



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE MEDICINA

**“FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZO EN
ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL COLEGIO NACIONAL
TOSAGUA, SEPTIEMBRE 2005-FEBRERO 2006”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

AUTORES

CEVALLOS MENÉNDEZ JOSE ARMANDO

VELÁSQUEZ CEDEÑO MARIA EUGENIA

DIRECTOR:

DR. NELSON CAMPOVERDE

PORTOVIEJO, MAYO 2006.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, porque ellos sembraron la semilla y fertilizaron mi inquietud de conocer, a mis compañeros, a mis amigos y maestros, los cuales me ayudaron con su apoyo incondicional a ampliar mis conocimientos y estar más cerca de mis metas profesionales. Esto fue posible primero que nadie con la ayuda de Dios, gracias por otorgarme la sabiduría y la salud para lograrlo. Gracias a los intercambios y exposiciones de ideas con mis compañeros de estudio y amigos durante todo este tiempo. Gracias a todos los demás no mencionados... Dios los bendiga.

JOSÉ ARMANDO CEVALLOS MENÉNDEZ

DEDICATORIA

A Dios, ser supremo que día a día nos ilumina con su amor y sabiduría.

A mis padres quienes supieron guiarme por los caminos del bien.

A mi abuela que con su apoyo contribuyó a la culminación de mis estudios.

A los estudiantes de medicina, les dedico este trabajo con todo me cariño, y que les sirva de quía y ejemplo de superación.

MARÍA EUGENIA VELÁSQUEZ CEDEÑO

AGRADECIMIENTO

Al creador del universo Dios. Que es el generador de fe y esperanza en todos quienes han hecho posible nuestra existencia, dándonos sabiduría y perseverancia para hacer que seamos buenos ciudadanos y mejores personas.

A nuestra Universidad Técnica de Manabí, centro de cultura en el cual hemos enriquecido nuestros conocimientos, para formarnos profesionalmente.

A los señores catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud, quienes nos brindaron sus conocimientos científicos como lo exige la época actual.

A nuestra presidenta del tribunal de tesis, Dra. Carmen Campuzano, un sincero agradecimiento por saber guiarnos en todo momento; al Dr. Nelson Campoverde nuestro director de tesis, por incentivarnos cada día; a los doctores Carmina Pinargote y Hugo Loo Lino, miembros del tribunal de Tesis, por ayudarnos a realizar nuestro trabajo investigativo.

A nuestros padres, que con enorme esfuerzo entregaron parte de su existencia para hacer que seamos personas profesionales y de bien.

Al personal docente y administrativo del Colegio Nacional Tosagua un franco agradecimiento por la colaboración prestada para la realización de nuestro trabajo.

MUCHAS GRACIAS.

LOS INVESTIGADORES

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo Dr. Nelson Campoverde, certifico que la presente tesis de investigación titulada: “FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL COLEGIO NACIONAL TOSAGUA, SEPTIEMBRE 2005-FEBRERO 2006”, es trabajo original de los señores: Cevallos Menéndez José Armando y Velásquez Cedeño María Eugenia, el que ha sido realizado, revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección, por lo que después de haber reunido los requisitos establecidos por el reglamento general de graduación de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ autorizo su presentación para los fines pertinentes.

Dr. Nelson Campoverde Mejía.

DIRECTOR DE TESIS

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y
EVALUACIÓN**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

“FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL COLEGIO NACIONAL TOSAGUA, SEPTIEMBRE 2005-FEBRERO 2006”

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

APROBADA

Dr. Bosco Barberán Mera
DECANO

Abg. Yandry Sabando García.
ASESOR JURÍDICO

Dra. Carmen Campuzano Icaza
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dr. Nelson Campoverde Mejía
DIRECTOR DE TESIS

Dra. Carminia Pinargote Q.
MIEMBRO

Dr. Hugo Loor Lino
MIEMBRO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Los egresados de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí Sres. José Armando Cevallos Menéndez y María Eugenia Velásquez Cedeño realizamos el presente trabajo de investigación titulado: “FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL COLEGIO NACIONAL TOSAGUA, SEPTIEMBRE 2005 – FEBRERO 2006”. Por lo tanto declaramos que este trabajo es original y no copia de ningún otro estudio; y asumimos todo tipo de responsabilidad que la ley señala para el efecto.

Sr. Cevallos Menéndez José Armando

C. I: 130886208-3

Srta. Velásquez Cedeño María Eugenia

C. I: 130993815-5

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINA

PARTE PRELIMINAR

Dedicatoria	II -III
Agradecimiento	IV
Certificación del director de tesis	V
Certificación del tribunal de revisión y evaluación	VI
Declaración de autoría	VII
Índice	VIII
Resumen	XIII
Summary	XIV

PARTE PRINCIPAL

I	Introducción	1
II	Antecedentes y Justificación	4
III	Planteamiento del problema	6
IV	Objetivos	9
	4.1. Objetivo general	
	4.2. objetivos específicos	
V	Marco teórico	11
	5.1. Adolescencia	12
	5.2. Embarazo en la adolescencia	13
	5.3. Aspectos psico-sociales del embarazo en las adolescentes	16
	5.4. Consideraciones psico-sociales para el aumento de los embarazos en adolescentes	26
	5.5. Factores predisponentes del embarazo en adolescentes	27
VI	Variables y su Operacionalización	31
VII	Diseño Metodológico	36
VIII	Presentación de resultados, análisis e interpretación	39

IX	Conclusiones	60
X	Recomendaciones	62

PARTE REFERENCIAL

Presupuesto

Cronograma

Bibliografía

Anexos

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	PÁGINA
Factores predisponentes a embarazos en adolescentes según edad Colegio nacional Tosagua 2005-2006.	40
Adolescentes según Menarquia precoz. Colegio nacional Tosagua. 2005-2006.	41
Adolescentes según consumo de Alcohol, tabaco y drogas Colegio nacional Tosagua.2005-2006.	42
Consumo de Alcohol, tabaco y drogas según Etapas de Adolescencia Colegio nacional Tosagua. 2005-2006.	43
Adolescentes según Baja autoestima. Colegio nacional Tosagua. 2005-2006.	44
Baja autoestima según Etapas de Adolescencia Colegio nacional Tosagua.2005-2006.	45
Adolescentes según Vida sexual activa y embarazo previo. Colegio nacional Tosagua.2005-2006.	46
Vida sexual activa y embarazo previo según Etapas de adolescencia Colegio nacional Tosagua. 2005-2006.	47
Adolescentes según Prácticas en anticoncepción. Colegio nacional Tosagua.2005-2006.	48
Falta De Prácticas en anticoncepción según Etapas de Adolescencia Colegio nacional Tosagua.2005-2006.	49

Adolescentes según escasa Comunicación e inestabilidad familiar. Colegio nacional Tosagua.2005-2006	50
Escasa Comunicación e inestabilidad familiar según Etapas de Adolescencia Colegio nacional Tosagua 2005-2006.	51
Adolescentes según antecedentes de embarazo en la adolescencia en la madre y la hermana. Colegio nacional Tosagua .2005-2006.	52
Adolescentes según Valoración de la virginidad. Colegio nacional Tosagua.2005-2006.	53
Disminución del valor de la virginidad según Etapas de Adolescencia Colegio nacional Tosagua. 2005-2006	54
Adolescentes según Forma en que se han dado las relaciones sexuales. Colegio nacional Tosagua.2005-2006.	55
Forma en que se han dado las relaciones sexuales según Etapas De adolescencia. Colegio nacional Tosagua.2005-2006	56
Adolescentes según abuso Y chantaje sexual. Colegio nacional Tosagua.2005-2006.	57

RESUMEN

Con el objetivo de identificar y determinar la frecuencia con que predisponen los factores de tipo personal, familiar y social al embarazo en adolescentes que asisten al colegio Nacional Tosagua en la sección matutina y vespertina, se realizó un estudio descriptivo transversal durante el periodo de septiembre 2005 a febrero 2006.

Para el efecto se aplicó a 249 alumnas con edades comprendidas entre 11 a 19 años una encuesta conformada por 18 preguntas de tipo cerrado, relacionadas con las variables del estudio.

Del análisis se concluye que los factores personales que predominaron en la adolescencia media, donde encontramos el mayor numero de adolescentes 53%, fueron la menarquia precoz con el 46 %, el consumo de alcohol 64%, las drogas 75%, la vida sexual activa y falta de practicas en anticoncepción 38%; mientras que el consumo de tabaco y embarazo previo se limitan a la adolescencia tardía. La autoestima baja se presentó en el 43% tanto en la etapa media como tardía.

Los factores familiares que predominaron en la adolescencia media, fueron la escasa comunicación familiar con el 68%, la inestabilidad familiar con el 45%.

Dentro de los factores sociales es la etapa media donde la disminución del valor de la virginidad representa el 83%, la insistencia por la pareja y la grupal para tener relaciones sexuales representa el 1% tanto en la adolescencia media como en la tardía.

Finalmente podemos concluir que el grupo de mayor predisposición a un embarazo se encuentra en la adolescencia media.

PALABRAS CLAVES: Embarazo – adolescentes.

SUMMARY

With the objective to identify and to determine the frequency whereupon they have the factors personal, familiar and social type to the pregnancy in adolescents who attend the National school Tosagua in the matutinal and vespertine section, was made a cross-sectional descriptive study during the period of September 2005 to February 2006.

For the effect was applied to 249 students with ages between 11 to 19 years a survey conformed by 18 questions of closed type, related to the variables of the study.

Of the analysis one concludes that the personal factors which they predominated in the average adolescence, where we found the greater one I number of adolescents 53%, were menarquía precocious with 46 %, the alcohol consumption 64%, drugs 75%, the active sexual life and lacks of you practice in contraception 38%; whereas the tobacco consumption and previous pregnancy are limited the delayed adolescence. The low self-esteem appeared as much in 43% in the average stage as delayed.

The familiar factors that predominated in the average adolescence were the little familiar communication with 68%, the familiar instability with 45%.

Within the social factors it is the average stage where the diminution of the value of the virginity represents 83%, the insistence by the pair and the group one to have sexual relations as much represents 1% in the average adolescence as in the delayed one.

Finally we can conclude that the group of greater predisposition to a pregnancy is in the average adolescence.

KEY WORDS: Pregnancy – adolescent .

**CAPITULO I
INTRODUCCIÓN**

El embarazo en adolescentes es un problema importante de salud pública, tanto en los países en desarrollo como en el primer mundo, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños. Entre dichas consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inseguro, de que inicie la atención prenatal tarde o reciba escaso cuidado prenatal, y que el recién nacido nazca con bajo peso.

El nivel de embarazos no planeados también puede servir como indicador del estado de la salud reproductiva de la mujer, y del grado de autonomía que tiene para decidir si tiene o no un hijo. La identificación de los factores relacionados con el embarazo no planeado permitirá a los encargados adoptar decisiones y a los responsables formular programas que promulguen leyes y diseñen servicios específicamente dirigidos a las mujeres que son las más proclives a experimentar este problema.

En el Ecuador, donde la fecundidad ha disminuido notoriamente durante las últimas dos décadas la tasa global de fecundidad ha caído en forma sostenida desde 5,4 nacimientos por mujer en 1975 hasta 3,8 en 1984-1989, y llegó a 3,6 en 1989-1994.

En gran medida, esta reducción de la fecundidad refleja la mayor disponibilidad y uso de métodos anticonceptivos modernos: la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas en edad reproductiva aumentó del 34% en 1979 al 53% en 1989, y en 1994, alcanzó al 57%.

