y tendrán relaciones sexuales más temprano, por ello debemos educar a los padres en este tema y hacerles ver que es muy importante que hablen de esto con sus hijos/as, deben concientizar al adolescente que el sexo no es malo siempre y cuando esté dentro del ámbito correcto, cuando estén en una edad adecuada y listos para disfrutar a plenitud con su pareja.El 30,70% de adolescentes embarazadas frecuentemente han hablado de sexualidad en el hogar, pero quizá fallaron porque sus padres no les educaron con amor y no llenaron las expectativas de la adolescente más bien le dejaron dudas y preguntas inconclusas.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



TABLA N° 18

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN TIPO DE MALTRATO – RECIBE MALTRATO. CUENCA 2011.

TIPO DE MALTRATO	RECIBE MALTRATO				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
VERBAL	2	2,66	6	8,00	8	10,66
FÍSICO	1	1,33	2	2,66	3	4,00
SEXUAL	1	1,33	1	1,33	2	2,66
PSICOLÓGICO	6	8,00	5	6,66	11	14,66
NO RECIBE MALTRATO	1	1,33	50	66,66	51	68,00
TOTAL	11	14,65	64	85,31	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.

Elaborado por:Las Autoras.

ANÁLISIS:aquí observamos que el 85,31% de adolescentes embarazadas no ha recibido ningún tipo de maltrato, está mejoría de cifras es gracias a la implementación de leyes de protección a la mujer, niña y adolescente, por lo que es digno de felicitar al gobierno y entidades protectoras de la mujer. El 14,65% de adolescentes embarazadas sufrió algún tipo de maltrato como:verbal 2,66%, físico 1,33%, sexual 1,33%, psicológico 8,00%, debemos concientizar a las adolescentes para que denuncien este tipo de agresiones y evitar que haya más víctimas que lamentar.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



TABLA N° 19

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN TIPO DE MALTRATO - FRECUENCIA. CUENCA 2011.

TIPO DE MALTRATO	FRECUENCIA QUE RECIBE MALTRATO						TOTAL	
	DIARIO		RARA VEZ		NUNCA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
VERBAL	1	1,33	7	9,33	0	0	8	10,67
FISICO	0	0	3	4,00	0	0	3	4,00
SEXUAL	0	0	2	2,66	0	0	2	2,66
PSICOLOGICO	1	1,33	8	10,66	2	2,66	11	14,67
NO RECIBE MALTRATO	0	0	0	0	51	68,00	51	68,00
TOTAL	2	2,66	20	26,65	53	70,66	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.

Elaborado por:Las Autoras.

ANÁLISIS: en este gráfico encontramos que el 26.65% de las adolescentes embarazadas que fueron víctimas de maltrato son agredidas rara vez, el 10,66% con maltrato psicológico esto nos indica que la adolescente vive con el temor de volver a ser maltratada, por lo que se mantiene en un estado de depresión, timidez, vive alejada del círculo social. El 68,00% de adolescentes embarazadas nunca han sido maltratadas.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE

CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ

**TABLA N° 20**

DISTRIBUCIÓN DE 75 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MORENO VÁZQUEZ DEL CANTÓN GUALACEO, SEGÚN NORMAS DE CONDUCTA ESTABLECIDA EN EL HOGAR. CUENCA 2011.

NORMAS DE CONDUCTA	Nº	%
SI	28	37,30
NO	47	62,70
TOTAL	75	100,00

Fuente:Formulario de recolección datos.**Elaborado por:**Las Autoras.

ANÁLISIS:en la presente investigación encontramos que el 62,70% de adolescentes embarazadas no ha tenido normas de conducta en el hogar, tal vez porque sus padres migraron y se quedaron a cargo de otros familiares, o porque la madre tuvo que hacer doble papel de padre y madre, como en la adolescencia los jovencitos/as se tornan rebeldes la mamá no logró que su hija le obedezca, el hecho de que las adolescentes no hayan tenido normas de conducta en el hogar tuvieron demasiada libertad para mal utilizar el tiempo y ahora estar recibiendo las consecuencias.

