

RESUMEN

En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), recogidas por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador señalan que en 2012, el 40% del total de fallecimientos de los adolescentes ocurrió por formas de muertes externas o denominadas también “evitables” (tales como embarazos precoces). Mientras que en el 2013 la cifra aumento al 60%.

A través del presente estudio investigativo de tipo descriptivo realizado a un grupo de 150 adolescentes de 13 a 17 años de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” del cantón Santa Rosa se determinó por medio de un instrumento como la encuesta los siguientes resultados: 61% son madres solteras y un 39% son de unión libre.

Dentro de los factores de riesgo de un embarazo precoz están que el 67% de las adolescentes tiene una vida sexual activa, el 15%, inicio su vida sexual por curiosidad, el 19% lo realizo por inducción de amistades y el 67% por deseos o sentimientos, el 59% de las adolescentes no utiliza métodos anticonceptivos y un 37% a veces lo suele utilizar, en el 63% de los adolescentes no existe dialogo con los familiares sobre el sexo debido a la poca comunicación que existe entre padres e hijos y solo un 37% habla este tema con sus padres o hermanos, el 63% de los adolescentes están conformados por familias disfuncionales conformada por el padre o solo por la madre, el 37% están conformados por familias funcionales conformadas por padres y hermanos.

En cuanto al conocimiento se puede determinar que el 85% de las adolescentes desconocen sobre el embarazo precoz y solo el 15% tiene un conocimiento medio sobre el tema. Por lo que con los talleres impartimos sobre temas como embarazo precoz, métodos anticonceptivos, planificación familiar y lactancia materna al final de los talleres los participantes quedaron motivados y solicitaron se continúe este tipo de eventos para evitar muertes en mujeres jóvenes.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que cada vez sea más necesario dedicarles una mayor atención, debido a que durante ésta etapa se producen importantes transformaciones de diversa índole que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

Según la organización mundial de salud (OMS) 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. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto.

Según estadísticas del Ministerio de Inclusión Económica y Social, en los últimos dos años el índice de embarazo adolescente entre jóvenes de 15 a 19 años, creció cerca del 18%. De acuerdo este informe, Ecuador tiene una de las más altas de embarazo en América Latina. Datos del censo poblacional 2011, demuestran que en este año se atendieron más de 36 mil partos de adolescentes embarazadas entre 12 y 17 de edad.

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP), en Ecuador está embarazada por lo menos el 26 % de la población adolescente y joven, con edades que oscilan entre los 15 y 19 años.

Ecuador posee la tendencia a la fecundidad más alta en la región sub andina, pues dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez, de estas, el 45% no estudia, ni trabajan.

Este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en las escuelas, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo

se considera que el número de embarazos no deseados entre adolescentes sigue siendo elevado.

El presente trabajo de investigación se realiza con el objeto de identificar los factores que influyen en embarazos en adolescentes, utilizando medidas preventivas para evitar embarazos en adolescentes.

En el Ecuador, 2 de cada 10 partos son de adolescentes; 4 de cada 10 mujeres en nuestro país tuvieron su primer hijo en la adolescencia, siendo el nuestro el país con mayor índice de embarazos adolescentes en la región andina. (INEC, 2011). El embarazo entre adolescentes es mayor entre estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales.

En la provincia del Oro se han presentado 19,85% embarazos en adolescentes, esto conlleva que probablemente se presente situaciones graves como son las muertes maternas como lo demuestran las estadísticas provinciales del año 2012 en el que se presentaron de diez a quince muertes maternas por esta causa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia

En la Provincia del Oro en el año 2012 existieron 380 casos de embarazos terminando en los grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 Años 406 casos y embarazos ectópicos de 15 a 19 años 5 casos.

En el Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” en el 2013 se han registrado aproximadamente 1000 mujeres embarazadas en consulta externa existiendo un aumento aproximado del 25% en relación al año 2012, actualmente uno de los principales problemas que afectan a los jóvenes que comienzan su actividad sexual es el embarazo no planificado o no deseado cabe.