Sin embargo, a pesar de la disminución general de la fecundidad y el aumento de la prevalencia del uso de anticonceptivos, muchas mujeres del Ecuador--país donde el aborto inducido es ilegal, aún tienen embarazos no planeados.

La sexualidad se intensifica con la pubertad y ocupa un lugar central en el desarrollo adolescente. Prácticamente en todas las religiones la pubertad se celebra

como un reconocimiento de que el niño está iniciando la transición, no únicamente hacia la edad adulta sino hacia la paternidad potencial.

La pubertad como ya es sabido trae consigo diferencias físicas más notorias entre varones y mujeres y en sus expectativas sociales. En los países en vías de desarrollo el embarazo en adolescentes solteras puede conducir a un matrimonio forzado, antes que los miembros de la pareja estén listos para unirse lo que da lugar a mayores probabilidades de divorcio como sucede a menudo al enfrentar un futuro social económicamente deficiente.

Con frecuencia ven a la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

Existen muchos factores que hacen que una adolescente se convierta en madre entre estos tenemos: visualizar la sexualidad como “algo malo”, a menudo los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, con frecuencia no esperan quedar embarazados después de una relación sexual, son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada como los adultos y que acudan a los servicios de salud posteriormente.¹

Un embarazo no planeado generalmente conduce también a la búsqueda de un aborto inducido, que en el caso de los adolescentes sin experiencia y avergonzadas, probablemente lo realizarán cuando el embarazo está avanzado y esto conlleva a mayores riesgos para la salud, la fecundidad futura, y la vida de la joven particularmente si se realiza de manera clandestina.

¹ MONTEITH RS et al, Ecuador Family Planning and Child Survival Survey, Informe General, Quito - Ecuador, 1995, p 50-51

**CAPITULO II
JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo de tesis se ha realizado con el propósito de cumplir con los requisitos que presenta la Universidad Técnica de Manabí para la graduación de estudiantes universitarios, aplicando los conocimientos aprendidos durante los años de estudio de esta ilustre institución para el beneficio de la comunidad y del país.

El embarazo en las adolescentes es una situación muy especial, pues se trata de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir este rol. Esto trae como consecuencia el aumento poblacional, y la posibilidad de que esta madre tenga una familia numerosa lo cual repercutirá en el desarrollo futuro de sus hijos.²

Las causas que llevan a las adolescentes a embarazarse son múltiples entre éstas tenemos problemas en la organización familiar; la excesiva información que va a fomentar la liberación sexual y la promiscuidad y por el deficiente manejo de esta información por parte de los medios de comunicación; el desinterés de los padres en lo referente a la vida social de sus hijos fuera del hogar, etc.

Como futuros profesionales de la salud pública es nuestro compromiso el propiciar condiciones favorables para la salud de la población no solo por medio de la erradicación de enfermedades con tratamiento farmacológico o quirúrgico sino también con la prevención de las mismas por medio de la educación de los grupos más jóvenes.

Para llevar este estudio a su conclusión se cuenta con las facilidades técnicas y de personal del colegio de Nacional Tosagua, institución educativa, motivo de esta investigación.

² <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/actualidadpsi@hotmail.com>

**CAPITULO III
PLANTEAMIENTO
DEL PROBLEMA**

En el mundo ocurren anualmente 15 millones de partos en adolescentes, de los cuales el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo. Las causas del embarazo en la adolescencia son numerosas, discutibles y de gran carga emocional. Entre los muchos factores, se encuentran que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas, y al no existir ninguna contracepción efectiva al 100 %, la abstinencia se convierte en la manera más segura para prevenir el embarazo.

Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, este número se incrementa hasta el 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años. Diferentes estudios han mostrado que a la edad de 20 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidenses son sexualmente activos. El porqué los adolescentes practican el sexo, y porqué lo hacen sin métodos efectivos de contracepción, es un tema de discusión ardiente. Las razones sugeridas son las siguientes:³

a) Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros.

b) Los adolescente de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas.

c) Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales).

³ <http://www.tuotromedico.com/embarazo> en adolescentes htm.

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

La incidencia del embarazo en adolescentes crece, y por ende, debido al aumento del número de embarazadas adolescentes se plantea el siguiente problema:

¿Cuáles son y con que frecuencia intervienen los factores predisponentes de embarazo en las adolescentes que asisten al Colegio Nacional Tosagua; septiembre 2005-febrero 2006?

CAPITULO IV
OBJETIVOS

4.1 GENERAL.

- Determinar la frecuencia con que intervienen cada uno de los diferentes factores predisponentes de embarazo en las adolescentes que asisten al Colegio Nacional Tosagua en sus dos secciones, matutina y vespertina; septiembre 2005-febrero 2006.

4.2 ESPECÍFICOS.

1. Identificar los factores personales que predisponen al embarazo en adolescentes que asisten al colegio Nacional Tosagua
2. Identificar los factores familiares que predisponen al embarazo en adolescentes que asisten al colegio Nacional Tosagua.
3. Identificar los factores sociales que predisponen al embarazo en adolescentes que asisten al colegio Nacional Tosagua.
4. Contribuir al conocimiento de la educación sexual de las estudiantes que asisten al colegio Nacional Tosagua.

CAPITULO V
MARCO TEORICO

5.1 ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas⁴:

1.- Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

⁴ MOLINA R., Sandoval J., Luengo X., - Obstetricia y Perinatología, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay, Cap. 8, p155

2.- Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3.- Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

5.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

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

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

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

EE.UU. es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un marcado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de contraceptivos.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000.⁵

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

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

En 1985, en EE.UU., el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y

⁵ Revista de POSTGRADO de la Cátedra de Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23

disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción)⁶.

En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos⁷.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados. En todo caso, esta “problematización” se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un “problema”, exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas.

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

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.

⁶ FREITEZ A, et al. Comportamiento Sexual y Reproductivo de las Adolescentes, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales Universidad Católica Andrés Bello, FNUAP. Caracas, 2000, p32

⁷ ALVARADO Sandra. Embarazo en Adolescentes, aspectos sociales, psicológicos y culturales. 2003, p153.

5.3 ASPECTOS PSICO-SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

A. LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con adolescentes muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de

transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

B. ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobrepone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psico-sociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

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

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo.

Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre

del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

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

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

C. EL PADRE ADOLESCENTE

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 b vas a mantener", "seguro que 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.⁸

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".

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".

D. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

Las consecuencias de estos embarazos trascienden al adolescente y a la adolescente tomados individualmente y pueden afectar considerablemente a la relación que ambos mantienen entre sí.

CONSECUENCIAS PARA LA ADOLESCENTE.

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la adolescente sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o culminar el embarazo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también

⁸ GARCÍA Sánchez M. H. et al. : "Embarazo y adolescencia" - Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, Buenos Aires, junio 2.000, pág. 10-12.

psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.

I) CONSECUENCIAS INICIALES (Ante la confirmación del embarazo)

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

A este respecto, hay que tener en cuenta que lo más habitual es que la adolescente no disponga de estrategias adecuadas de afrontar y resolver este tipo de problemas.

II) CONSECUENCIAS A CORTO Y MEDIO PLAZO

Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en las consecuencias asociadas a la decisión de culminar el embarazo, sobre generalizándolas a veces como "consecuencias del embarazo", en este apartado trataremos también las consecuencias asociadas a la decisión de abortar.

CONSECUENCIAS ASOCIADAS A LA DECISIÓN DE CONTINUAR EL EMBARAZO

Si decide continuar el embarazo hasta su culminación, puede estar expuesta a diversas consecuencias orgánicas, psicológicas, sociales, económicas y educativas. Además, tiene grandes posibilidades de quedarse, en un corto período de tiempo, nuevamente embarazada.

CONSECUENCIAS ORGÁNICAS

Durante la gestación, el parto y el posparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al

hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud.

Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos. Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Tradicionalmente estas consecuencias orgánicas se habían explicado en base a la inmadurez biológica inherente a la edad de la madre. Sin embargo, investigaciones recientes llegan a la conclusión de que la inmadurez biológica es un factor muy importante sólo en las adolescentes más jóvenes (menores de 15 ó 16 años).

Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social. Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que aproximadamente el 80% de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres.

Respecto a los factores de tipo social, el fundamental sería el bajo estatus socioeconómico y sociocultural que suelen tener estas adolescentes.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

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

Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el

logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas. No obstante, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo. Tal vez sean causas, o causas y consecuencias a la vez. O puede, incluso, que no sean ninguna de las dos cosas y que exista alguna otra tercera variable a la que se deban estas asociaciones.

CONSECUENCIAS EDUCATIVAS, SOCIO-ECONÓMICAS Y RELACIONALES

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

A) CONSECUENCIAS EDUCATIVAS

En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios.

El menor rendimiento académico y las mayores probabilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas.

B) CONSECUENCIAS SOCIO-ECONÓMICAS

En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo o que, en el caso de encontrarlo, esté mal pagado. Como consecuencia de ello, muchas de

estas adolescentes viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social.

C) CONSECUENCIAS SOCIO-RELACIONALES

Ser madre puede ocasionar a la adolescente importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico, precisamente en el momento en que más las necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la adolescente se implique en una relación de pareja estable.

REPETICIÓN DEL EMBARAZO

Las consecuencias de los embarazos no deseados vistas hasta aquí, ya de por sí suficientemente graves, se agravan aún más cuando el embarazo no deseado se repite, situación, por otro lado, bastante frecuente.

Sus consecuencias parecen ser mucho más graves que las de los primeros: el riesgo de mortalidad perinatal es mayor, y los problemas sociales relacionados con el éxito académico, el bienestar económico, la estabilidad marital y la dependencia de los servicios sociales tienden a intensificarse.

CONSECUENCIAS ASOCIADAS A LA DECISIÓN DE ABORTAR

Aunque la mayoría de los estudios se centran en las consecuencias asociadas a la decisión permitir que concluya la gestación, no podemos dejar de revisar las que acompañan al aborto, sobre todo si tenemos en cuenta que, entre la cuarta parte y la mitad de estos embarazos terminan de ese modo.

Dado que los abortos durante la adolescencia suelen ser tardíos, clandestinos, y vividos en soledad, no nos han de extrañar consecuencias orgánicas

como perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones e incluso la propia muerte. Además, se han encontrado efectos a largo plazo sobre la fertilidad futura.

A nivel psicológico, hay que hacer notar que muchas veces la decisión de abortar se toma bajo presión o para evitar el rechazo social, sin que exista un verdadero convencimiento, por lo que son frecuentes los sentimientos de tristeza, de pérdida y de culpabilidad y, en ocasiones, el arrepentirse de haber abortado⁹.

Desde el punto de vista social, puede darse rechazo hacia la adolescente en el caso de que el hecho llegue a ser conocido, e incluso problemas legales en países donde el aborto está total o parcialmente prohibido por la ley.

III) CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

Según ciertas investigaciones, los factores que modulan las consecuencias a largo plazo de un embarazo no deseado son:

1. La seguridad económica y el nivel de educación de los padres de la adolescente.
2. El nivel educativo y las aspiraciones de la joven madre; y
3. El grado en el que la adolescente está dispuesta a controlar rápidamente la fertilidad subsiguiente.

Los datos presentados parecen indicar que si bien las consecuencias de un embarazo son muy importantes a corto y medio plazo, tienden a atenuarse (pero no a desaparecer) a los 10 ó 15 años. No obstante, el grado en que esto ocurra dependerá de diversos factores.