El 37,30% de adolescentes embarazadas si tuvieron normas de conducta en el hogar pero fallaron quizá porque sus padres fueron muy estrictos en su educación, la adolescente encontró como una puerta de escape el salir de su casa y formar su propio hogar.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



CAPITULO VI

6.1 CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<p>Determinar los factores que predisponen a la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital “Moreno Vásquez” del Cantón Gualaceo perteneciente a la Provincia del Azuay 2011.</p>	<p>La adolescencia es una etapa de vital importancia en la que ocurren un conjunto de cambios físicos, psicológicos y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto, y su inserción en el mundo de los adultos, pudiendo ser esto, positivo o negativo dependiendo del medio que le rodea; las jóvenes que inician más temprano sus relaciones sexuales lo hacen posiblemente sin un conocimiento básico de su “sexualidad”, esta situación repercute sobre su salud sexual y reproductiva, lo cual las expone a embarazos no deseados, adquisición de enfermedades de transmisión sexual, entre otros problemas, y consecuencias para el futuro.</p>
<p>Describir las características Gineco-Obstétricas de las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Mediante los resultados obtenidos de este estudio se concluye que el 69,30% de las adolescentes embarazadas se encuentran en la adolescencia tardía (17-19 años); sin embargo todo embarazo a temprana edad se asocia a repercusiones psico – afectivas, carencias nutricionales, y de represión de sus necesidades primarias, a su vez se relaciona con la influencia del medio social, y el fenómeno migratorio, situación que se ha dado principalmente por la precocidad de la actividad sexual, falta de</p>

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



	<p>información sobre: sexualidad, bajo nivel educativo en salud sexual y reproductiva, desconocimiento de métodos anticonceptivos y barreras de protección.</p> <p>Dentro de nuestro grupo investigado el; 58,60% de las embarazadas viven en unión libre, situación que se relaciona con la edad temprana de las relaciones sexuales de las adolescentes; constituyéndose en un riesgo, su inmadurez psicológica puede conducir a un ambiente desfavorable de inseguridad, inestabilidad, y temor, ante la separación, y abandono especialmente de la pareja, etc. Por ello deciden no formalizar la relación, y el convivir con su pareja sin un compromiso legal es la mejor alternativa.</p> <p>Lo antes señalado concuerda con el hecho de que el; 22,70 % de las adolescentes embarazadas afrontan solas el rol de madre y padre, indicador que obliga a optar a unas madres por medidas de superación como el mismo hecho de hacerse cargo del bebe y a otras al descuido de su vida y de su bebe, porque se sienten inseguras; situación preocupante que se relaciona directamente con la falta de apoyo, comprensión, y de oportunidades, problema que afectará en los procesos de desarrollo humano individual, familiar y social de este grupo etáreo.</p>



<p>Identificar las condiciones socio-económicas de las adolescentes embarazadas en el periodo de estudio.</p>	<p>Un 69,33%; de las adolescentes desempeñan actividades del hogar (quehaceres domésticos), lo cual es producto del abandono de sus estudios o trabajo o porque ya tenían una desocupación anterior que empeora el aspecto económico individual y familiar, ya que personalmente será una carga para los padres.</p> <p>Un 49,32%; de las adolescentes embarazadas no ha culminado el nivel de estudios secundario, debido al estado gravídico que atraviesa, la situación económica, y la inmadurez psicológica. El 25,32 %; alcanzaron únicamente el nivel primario, por falta de apoyo familiar, o la situación económica precaria de sus padres lo que en el futuro reproducirá el estigma de pobreza, característico de la mayoría de la población ecuatoriana.</p>
<p>Valorar la situación familiar de las adolescentes que se embarazaron en el período establecido.</p>	<p>Las adolescentes al inicio del embarazo experimentan tristeza pero también alegría, ya que al enterarse de su embarazo sienten incertidumbre, y desconocen las actitudes que adoptarán sus padres, y pareja ante la situación, una vez superado el problema expresan alegría. Durante el transcurso del embarazo el 84,00% de las adolescentes tienen una excelente y buena relación familiar, pero también tenemos que el 4,70% tienen mala relación y discriminación de sus compañeros y amigos. Siendo estas barreras que deben superar las adolescentes en su embarazo para poder afrontar de mejor manera su futuro.</p>