Existen varios factores de riesgo en este caso la falta de dialogo con sus padres, falta o mala interpretación de los adolescentes sobre orientación sexual, relaciones sexuales a temprana edad, varias parejas sexuales, falta de uso y de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, analfabetismo, la curiosidad de saber que se siente ¿cómo es?, por accidente, por presiones de grupo tanto los varones como las muchachas, pueden verse presionados a tener relaciones sexuales para no sentirse excluidos de su grupo de pares, por presión de los padres: en nuestra cultura el varón recibe muchas presiones de sus padres, en especial del papá, quien se angustia si su hijo no da muestra de haberse iniciado sexualmente, lo compromete a demostrar “cuan hombre es”, fantasía de alcanzar la madurez y la adultez teniendo relaciones sexuales, la necesidad de afecto: la idea de que el sexo y afecto siempre van juntos, sentimiento de soledad y baja autoestima, como medio de agresión a los padres: el “meter la pata” puede ser una forma de dañar y castigar a los padres, familia disfuncionales en su estructura y dinámica, promiscuidad por hacinamiento (incesto, violación).

El embarazo en adolescentes es un problema de alta relevancia ya que afecta la capacidad reproductiva, la cual transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia social, económica y educativa de cada individuo.

Por tanto, muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

Hoy, en día este problema se va extendiendo en cantidad de casos y se hace más difícil superar para las familias involucradas, principalmente por la pobreza en la que nuestro país vive. En el caso concreto de nuestra ciudad, no existen estudios que demuestren con claridad la casuística de la problemática que afecta sobre todo a adolescentes de estratos económicos bajos, estudiantes de los primeros años de instrucción, con desinformación acerca de los factores que influyen a provocar un embarazo precoz.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores, relacionados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague”?

SISTEMATIZACIÓN

- ¿Cuáles son las características individuales presentan las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” del cantón Santa Rosa en los meses de Febrero a Mayo del 2014?
- ¿Cuáles son los factores familiares relacionados al embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” del cantón Santa Rosa en los meses de Febrero a Mayo del 2014?
- ¿Cuáles son los factores sociales relacionados al embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” del cantón Santa Rosa en los meses de Febrero a Mayo del 2014?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Identificar los factores, relacionados al embarazo en adolescentes que son atendidas en el Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” del cantón Santa Rosa, Provincia de el Oro de Febrero a Mayo, 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar las características individuales de las adolescentes embarazadas que son atendidas Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” del cantón Santa Rosa, Provincia de el Oro de Febrero a Mayo, 2014.
- Determinar los factores familiares relacionados al embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” del cantón Santa Rosa en los meses de Febrero a Mayo del 2014.
- Determinar los factores sociales relacionados al embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” del cantón Santa Rosa en los meses de Febrero a Mayo del 2014.
- Planificar y Ejecutar un plan educativo sobre planificación familiar en las adolescentes.

VARIABLES

Dependientes

Embarazo en adolescentes

Independientes

Características individuales

Factores familiares

Factores sociales

HIPOTESIS

Los factores sociales y familiares se asocian al aumento de Embarazo en Adolescentes
Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague del Cantón Santa Rosa

JUSTIFICACIÓN

En América Latina, con 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años. El total de partos institucionales en adolescentes de 10-19 años fue de 30.350, que representan el 15% del total de partos del país.

En Ecuador, de acuerdo con el último censo de población y vivienda, realizado en el 2011, en el país hay 346.706 adolescentes, de las cuales 4.080 ya han sido madres, estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países con el mayor número de embarazo de niñas y adolescentes.

Este trabajo investigativo se realizó para determinar e identificar las causas y los factores que influyen para que se produzca el embarazo en adolescentes como: características individuales, factores familiares y sociales, educación sexual y el tipo de familia en la que se presenta el embarazo en adolescentes, así también como los riesgos que se pueden presentar antes, durante y después del periodo de gestación en un adolescente; con el objeto de establecer los métodos y programas de concientización que contribuyan a la disminución de este problema social.