⁹ MOLINA R.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile, 1999.

CONSECUENCIAS PARA EL ADOLESCENTE.

Hasta los años 80 ha existido un "olvido" casi total del papel de los adolescentes en el embarazo no deseado.

Este olvido es imperdonable, ya que sabemos que detrás de todos y cada uno de los embarazos que ocurren durante la adolescencia están necesariamente un adolescente y una adolescente. Además, la mayoría de los adolescentes implicados son también adolescentes o jóvenes.

Las consecuencias que afectan a los adolescentes parecen depender, en gran medida, del grado que asuma su parte de responsabilidad en el embarazo. Si su implicación es grande, es muy probable que le afecten muchas de las consecuencias psicológicas, sociales, económicas y educativas descritas al referirnos a las adolescentes. (Y no debemos olvidar que entre la mitad y dos tercios de los padres adolescentes se implican de un modo importante en el embarazo y participan en el cuidado del niño, aunque el índice de participación decrece con el tiempo).

Algunos estudios han encontrado que en estos adolescentes son más probables la baja auto eficacia personal percibida, la ansiedad y los sentimientos de culpa.

Su rendimiento escolar y su situación económica también se ven afectados.

CONSECUENCIAS PARA LA PAREJA ADOLESCENTE.

Cuando una adolescente y un adolescente se ven envueltos en un embarazo no deseado, ambos tienen que tomar importantes decisiones. Una de ellas es si continuará o no su relación y en qué condiciones. Otra es si formarán una familia propia o vivirán como una subfamilia en la casa de los padres o familiares. Aparte de esto, tienen que decidir cómo quieren que se resuelva el embarazo.¹⁰

¹⁰ PRADO C. Cambio secular en la edad de la menarquía según el "status" socioeconómico. Vol. SOC esp. de Antropol Biol. 1984; Pág.: 67.

Todas estas decisiones pueden afectar notablemente a su relación y de ellas se pueden derivar distintas consecuencias para ambos. En concreto, aspectos como el fracaso matrimonial, el logro educativo, el nivel económico y algunos efectos sobre el posible hijo pueden depender de la decisión tomada.

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

Si la pareja adolescente decide vivir independiente, tienen, al igual que lo que ocurría al hablar de las consecuencias para la adolescente. Grandes posibilidades de tener problemas económicos, de vivir bajo el nivel de la pobreza y de acabar, incluso, dependiendo de la asistencia social. Vivir con los padres o con otros familiares, conviva o no también el padre del niño, ayuda a mitigar las consecuencias del embarazo no deseado.

5.4 CONSIDERACIONES PSICO-SOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.

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

a) **Sociedad Represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines Eros creativos. Las manifestaciones de la sexualidad 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. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

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

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

5.5 FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Los factores predisponentes son aquellas características o circunstancias detectables en individuos o en grupos, asociados con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

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

- a) Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
- b) Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

A continuación se enumeran los factores predisponentes que se presentan en la adolescente y que favorecen el embarazo precoz o se asocian con él:

A) FACTORES PERSONALES:

1. Edad: la adolescencia es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.
2. Menarquia precoz: Para este termino se considera a la clasificación de la edad de la menarquía en: temprana (9-12 años), media (13-14 años) y tardía (15 o más). La edad promedio para la primera menstruación se sitúa en los 12.3 años, por lo que se encuentran en posibilidad de ser aptas para la reproducción a temprana edad.
3. Consumo de alcohol, tabaco o drogas: lo cual disminuye el juicio, aumenta la liberación personal y favorece un estado anímico que facilita las relaciones sexuales no responsables.
4. Baja autoestima: La mujer adolescente que se siente rechazada, deprimida, con pocos valores personales, puede utilizar la relación sexual como una forma equivocada de reforzamiento personal.
5. Vida sexual activa: la adolescente desea demostrar que puede tomar sus propias decisiones y una de ellas es el iniciar la actividad sexual.
6. Embarazo previo: La adolescente que ha tenido su primer hijo y que no recibe un apoyo adecuado desde el punto de vista personal, familiar y social, tiene gran probabilidad de salir embarazada de nuevo en corto plazo.
7. Falta de prácticas en anticoncepción: En salud reproductiva los adolescentes no conocen los métodos preventivos del embarazo y Enfermedades de Transmisión Sexual, incluso los de uso más corriente, como el condón, que rechazan, por considerarlo inadecuado.

B) FACTORES FAMILIARES:

1. Familia con escasa comunicación entre padres e hijos, donde los problemas sexuales no se discuten, o se discuten en forma distorsionada.

Hablar de sexualidad es un tema prohibido en la mayoría de las familias, debido a lo incómodo que es analizar y comunicar sentimientos referentes a la sexualidad; por lo que los adolescentes no reciben la orientación adecuada de sus padres.

2. Inestabilidad familiar: En los hogares desmembrados, la adolescente carece de una guía moral de valores, que sustente lo que sería su direccionalidad en la vida y ello puede llevarla a tomar decisiones equivocadas.

3. Madre con historia de embarazo adolescente: La madre o hermana con historia de embarazo adolescente pueden ser un modelo a seguir por las jovencitas.

4. Embarazo de una hermana cuando era adolescente.

C) FACTORES SOCIALES:

1. Disminución del valor de la virginidad como pre-requisito para el matrimonio.

2. Presión de pareja: En otras ocasiones, es la pareja con otras necesidades y experiencias la que la presiona para tener relaciones sexuales.

3. Presión grupal: La adolescente con el objeto de ser aceptada por su grupo, puede iniciar actividad sexual sólo porque lo hacen todas sus amigas y la mayoría de las veces no se encuentra preparada física ni psicológicamente para una relación satisfactoria.

4. Abuso sexual: Es otro problema que incide en el embarazo de adolescentes; tanto el realizado con violencia física (violación), como el realizado con violencia psicológica y el efectuado en jóvenes en estado de indefensión física.

5. Chantaje sexual: La prestación de favores sexuales, es una actividad en gran parte realizada por adultos del sexo femenino con

deficientes condiciones sociales y, en muchos casos, víctimas de maltratos y usuarias de drogas. Este estereotipo de la prostituta no representa la totalidad del fenómeno que se da también entre los hombres y en ocasiones los adolescentes. En adolescentes no se puede utilizar la palabra prostitución porque, en algunos casos pudiera tratarse de incesto o abuso sexual retribuidos con regalos o incluso con dinero y por no haberse investigado el tipo de experiencias que los adolescentes han considerado¹¹.

¹¹ Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA Volumen 14, Número 1, Enero 2003, pág. 2-3

**CAPITULO VI
VARIABLES Y
OPERACIONALIZACIÓN**

6.1 VARIABLE DEPENDIENTE.

Embarazo en la adolescencia:

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

6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores predisponentes de embarazo en la adolescencia

CONCEPTUALIZACIÓN: Los factores predisponentes son aquellas características o circunstancias detectables en individuos o en grupos, asociados con una probabilidad incrementada que predispone un daño a la salud o una determinada consecuencia. A continuación se enumeran los factores de riesgo que se presentan en la adolescente y que predisponen el embarazo precoz o lo determinan:

Factores Personales

1. Edad
2. Menarquia precoz
3. Consumo de alcohol, tabaco o drogas
4. Baja autoestima
5. Vida sexual activa.
6. Embarazo previo
7. Falta de prácticas en anticoncepción

Factores Familiares

1. Familia con escasa comunicación entre padres e hijos
2. Inestabilidad y conflictos familiares
3. Madre con historia de embarazo adolescente
4. Embarazo de una hermana cuando era adolescente.

Factores Sociales

1. Disminución del valor de la virginidad
2. Presión de pareja
3. Presión grupal
4. Abuso sexual
5. Chantaje sexual.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN		INDICADOR	ESCALA
Embarazo en adolescentes	El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la menarquia			% de adolescentes embarazadas y no embarazadas	Nominal
Factores predisponentes	Son aquellas características o circunstancias detectables en individuos o en grupos, asociados con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud, y riesgo de embarazo en la adolescencia	Factores personales	Edad	% de adolescentes en adolescencia temprana (10-13 años). % de adolescentes en adolescencia media (14-16 años). % de adolescentes en adolescencia tardía (17-19 años).	Intervalo
			Menarquia precoz	% de adolescentes con Menarquia precoz y sin Menarquia precoz.	Nominal
			Consumo de alcohol, tabaco drogas	% de adolescentes que ingieren y que no ingieren Alcohol % de adolescentes que ingieren y que no ingieren Tabaco % de adolescentes que ingieren y que no ingieren Drogas	Nominal
			Baja autoestima	% de adolescentes con autoestima baja y sin autoestima baja	Nominal
			Vida sexual activa	% de adolescentes con vida sexual activa y sin vida sexual activa	Nominal
			Embarazo previo	% de adolescentes con embarazo previo y sin embarazo previo	Nominal
			Falta de prácticas en anticoncepción	% de adolescentes con falta de prácticas en anticoncepción y sin falta de prácticas en anticoncepción.	Nominal

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN		INDICADOR	ESCALA
		Factores familiares	Escasa comunicación familiar	% de adolescentes con buena y con mala comunicación familiar	Nominal
			Inestabilidad familiar	% de adolescentes que tienen y que no que tienen familia inestable	Nominal
			Madre con antecedente de embarazo en adolescencia	% de adolescentes cuya madre quedó embarazada en la adolescencia.	Nominal
			Hermana embarazada en adolescencia	% de adolescentes que tienen o tuvieron hermanas embarazadas en la adolescencia.	Nominal
		Factores sociales	Disminución del valor de la virginidad	% de adolescentes que consideran y que no consideran importante a la virginidad	Nominal
			Presión de la pareja	% de adolescentes que se sienten y que no se sienten presionadas por su pareja a tener relaciones sexuales.	Nominal
			Presión de grupo	% de adolescentes que se sienten y que no se sienten presionadas por su grupo de amigos a tener relaciones sexuales.	Nominal
			Abuso sexual	% de adolescentes que han sido y que no han sido abusadas sexualmente.	Nominal
			Chantaje sexual	% de adolescentes que han recibido y que no han recibido algo a cambio de tener relaciones sexuales.	Nominal

**CAPITULO VII
DISEÑO
METODOLOGICO**

7.1. **TIPO DE ESTUDIO:** El estudio es descriptivo transversal por medio del cual se determinarán factores que predisponen al embarazo en adolescentes que asisten al colegio Nacional Tosagua durante el periodo septiembre 2.005 – febrero 2.006.

7.2. **ÁREA DE ESTUDIO:** El colegio Nacional Tosagua, fue creado el 19 de Junio de 1972, pertenece al ámbito público, de carácter mixto; con horarios laborales matutino y vespertino cuenta con las especialidades de: Electricidad, Informática y Químico Biólogo.

7.3. **TIEMPO DE ESTUDIO:** Seis meses, durante el periodo de septiembre 2.005 – febrero 2.006.

7.4. **POBLACIÓN O UNIVERSO:** Las 249 estudiantes del colegio Nacional Tosagua que se encuentren matriculadas tanto en la sección matutina como vespertina durante el año lectivo 2.005 – 2.006.

7.5. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Estar matriculada y asistiendo al colegio.
2. Ser mayor o igual a 10 años y menor de 20 años.

7.6. **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

1. Alumnas de 20 años y más edad.

7.7. **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:** Para la recolección de la información se utilizó una encuesta para cuyo diseño se tomó en cuenta las variables a analizar, la misma que fue aplicada a las alumnas del colegio nacional Tosagua.