6.2 RECOMENDACIONES

AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

- El embarazo en la adolescencia se comporta como un riesgo elevado, haciéndose necesario la ejecución de políticas de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que se encaminen a reducir las tasas de embarazo en este grupo etáreo; así como identificar los determinantes sociales y el impacto que estos tienen en la salud.
- El Estado debe implementar áreas de consejería al servicio de la población, fomentando su participación en temas como: sexualidad, salud sexual y reproductiva, incluyendo derechos sexuales y reproductivos con claridad y precisión, especialmente a nivel de escuelas y colegios. El Ministerio de Salud Pública como portador de Servicios de Salud y la Universidad de Cuenca, como formadores de recursos deben priorizar los programas de atención primaria que permitan fomentar estilos de vida saludables en mujeres en edad fértil, que son mujeres cada vez más jóvenes para prevenir embarazos tempranos y enfermedades de transmisión sexual y tratar a tiempo las patologías.
- A los Centros, Subcentros de Salud, Hospitales y otras instituciones proveedoras de servicios en salud de la Ciudad de Cuenca y sus cantones aledaños sugerimos capacitarse en forma continua, permanente y recibir asesoramiento específicamente en: sexualidad, salud sexual y reproductiva, así también a las unidades operativas trabajar en equipo y coordinar con el Ministerio de Salud Pública, con el propósito de priorizar la reducción de los embarazos en adolescentes, la mortalidad materna e infantil y garantizar los servicios en cuidados obstétricos, la atención del parto oportuno con personal capacitado; ya que toda mujer tiene derecho a la salud gratuita, atención de calidad y libre acceso a programas durante su embarazo.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



A LA SOCIEDAD

- Crear una cultura participativa de los / las adolescentes y posibilitar su inserción en organizaciones que promuevan las iniciativas del sujeto joven hombre o mujer, como un sujeto de derecho en su dimensión integral; esto permitirá potenciar las organizaciones juveniles lo que influirá en forma positiva en su propio desarrollo instaurando estilos de vida.
- Ampliar la difusión y plantear metodologías de trabajo dirigido a los / las adolescentes que promuevan el crecimiento afectivo, personal, familiar y social, las acciones que se tomen al respecto, deberán propiciar un aumento en la autoestima, manejo ético, y la práctica de valores que permitan el desarrollo de todos los grupos poblacionales que habitan en el área urbana y rural y en los sectores marginales principalmente.
- El embarazo en adolescentes debe ser priorizado como una situación problemática que se enmarca dentro de normas socio-culturales, por lo que es necesario impartir información e implantar en todos los sistemas educativos programas en; sexualidad que posibiliten a los / las adolescentes, a tomar decisiones responsables de su vida sexual, prevención del embarazo, y el acceso a métodos de anticoncepción de calidad.
- El “embarazo en la adolescencia” es un tema de gran relevancia en la actualidad por lo que sugerimos; ejecutar los programas que respaldan este grupo poblacional y promover la participación de las estudiantes, en la promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo precoz en adolescentes enfatizando mayor prioridad a grupos de riesgo.



- Esperamos que el presente trabajo investigativo aporte información y sirva de apoyo para nuestras compañeras en la construcción de su formación en salud a servicio de la comunidad.



6.3 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Odriozola.B “Enciclopedia de los Padres de hoy”.Ser Padres de un Adolescente. Impreso enColombia. Bogotá. D.C. – 2004.
- Zimmermann, M.” Sexualidad Programa EducativoInfancia y Adolescencia”, Madrid- España.Cultural.S.A.1996.
- Ordoñez. J “Encuesta Demográfica y de SaludMaterno Infantil” Cepar. Quito- Ecuador 2005.
- Borja. T. “Sexualidad: diversidad y procesos de desarrollo” CECAFEC (Centro Ecuatoriano deCapacitación y Formación de Educadores de laCalle) Quito-Ecuador, 2da Edición.
- Indicadores SIISE – Si Mujeres.