7.8. **PROCESAMIENTO DE DATOS Y TABULACIÓN:** El procesamiento y tabulación de la información se realizó en base a las variables descritas anteriormente y se utilizó los programas Microsoft Excel.

7.9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS: Para el análisis de los datos obtenidos se usaron estadísticas descriptivas como frecuencias y porcentajes. La presentación se realizó utilizando cuadros estadísticos y representaciones porcentuales (gráficos y tablas).

7.10. RECURSOS:

- Humanos: tribunal de tesis, personal que labora en la oficina de educación para la salud de la Jefatura de salud, personal administrativo, docente y alumnado del Colegio Nacional Tosagua.
- Económicos (ver presupuesto)
- Institucionales: Colegio Nacional Tosagua, APROFE, Jefatura De Salud
- Materiales: folletos e instructivos, material audiovisual.

**CAPITULO VIII
RESULTADOS, ANALISIS
E INTERPRETACIÓN**

TABLA N°. 1
ADOLESCENTES SEGÚN ETAPAS
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA
2005-2006.

ETAPAS DE ADOLESCENCIA	N°	%
A. Temprana	58	23
A. Media	131	53
A. Tardía	60	24
TOTAL	249	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: J. Cevallos

M. Velásquez.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 1

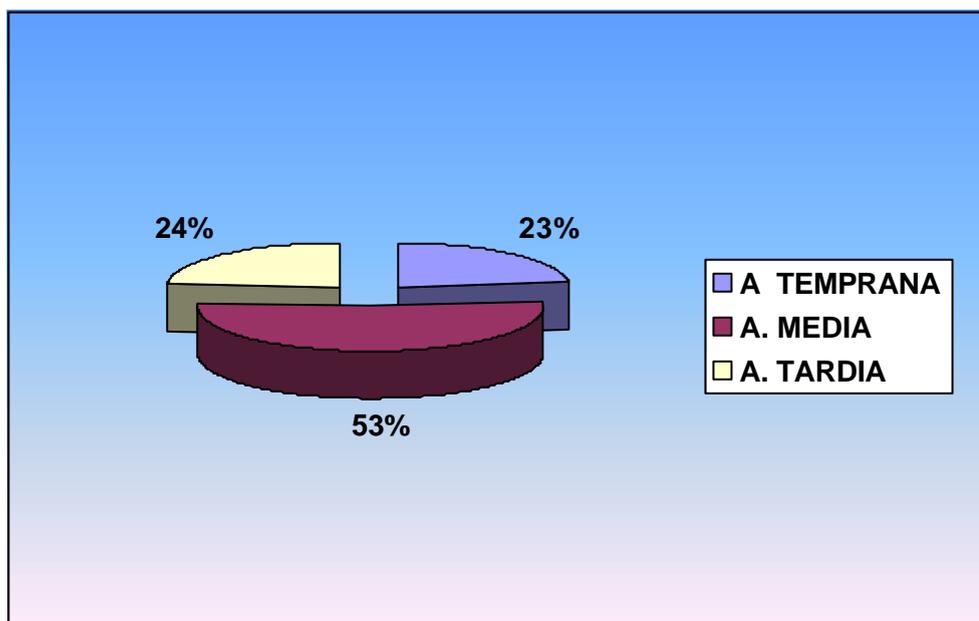


TABLA N° 2
ADOLESCENTES SEGÚN MENARQUIA PRECOZ.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.

MENARQUIA PRECOZ	N°	%
SI	130	52%
NO	119	48%
TOTAL	249	100%

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: J. Cevallos.
M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 2

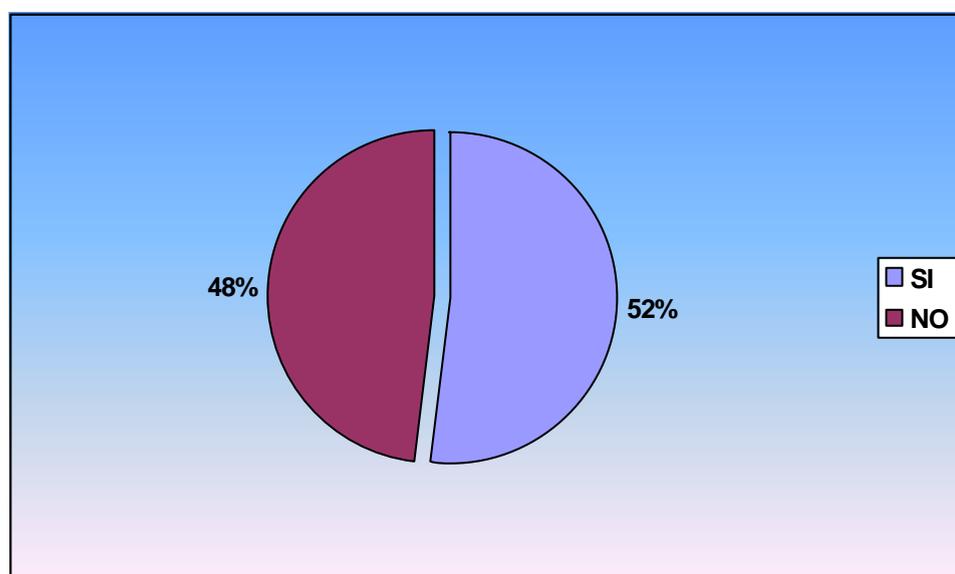


TABLA N° 3
ADOLESCENTES SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO
Y DROGAS
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.

ADOLESCENTES	N°	%
Alcohol	14	6
Tabaco	1	1
Drogas	4	1
No consume	230	92
TOTAL	249	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: J. Cevallos
M. Velásquez.

REPRESENTACION GRAFICA N° 3

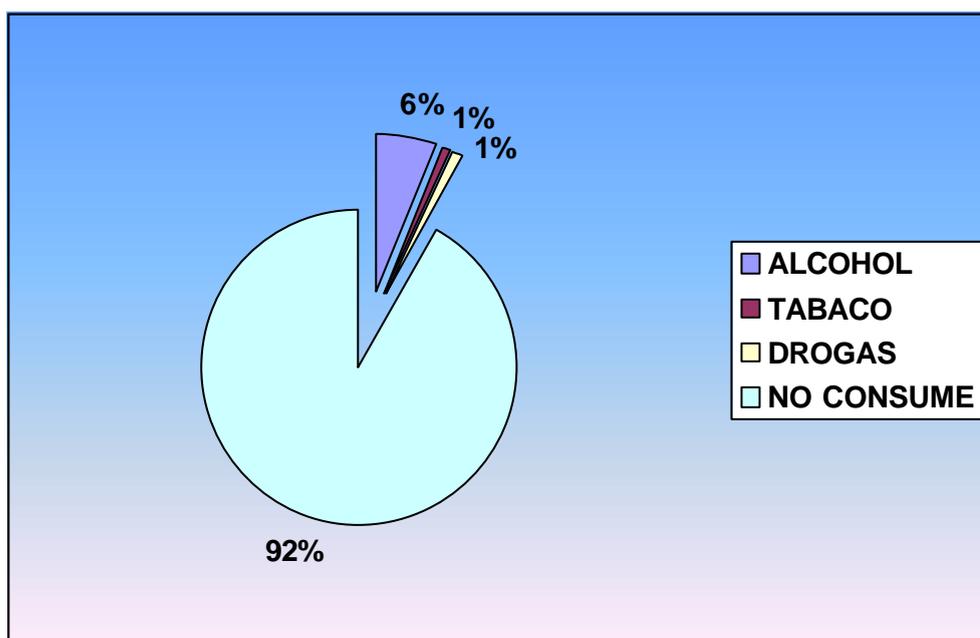


TABLA N° 4
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS SEGÚN
ETAPAS DE ADOLESCENCIA.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.

ADOLESCENCIA	ALCOHOL		TABACO		DROGAS	
	N°	%	N °	%	N°	%
Temprana	0	0	0	0	1	25
Media	9	64	0	0	3	75
Tardía	5	36	1	100	0	0
TOTAL	14	100	1	100	4	100

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: J. Cevallos.
M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 4

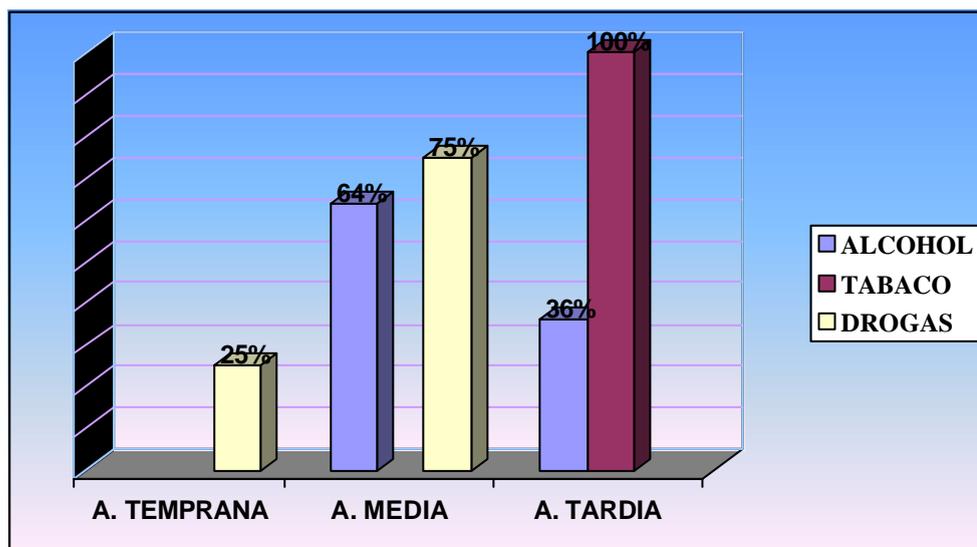


TABLA N° 5
ADOLESCENTES SEGÚN BAJA AUTOESTIMA.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.

BAJA AUTOESTIMA	N°	?
SI	23	9
NO	226	91
TOTAL	249	100

FUENTE: Encuesta.
ELABORADO POR: J. Cevallos.
M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 5

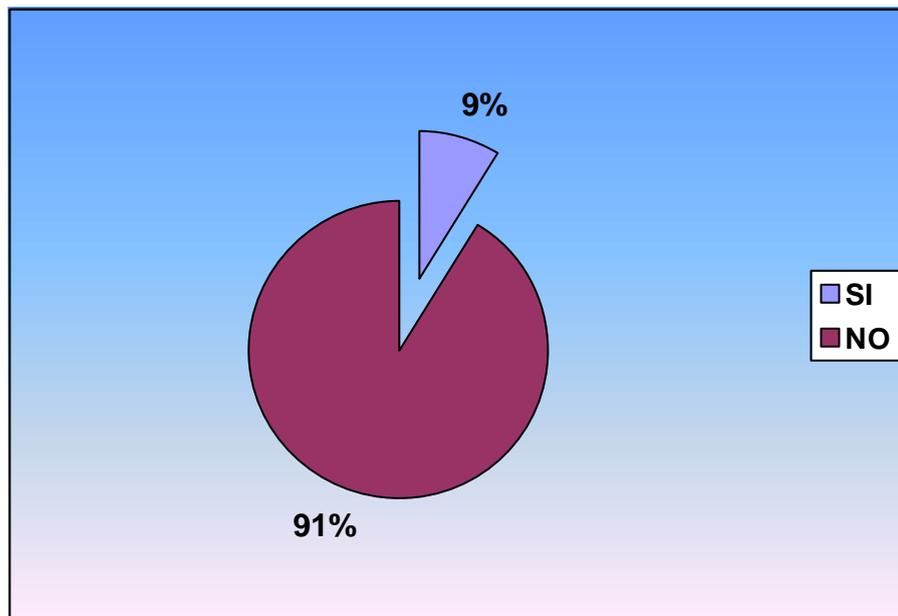


TABLA N° 6
BAJA AUTOESTIMA SEGÚN ETAPAS DE ADOLESCENCIA.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.

ADOLESCENCIA	??	%
Temprana	10	43%
Media	10	43%
Tardía	3	14%
TOTAL	23	100

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: J. Cevallos.
M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 6

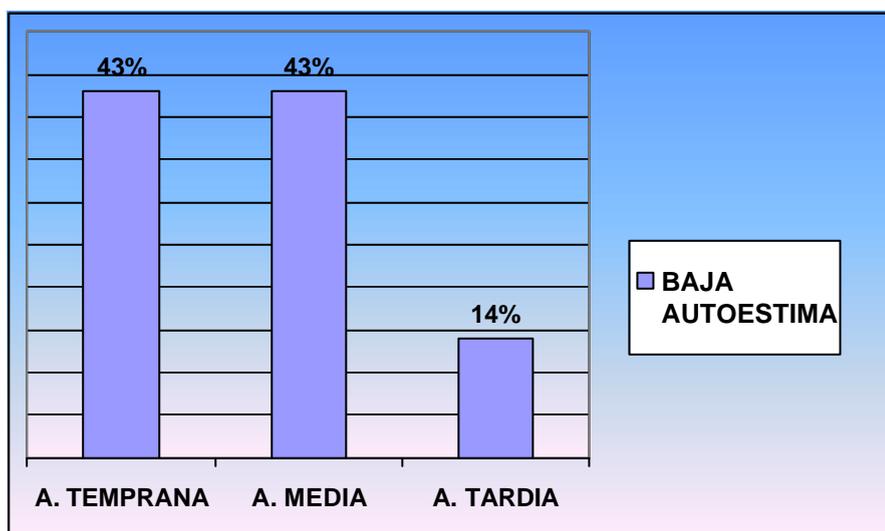


TABLA N° 7
ADOLESCENTES SEGÚN VIDA SEXUAL ACTIVA
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.

VIDA SEXUAL ACTIVA	N°	%
SI	27	12
NO	222	88
TOTAL	249	100

FUENTE: Encuesta
 ELABORADO POR: J. Cevallos
 M. Velásquez.

REPRESENTACION GRAFICA N° 7

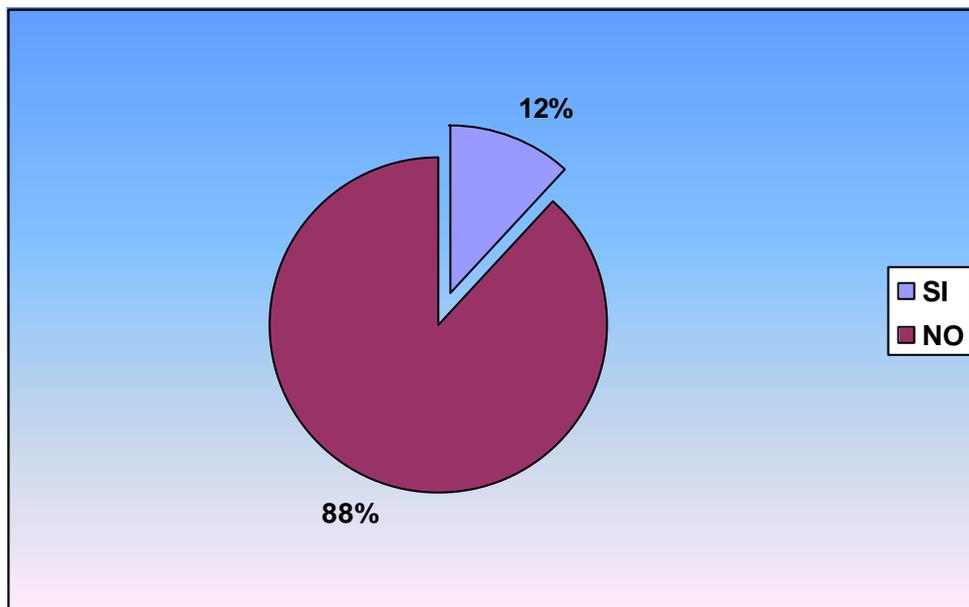


TABLA N° 8
ADOLESCENTES SEGÚN EMBARAZO PREVIO
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.

EMBARAZO PREVIO	N°	%
SI	5	2
NO	244	98
TOTAL	249	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: J. Cevallos
M. Velásquez.

REPRESENTACION GRAFICA N° 8

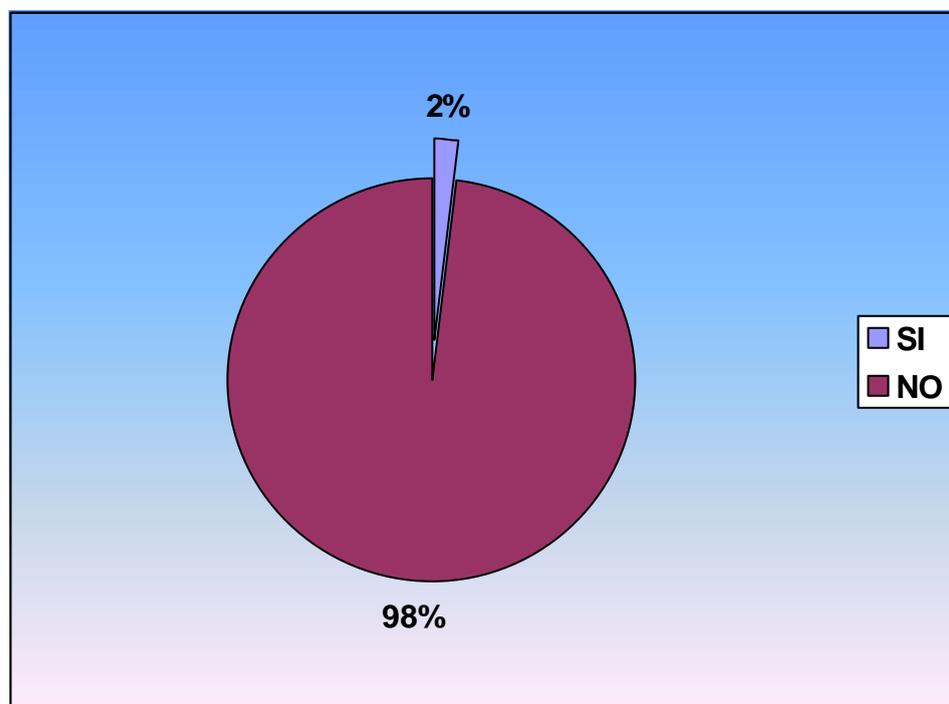


TABLA N° 9

**ADOLESCENTES SEGÚN PRÁCTICAS EN
ANTICONCEPCIÓN.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.**

PRACTICAS EN ANTICONCEPCION	N°	%
SI	14	52
NO	13	48
TOTAL	27	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: J. Cevallos
M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 9

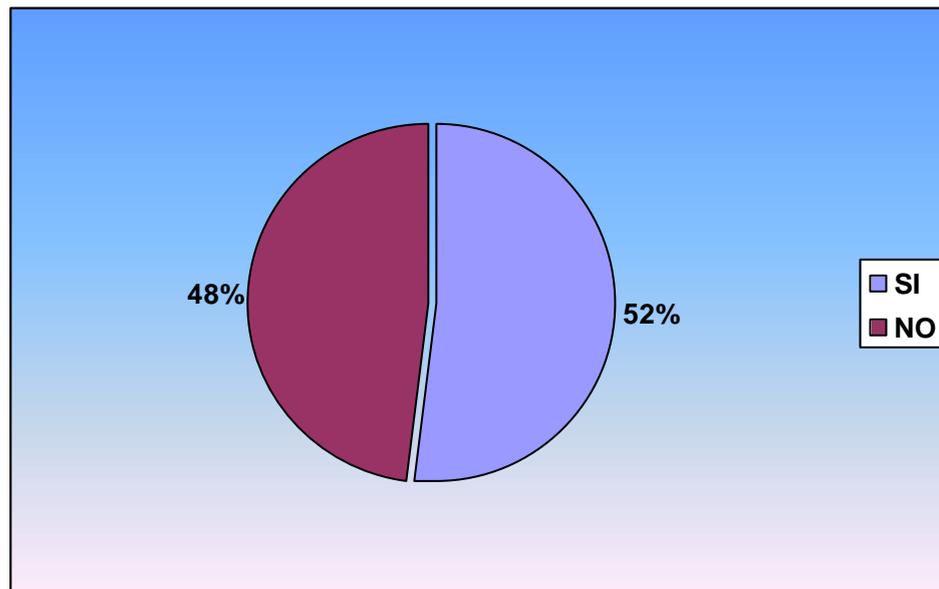


TABLA N° 10

**FALTA DE PRÁCTICAS EN ANTICONCEPCIÓN SEGÚN
ETAPAS DE ADOLESCENCIA.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.**

ADOLESCENCIA	N°	%
Temprana	4	31%
Media	5	38%
Tardía	4	31%
Total	13	100%

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: J. Cevallos.
M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 10

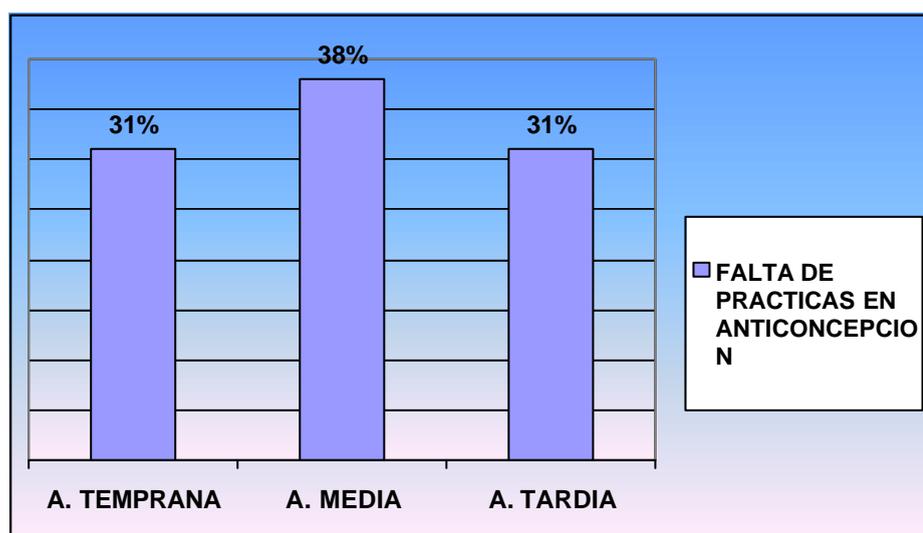


TABLA N° 11

**ADOLESCENTES SEGÚN ESCASA COMUNICACIÓN E
INESTABILIDAD FAMILIAR.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.**

ADOLESCENTES	N°	%
Escasa comunicación familiar	38	15
Inestabilidad familiar	52	21
Familia unida – estable	159	64
TOTAL	249	100

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: J. Cevallos
M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 11