6.4 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Abril.M, Cumandá, Jaramillo.”Factores de riesgo relacionado con complicaciones durante el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años”.Cuenca 2006.
- Alberto. Rigail.” Los Niños y Niñas del Ecuador”Segunda Encuesta Nacional de la Niñez Y Adolescencia. CNNA Quito - 2001.
- Borja. T. “Emociones y manifestaciones sexuales:para acercarnos educativamente” CECAFEC Quito – Ecuador. 5ta Edición 1996
- Caroline Chang. Tiempo de Vivir Tu Adolescencia “Plan Nacional De Prevención Del Embarazo En Adolescentes” MSP. Quito- Ecuador 2005
- Gispert. Carlos “La Adolescencia”. Océano Barcelona 1987.
- Giberti. E. “Adolescencia y Educación Sexual”.Buenos Aires. 7ma Edición. Ciencias Médicas 1973.
- Herbert.J.”psicología Educativa habilidades humanas y aprendizaje”. Universidad Autónoma de México.
- Manual MERCK, 10va Edición del Centenario.Cap. 275 “EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”
- María, Granada. “La Mujer y el Proceso Reproductivo” Organización Panamericana de la Salud. 1990. Editora Guadalupe LTDA. Bogotá – Colombia.
- Matute. M .Mendieta.S,” Riesgo en la adolescente embarazada y su hijo” 2000.
- Ochoa, Zotamba. R, Torres M. “Factores de Riesgo Asociados al Embarazo en Adolescentes”Cuenca 2007.
- Ortiz. R “Perfil de Salud, Enfermedades de las Adolescentes Embarazadas” Cuenca 2001. Ateno, 6ta Edición 2005.
- Ramos G.” Alto Riesgo Obstétrico”. Quito.AFEME.1997.
- Rita, Maxera. Elías, Carranza. “Los Adolescentes y la Ley”. Sistema Vigente República Del Ecuador.-1998.Quito – Ecuador.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ

**ANEXOS****ANEXO 1****MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENCIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características Gineco-Obstétricas	Descripción de la adolescente en forma general del aspecto gineco-obstétrico.	Menarquía	Edad de inicio Primera relación Sexual. Número de hijos Planificación familiar	10-11 años 12-13 años 14 años o más Adolescencia Temprana (10-13 años) Adolescencia Media (14-16) Adolescencia Tardía (17-19) Primero Segundo Si No
Edad	Años cumplidos desde su	Edad	Números de años	Adolescencia Temprana (10-

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



	nacimiento		cumplidos	13 años) Adolescencia Media (14-16) Adolescencia Tardía (17-19)
Estado Civil	Condición jurídica de una persona		Soltera Casada Unión libre	Si No
Nivel de escolaridad	Grado de escolaridad de la adolescente y de sus padres, que les permite saber leer y escribir		Años aprobados	Analfabeta Primaria y secundaria completa o incompleta Superior
Religión	Tomar el hábito en una orden o congregación religiosa.		Credo que profesa	Católica Evangélica Otra Ninguna
Datos del Compañero	Descripción de la edad, ocupación y		Edad en años	Adolescencia Temprana (10- 13 años)

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



	escolaridad del compañero sexual o pareja de la adolescente embarazada.		Ocupación	Adolescencia Media (14-16) Adolescencia Tardía (17-19) Estudiante Profesional Trabaja No trabaja
Embarazo deseado	Nivel de satisfacción del adolescente al encontrarse embarazada .		Reacción de sus familiares	Aceptación Apoyo Negación
Ocupación	Actividad que cumple la persona en el sistema de producción.	Actividad laboral	Trabajo u ocupación en los últimos 6 meses. Tipo de trabajo	Si No No contesta Ama de casa Vendedora Estudiante Trabaja y