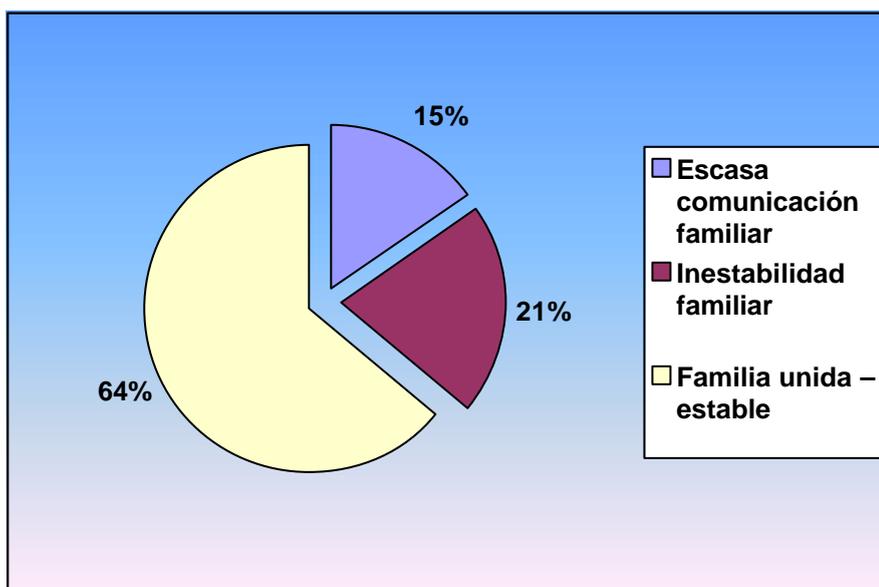


TABLA N° 12

**ESCASA COMUNICACIÓN E INESTABILIDAD FAMILIAR
SEGÚN ETAPAS DE ADOLESCENCIA.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.**

ADOLESCENCIA	ESCASA COMUNICACIÓN FAMILIAR		INESTABILIDAD FAMILIAR	
	Nº	%	Nº	%
Temprana	4	11%	8	15%
Media	26	68%	23	45%
Tardía	8	21%	21	40%
TOTAL	38	100%	52	100%

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: J. Cevallos.
M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 12

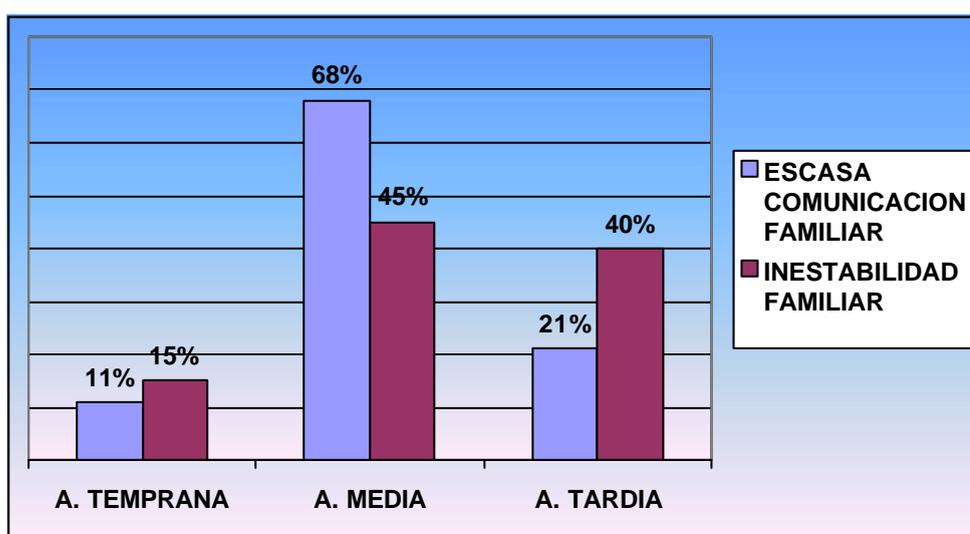


TABLA N° 13
ADOLESCENTE SEGÚN ANTECEDENTE DE EMBARAZO EN
LA ADOLESCENCIA EN LA MADRE Y LA HERMANA.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.

ANTECEDENTE DE EMBARAZO	N°	%
Madre	120	48
Hermana	35	14
Sin antecedente	155	38
TOTAL	249	100

FUENTE: Encuesta
 ELABORADO POR: J. Cevallos
 M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 13

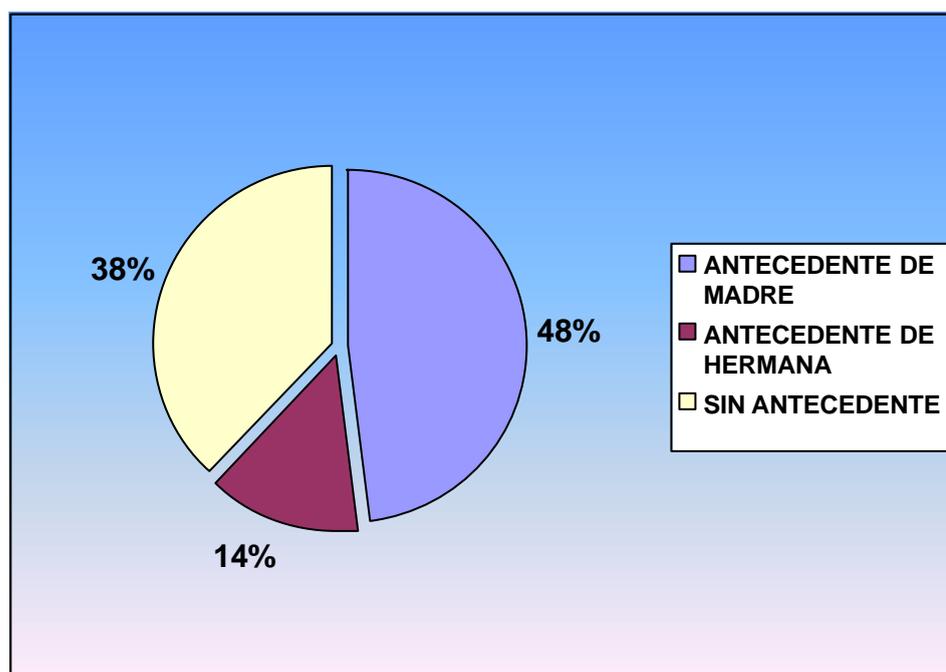


TABLA N° 14

**ADOLESCENTES SEGÚN VALORACION DE LA VIRGINIDAD.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.**

VALORACION DE LA VIRGINIDAD	N°	%
SI	195	78
NO	54	22
TOTAL	249	100

FUENTE: Encuesta
ELABORADO POR: J. Cevallos
M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 14

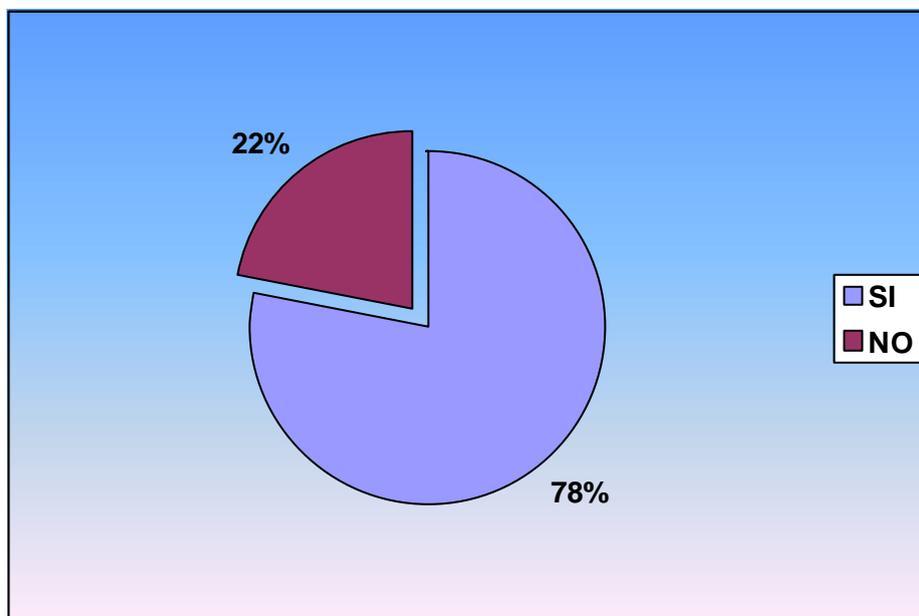


TABLA N° 15

**DESVALORIZACIÓN DE LA VIRGINIDAD SEGÚN ETAPAS DE
ADOLESCENCIA.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.**

ADOLESCENCIA	DESVALORIZACIÓN DE LA VIRGINIDAD	
	N°	%
Temprana	8	15%
Media	45	83%
Tardía	1	2%
TOTAL	54	100%

FUENTE: Encuesta.
ELABORADO POR: J. Cevallos.
M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 15

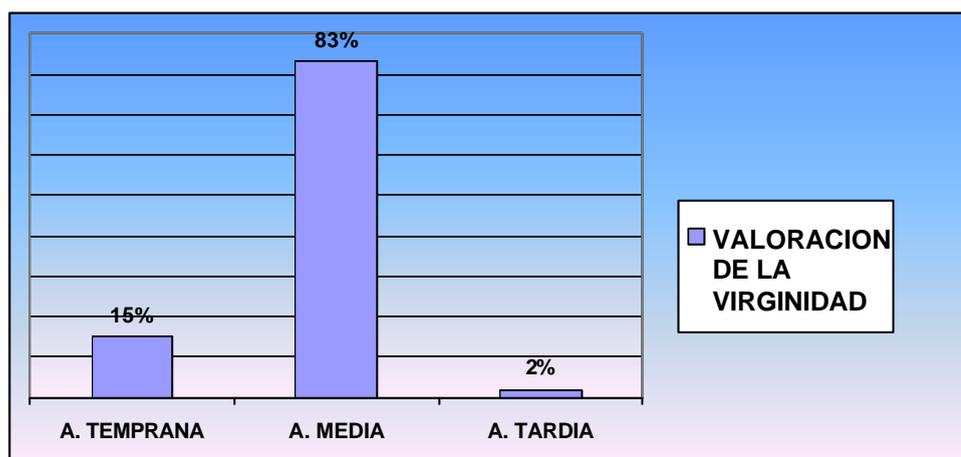


TABLA N° 16
ADOLESCENTES SEGÚN FORMA EN QUE SE HAN DADO
LAS RELACIONES SEXUALES
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.

ADOLESCENTES	N°	%
Insistencia de pareja	3	1
Insistencia de grupo	3	1
Voluntaria	21	9
No han tenido relaciones	222	89
TOTAL	249	100

FUENTE: Encuesta.
 ELABORADO POR: J. Cevallos.
 M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 16

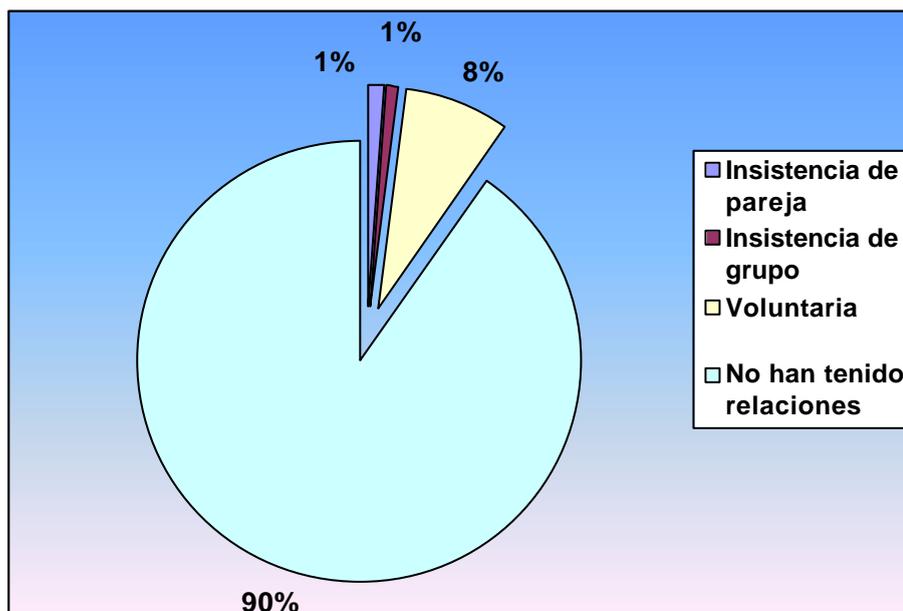


TABLA N° 17

**FORMA EN QUE SE HAN DADO LAS RELACIONES
SEXUALES SEGÚN ETAPAS DE ADOLESCENCIA.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.**

ADOLESCENCIA	INSISTENCIA DE PAREJA		INSISTENCIA DE GRUPO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Temprana	0	0	0	0	0	0
Media	3	50	0	0	3	50
Tardía	0	0	3	50	3	50
					6	100

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO POR: J. Cevallos.

M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 17

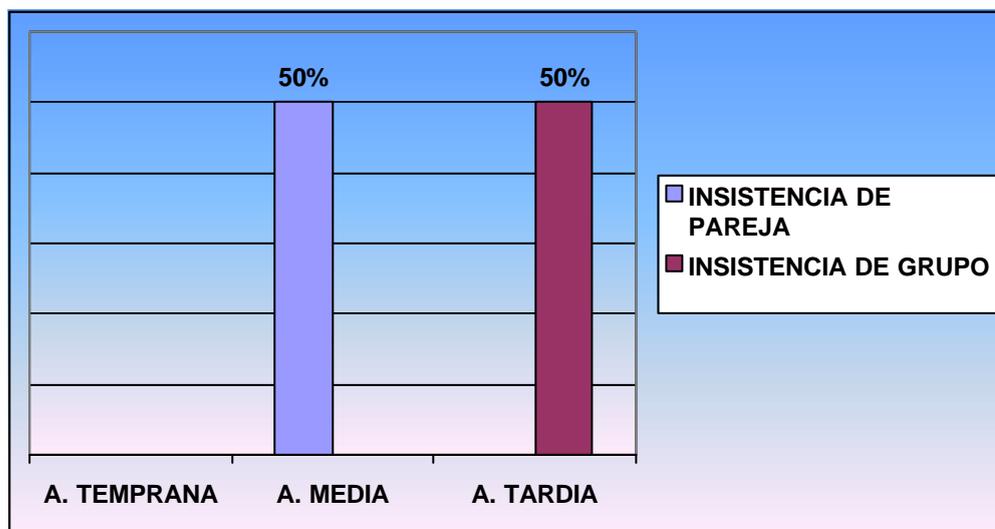
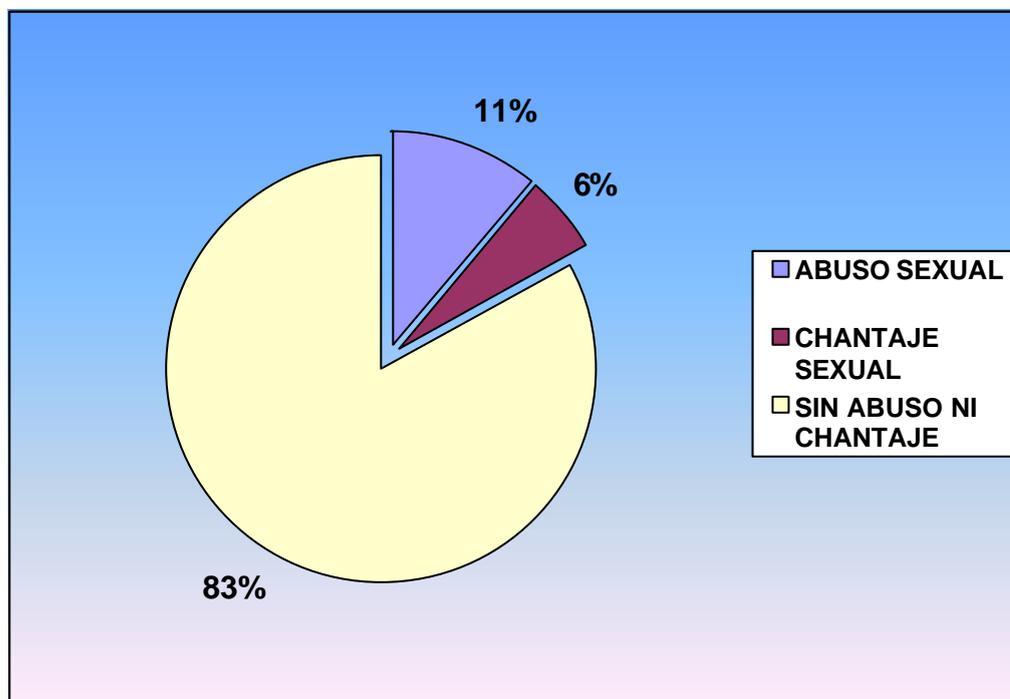


TABLA N° 18
ADOLESCENTES SEGÚN ABUSO Y CHANTAJE SEXUAL.
COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.
2005-2006.

ADOLESCENTES	N°	%
Abuso sexual	28	11
Chantaje sexual	14	6
Sin abuso ni chantaje	207	83
TOTAL	249	100

FUENTE: Encuesta
 ELABORADO POR: J. Cevallos
 M. Velásquez

REPRESENTACION GRAFICA N° 18



1.- De la población de alumnas encuestadas se pudo apreciar que el mayor porcentaje corresponde a la etapa de adolescencia media, con el 53%; siendo esta la etapa en que muchas adolescentes inician su actividad sexual, generando conductas de riesgo por las que potencialmente podrían quedar embarazadas. (Tabla N° 1).

2.- La menarquia precoz estuvo presente en el 52 % del total de la población encuestada. Estos resultados nos indican que la mayoría de alumnas encuestadas estarían expuestas a la aparición de un posible embarazo si desarrollan conductas de riesgo. (Tabla N° 2).

3.- De las alumnas que consumieron algún tipo de sustancias tóxicas; el mayor porcentaje encontrado en el consumo de alcohol y drogas se encontró en la adolescencia media con 64% y 75% respectivamente, mientras que el consumo de tabaco se limita a la adolescencia tardía con el 100%. El consumo de sustancias tóxicas favorece la aparición de un estado de ánimo que facilita las relaciones sexuales sin meditar el hecho y por ende sin protección, lo cual puede llevar a un embarazo no deseado al contagio de enfermedades de transmisión sexual. (Tabla N° 3 y 4).

4.- La autoestima baja, se encuentra en un 43 % en la etapa de adolescencia media y tardía, esto corresponde a 9 estudiantes de las 249 que fueron estudiadas. Este pequeño porcentaje de autoestima baja, podría estar influenciado por la inestabilidad emocional causada por el cambio corporal, la aparición de la menarquia, el inicio de la atracción por el sexo opuesto, que conlleva a inseguridad, desvalorización de sí misma. (Tabla N° 5 y 6).

5.- Las alumnas con vida sexual activa representan el 12 % del total de la población, encontrándose que el 41% corresponde a la adolescencia tardía. Con respecto al embarazo previo se encontró un 2 % del total de alumnas, las que se ubicaron actualmente en la etapa de adolescencia tardía, lo que indica que como personas con vida sexual activa quedan expuestas a un embarazo, como lo demuestra el porcentaje. (Tabla N° 7 y 8).

6.- Del total de alumnas que presentan vida sexual activa un 48 % no realizan prácticas de anticoncepción, las mismas que se distribuyen en todas las etapas de la adolescencia, con valores similares, predominando en la etapa media con un 38%. Los resultados demuestran que un número considerable de alumnas mantienen relaciones sexuales sin tomar ninguna medida de anticoncepción tanto por falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos como por considerar inadecuados el uso de los mismos. (Tabla N° 9 y 10)

7. El estudio demostró que la escasa comunicación e inestabilidad familiar se encuentran en un 15% y 21% del total de alumnas encuestadas, ubicándose el mayor porcentaje en adolescencia media con un 68% y 45%; porcentaje importante que demuestra que la escasa comunicación e inestabilidad familiar son factores que predisponen al embarazo en adolescentes. (Tabla N° 11 y 12).

8. Del análisis de los antecedentes de embarazo en adolescencia de madre o hermana de la alumna encuestada el 48% en relación a la madre y el 14% en las hermanas presentaron este factor predisponente, lo que confirmó que ambos factores tienen importancia en el estudio. (Tabla N° 13).

9. Las alumnas que consideran que la virginidad no tiene valor representan el 22% del total; el mayor porcentaje de éstas se encuentran en adolescencia media 83%. Si bien la disminución del valor de la virginidad es un factor que predispone al embarazo en adolescentes, en nuestro estudio predominó en la adolescencia media; en la cual no encontramos alumnas con embarazo previo. (Tabla N° 14 y 15).

10. Del total de la población que presenta vida sexual activa encontramos un 1% que tuvieron relaciones sexuales por insistencia de pareja y un 1% por insistencia de grupo. La presión de la pareja y del grupo al que pertenece la adolescente para tener relaciones sexuales son factores predisponentes que estuvieron presentes en un pequeño porcentaje de las alumnas encuestadas. (Tabla N° 16 y 17).

11. Del total de la población encuestada se observó que el 11% de alumnas presentó abuso sexual y el 6 % chantaje sexual. Ambos factores predisponentes intervinieron en las alumnas que presentaron embarazo previo. (Tabla N° 18).

**CAPITULO IX
CONCLUSIONES**

En el estudio “FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL COLEGIO NACIONAL TOSAGUA, SEPTIEMBRE 2005-FEBRERO 2006” se obtuvieron las siguientes conclusiones:

FACTORES PERSONALES

- **Edad:** predominando la adolescencia media (14 a 16 años) con 53%.
- **Menarquia Precoz** se encontró en el 52% del total de la población.
- **Consumo de sustancias:** alcohol 6%, tabaco 1%, drogas 1% del total de la población, predominando el consumo de alcohol y drogas en la adolescencia media; el consumo de tabaco se presentó sólo en la adolescencia tardía.
- **Baja autoestima** se presentó en el 9% de la población total, con predominio en la adolescencia temprana y media donde encontramos igualdad de porcentajes 43%.
- **Vida sexual activa** presente en el 12% de la población total, predominando en la adolescencia tardía con 41%.
- **Embarazo previo** se presentó en el 2% de las alumnas que presentan vida sexual activa, y únicamente en la adolescencia tardía.
- **Falta de prácticas en anticoncepción** presente en el 48% del total de la población, predominando en la adolescencia media con 38%.

FACTORES FAMILIARES

- **Familia con escasa comunicación** 15% de la población total, con predominio en la adolescencia media 68%.
- **Inestabilidad familiar** 21% del total de la población, predominando en la adolescencia media con 45%.
- **Madre con historia de embarazo adolescente** 48% del total de la población, predominando en la adolescencia media con 53%.