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



			Salario mensual	estudia Ninguna Menos de 250 dólares Entre 250 a 500 Más de 500
Situación familiar	Relación que existe entre la familia con la adolescente.		Relación familiar. Migración. Alcoholismo. Educación sexual. Violencia intrafamiliar. Comunicación familiar. Apoyo familiar.	Excelente. Bueno. Regular. Malo. Papá. Mamá. Hermanos. Si No Si No Si No Si No Si No



			Reglas de conducta.	Si No
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.		Televisión Radio Internet	Si No



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ADOLESCENTES QUE DESEEN PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Nosotras Libia Castro Matute, Claudia Chocho Peláez, estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, estamos llevando a cabo un proyecto de investigación titulado:

“Factores que predisponen a la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital “Moreno Vásquez” del Cantón Gualaceo 2011”

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 asenso, por lo que estamos interesadas en investigar qué factores sociales, familiares están asociadas a dicho aumento de este problema, ya que sólo con el hecho de ser adolescente constituye un riesgo materno-infantil.

Debido a que en los últimos años se viene incrementando el embarazo en adolescentes hemos visto la necesidad de realizar una investigación que contribuirá al planteamiento de un plan preventivo de estos embarazos.

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



RIESGOS:

El estudio no tiene riesgos.

Confidencialidad

La información será utilizada por las investigadoras (y los participantes en caso de solicitarlo). Cuando los datos sean registrados serán ingresados a un computador y se identificara 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 abra 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, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad.

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



Responsables: Libia Castro Matute y Claudia Chocho Peláez

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

C.I.:

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



ANEXO 3

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

Entrevista Personal

**A. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS
ADOLESCENTES:**

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? _____
2. ¿Cuál es su estado civil? Unión Libre_____ Soltera_____ Casada_____
3. ¿Cuál es su grado de escolaridad? : Analfabeta_____ Primaria Incompleta_____ Completa ____Secundaria completa_____ Incompleta _____Universidad____
4. ¿Qué Religión profesa?: Católica_____ Evangélica _____ Otra_____ Ninguna_____
5. ¿A qué edad fue su primera menstruación?_____
6. ¿A qué edad inició su vida sexual? _____
7. ¿Su embarazo actual fue deseado? Si_____ No_____
8. ¿Este niño que va a tener es él: Primero? _____ Segundo?_____
9. ¿Conoce usted que es planificación familiar?: Si_____ No_____

AUTORAS:
LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



10. ¿Ha usado anteriormente métodos de planificación familiar?: Si _____
No _____

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

12. ¿Cuál es su ocupación actualmente? Estudiante _____ Profesional
_____ Trabaja _____ no trabaja _____

B. CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS DE LAS ADOLESCENTES:

13. ¿Trabaja ud. actualmente? : Si _____ No _____

14. ¿Cuál es su ocupación actualmente?: Ama de casa _____
Estudiante _____ Vendedora _____ Trabaja y estudia _____ Ninguna _____

15. ¿Cuál es el ingreso familiar promedio actualmente?: Menos de 250
dólares _____

Entre 250 a 500 dólares _____ Más de 500 dólares _____

16. ¿Es su casa tiene energía eléctrica?: Si _____ No _____

17. ¿Tiene acceso a medios de comunicación?: Si _____ No _____

18. ¿Cuáles?: TV _____ Radio _____ Internet _____

C. SITUACION FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES:

19. ¿Con quienes convive en su casa?: Padre _____ Madre _____
Ambos _____ Pareja _____ Sola _____ Otros Familiares _____

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

AUTORAS:

LIVIA CASTRO MATUTE
CLAUDIA CHOCHO PELÁEZ



21. ¿Le apoyan sus padres en esta nueva etapa de su vida?: SI____ NO____
22. ¿Tiene algún familiar que haya migrado? Si _____ No _____
23. ¿Quién de ellos? Papá _____ Mamá _____ Hermanos _____
Otros_____
24. ¿Alguna persona que vive en su casa consume alcohol?: Si_____
No_____
25. ¿Conversan de sexualidad en su casa?: Siempre____ Rara vez____
Nunca____
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_____