- **Embarazo de una hermana cuando era adolescente** 14% de la población total, con predominio en la adolescencia media 43%.

FACTORES SOCIALES

- **Disminución del valor de la virginidad** 22% del total de la población, con predominio en la adolescencia media 83%.
- **Presión de pareja** presente en el 1% del total de la población.
- **Presión de grupo** presente en el 1% de la población total.
- **Abuso sexual** presente en el 11% del total de la población, predominando en la adolescencia media con 46%.
- **Chantaje sexual** se presentó en el 6% de la población total predominando en la adolescencia media con 64%.

EDUCACIÓN SEXUAL

Se logro contribuir al conocimiento de la educación sexual de las estudiantes, impartiendo charlas sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y la forma de uso de los mismos. (Ver Anexo N° 2).

**CAPITULO X
RECOMENDACIONES**

- Implementar el departamento de psicología clínica en la unidad educativa para asesorar a los alumnos sobre educación sexual, con la ayuda de charlas educativas, conferencias entre otros, y así contribuir a que los embarazos en adolescentes sean menos frecuentes.
- Brindar conferencias sobre los daños que el consumo de alcohol, tabaco y Drogas ejercen sobre la salud y la forma en que pueden contribuir a que existan embarazos en las adolescentes.
- Implementar escuelas para padres donde se traten temas relacionados con la Educación sexual para lograr que exista una comunicación mas estrecha entre padres e hijos y de esta forma se traten en familia los temas relacionados con la sexualidad, la adolescencia y los métodos anticonceptivos.

PRESUPUESTO

CUENTAS	CANTIDAD
MATRICULA SEMINARIO DE ELABORACIÓN DE TESIS	\$60
INSTRUCTIVO SEMINARIO DE ELABORACIÓN DE TESIS	\$60
ESPECIES VALORADAS	\$10
TRABAJOS REALIZADOS EN COMPUTADORA	\$60
2 RESMAS DE PAPEL BOND	\$12
3 CARTUCHOS DE TINTA PARA IMPRESORA	\$60
BORRADOR DE TESIS	\$200
GASTOS DE TRANSPORTE	\$175
COPIAS DE LA ENCUESTA	\$80
ENCUADERNACIÓN DE LA TESIS	\$50
OTROS EGRESOS	\$50
TOTAL	\$817.00

CRONOGRAMA

Meses 2005-2006 Semanas	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO							
	1	2	3	4	1	2	1	1	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reuniones con director de tesis													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x									x	x	x	x	x	x	x	x
Montaje institucional										x	x	x	x																											
Revisión bibliográfica y modificación del marco teórico					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																								
Elaboración de encuesta										x	x																													
Aplicación del instrumento piloto												x	x																											
Revisión bibliografía y correcciones al material de conferencia														x	x																									
Ejecución de encuesta en ciclo básico																	x	x																						
Ejecución de encuesta en ciclo diversificado																			x	x																				
Ejecución de conferencias en ciclo básico																	x	x																						
Ejecución de conferencias en ciclo diversificado																			x	x																				
Tabulación de datos de la encuesta																					x	x	x	x																
Elaboración del informe final																									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

BIBLIOGRAFIA

ALVARADO Sandra. Embarazo en Adolescentes, aspectos sociales, psicológicos y culturales. 2003.

ARCOS E Embarazo en adolescentes, resultados del nivel primario de salud, E Griffiths - Cuad MED Soc Santiago de Chile, 1995; p 45-46.

ARTEAGA, M.: Adolescencia y Anticoncepción. Conocimiento, Actitud y Práctica. Revista de Obstetricia y Ginecología Venezuela. Vol. 45, N° 3. Caracas.2000.

COLL A: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

DUARTE A, Barreto López A. Factores determinantes del embarazo en adolescentes solteras. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología, 1985.

FERNÁNDEZ-PAREDES F, Ávila-Reyes MA, Castro-García MA, Montiel Martín-Blanco E, Godínez-González ME. Problemas peri natales del embarazo en edad precoz. Rev. Salud DF 1995;3(3):51-54

FREITEZ A, Di Brienza M, Zúñiga G. Comportamiento Sexual y Reproductivo de las Adolescentes. Departamento de Estudios Demográficos, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales Universidad Católica Andrés Bello y Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Caracas. Junio 2000.

GARCÍA Sánchez M. H., Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. Y Ginec. Hptal. Clín. Univers. De Salamanca – Rev. Sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).

HOBBCRAFT JN, McDonald JW, Rutstein SD. Demographic determinants of infant and early child mortality: A comparative analysis. Popul Stud 1985; 39:363-385.

MOLINA R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cáp. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay

MOLINA R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cáp. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile

OMRAN A. Fecundidad y salud. La experiencia latinoamericana. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1985

OPS. La Salud Adolescente y el Joven en las Américas. Publicación Científica N. 485. OMS/FNUAP/UNICEF.

PRADO C. Cambio secular en la edad de la menarquía según el "status" socioeconómico. Bol Soc Esp de Antropol Biol. 1984; 5:67-74.

RÁBAGO-ORDÓÑEZ A, Mendoza-Victoriano D, Hinojosa-Valdés A. Salud reproductiva en adolescentes. En: Alarcón-Navarro F, ED. Prioridades en salud reproductiva. México, DF.: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1993:63-97.

TOLBERT K. La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales.

En: Atkin L, Arcelus M, Fernández-McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, DF.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988:398-425.

TORO Merlo J., Uzcátegui O: "Embarazo en la adolescente" – Rodríguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cáp. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.

TORO RJ. Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación Apgar con la población general. Ginecol Obstet Mex 1992; 60:291- 295.

<http://www.tulane.edu>. Adolescencia y salud reproductiva.

<http://www.insp.mx/salud/39/392-7s.html> El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica

http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html embarazo en la adolescencia

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/teenagepregnancy.html>. Embarazo de adolescentes - Estadísticas.

www.agi-usa.org/about/acc_stat.html Egleston, Elizabeth; Causas determinantes de embarazo no planeado en el Ecuador.

www.tuotromedico.com Embarazo en la adolescencia

ANEXOS

**ANEXO N° 1
ENCUESTA.**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

**“FACTORES PREDISPONENTES A EMBARAZO EN ADOLESCENTES
QUE ASISTEN AL COLEGIO NACIONAL TOSAGUA, SEPTIEMBRE /05-
FEBRERO/06”**

Agradeceremos a usted contestar la presente encuesta en la forma más veraz posible los datos que se recojan serán utilizados para fines exclusivos de investigación, teniendo carácter confidencial. **Fecha:** ___/___/___ **Año que cursa:** _____

Edad: _____ años		
¿A que edad fue tu primera menstruación?		___ Años.
¿Consumes bebidas alcohólicas?	SI___	NO___
	¿Cuántas al día? ____	¿Cuántas veces a la semana? ____
¿Consumes tabaco?	SI___	NO___
	¿Cuántos al día? ____	¿Cuántas veces a la semana? ____
¿Consumes drogas?	SI___	NO___
	¿Cuántos al día? ____	¿Cuántas veces a la semana? ____

¿Te consideras una persona con muchas cualidades?	SI___	NO___
¿Con frecuencia te avergüenzas de ti misma?	SI___	NO___
¿Has tenido experiencias sexuales?	SI___	NO___
¿Has estado embarazada?	SI___	NO___
¿Usas anticonceptivos?	SI___	NO___
¿Cómo consideras tu relación con tus padres y hermanos?	Buena ___ Mala ___	
¿Con quién vives en tu casa?	Padre, madre y hermanos(as) ___ Solo con mi Padre ___ Solo con mi Madre ___ Sólo con mis abuelos ___ Otros ___	
¿A qué edad quedó embarazada por primera vez tu mamá?		A los ___ años
¿Tienes hermanas? SI ___ NO ___	¿Ha estado embarazada?	SI___ NO___ ¿A qué edad quedó embarazada? ___ años
¿La virginidad es importante?	SI___	NO___
¿Las relaciones intimas se han dado de forma?	Voluntaria___ Por insistencia de la pareja___ Por insistencia de grupo ___	
¿Has experimentado una situación que podrías considerar como abuso sexual?		
	SI___	NO___
¿Te han ofrecido algo a cambio de tener contacto sexual?		
	SI	NO

ANEXO N° 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EXPOSICIÓN DE LAS CHARLAS A LOS ALUMNOS DEL COLEGIO NACIONAL TOSAGUA.

TEMAS:

- Embarazo en la adolescencia.
- Sexualidad.
- Métodos anticonceptivos.
- Tabaquismo y alcoholismo
- El aborto.

OBJETIVO:

Exponer los principales problemas a los que pueden estar expuestos los adolescentes en la sociedad moderna si no son bien guiados y no se informan acerca de estos problemas.

ACTIVIDADES:

Se realizará una exposición magistral seguida de una ronda de preguntas para aclarar las dudas que pudieran presentarse en cada caso en particular. Se buscarán alternativas para cada caso en concreto, realizándose al final una prueba para observar el grado de aprendizaje acerca del tema expuesto.

TIEMPO:

40 minutos para exponer el tema, 5 minutos para toma de la prueba.

PARTICIPANTES:

Lcda. María Auxiliadora Espinoza.

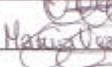
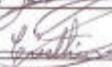
Egresados: Cevallos Menéndez José Armando, Velásquez Cedeño María Eugenia.

MATERIALES:

Videos sobre aborto, embarazo en la adolescencia, alcoholismo, Folletos e instructivos sobre anticonceptivos.

ANEXO N° 3 a.

LISTA DE ASISTENTES A LAS CONFERENCIAS IMPARTIDAS
EN EL COLEGIO NACIONAL TOSAGUA

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Bosulto Lombardo Lialth	
Sult Denise Bosulto Lombardo	S. D. 
Mariano G. Almeida	
Katty Dominguez	
Bosulto Pedro Ángel	
Lisana Bosulto	
Marya A. Salvatierra	
Vanessa de Talledo	
Bayron A. Lucos A.	
Juan Carlos Bosulto	
Ricardo F. Ruiz	
Chavez Rosado	
Veronica Bosulto	
Rosa P. Liguera	
Francisco Jacquetto	
Maria Gabriela Brea	
Tomina Cuvellos	
Kledy Alejandro	
Nelson Daniel	
Adrian Cuvellos	
José Alvarado	
Edgardo Sanga	
Edgardo Robinson	
Guillermo E. Idalgo	
Sandy Uno	
Victor Escala	

ANEXO N° 3 b.

LISTA DE ASISTENTES A LAS CONFERENCIAS IMPARTIDAS
EN EL COLEGIO NACIONAL TOSAGUA

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Diego Yamburano	
César Cedeño	
Fernando Villeg	
Ricardo Medina Ruiz	
Jorge Yamburano	
Luis Cedeño	
Leonel Toledo	
Ponzoza Emilia	
Humberto Santos	
Celso José Julián	
Yamael Delgado	
Simón Prats	
León Bravo	
Angel Pilligua	
Jaico Zambrano	
Jorge Chiriz	
Cristian Eduardo	
Manuel Chiriz	
Darwin Calderón	
Juan Carlos García Moreno	
Johán Mac Ueyra	
Eduardo Martínez	
Roberto Bayardo María Dolores	
Almeida R. Hualde	

ANEXO N°. 4

FOTOS

VIDEO SOBRE ALCOHOLISMO



CHARLA SOBRE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



ENCUESTA REALIZADA A LAS ALUMNAS



CHARLA SOBRE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO Y ABORTO.