Para llevar a cabo este trabajo, se tomó como objeto de estudio a las madres adolescente de 13 a 17 años de edad que acuden a consulta externa en el HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE” llevando así talleres educativos que mejoraran el estado actual de las adolescentes. Los mismos que se basaron sobre: embarazo en adolescentes, educación sexual, métodos anticonceptivos y lactancia materna con el propósito de eliminar la desinformación en las adolescentes y crear una cultura educativa en la prevención de nuevos embarazos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1. SEXO Y SEXUALIDAD

El sexo despierta, probablemente, más interés y, al mismo tiempo, más confusión que cualquier otro aspecto de la vida humana. (Escobar.)⁽²⁾

1.1 CONCEPTO DE SEXO

La palabra sexo es utilizada frecuentemente para designar diversas cosas. Por ejemplo cuando se nos pregunta cuál es nuestro sexo, acertadamente respondemos hombre o mujer; sin embargo, la palabra sexo regularmente se utiliza para referirse a actividades que tienen que ver con la obtención de placer sexual. (Galarraga.)⁽⁴⁾

Según el diccionario “sexo se define como la propiedad según la cual pueden clasificarse los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas”. También la definición de la Real Academia, refiere al sexo como la “condición orgánica que se distingue al macho de la hembra, en los animales y en las plantas”. (Galarraga.)⁽⁴⁾

Estrictamente hablando, el sexo es el conjunto de características biológicas que diferencian al macho de la hembra y que al complementarse tienen la posibilidad de la reproducción.

Estas características biológicas no se refieren solo a los órganos sexuales, sino también a diferencias en el funcionamiento de nuestros cuerpos.

Precisamente, las diferencias de los organismos del hombre y la mujer, son las que permiten que, al unirse sus células sexuales, exista la posibilidad de la reproducción. (Galarraga.)⁽⁴⁾

1.1.1. Concepto de Sexualidad.

La palabra sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y actividades existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental y que se encuentra también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual. (Gisper C.) ⁽⁵⁾

El amor humano no tiene que ver con el sexo solamente, el sexo es una de las cosas importantes que se dan en el amor.

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma, porque viene decantada por una perspectiva sumamente individualizada. Se trata en efecto, de una perspectiva que dimana tanto de experiencias personales y privadas como de causas públicas y sociales. (Gisper C.) ⁽⁵⁾

No podemos conocer la sexualidad humana, sin tener en cuenta sus múltiples dimensiones. El aprendizaje de la sexualidad en todas sus facetas no solo se reduce al conocimiento del individuo y de la naturaleza del ser humano, sino que también viene determinada por el medio en que se encuentra. (Gisper C.) ⁽⁵⁾

La sexualidad es un tema que ha despertado el interés del hombre, desde los tiempos primitivos a nuestros días; y su estudio contribuye a una inmejorable preparación para el afrontamiento de distintos cambios sexuales, tanto fisiológicos como conductuales que se producen a lo largo de la vida. (Gisper C.) ⁽⁵⁾

1.1.2. Métodos Mecánicos o de Barrera.

Preservativo masculino o condón: Funda generalmente de látex, muy fina y resistente que se coloca desenrollando en el pene en erección, impidiendo así que el semen de la eyaculación se aloje en la vagina. (López. M.) ⁽⁷⁾

Preservativo femenino: Es una funda de poliuretano, más ancho que el masculino y provisto de un anillo rígido de unos 10cm. De diámetro en el extremo abierto y de un segundo anillo más estrecho situado en el interior del preservativo. (López. M.) ⁽⁷⁾

Diafragma: Es una caperuza de caucho o de goma con un borde flexible de distintas medidas que actúa como obstáculo mecánico tapando el cuello del útero, impidiendo así la entrada de los espermatozoides. (López. M.) ⁽⁷⁾

Dispositivo intrauterino (D. I. U.): Es un pequeño aparato de plástico y metal (cobre o plata y cobre) muy flexible, que se introduce en el interior del útero. Ante su presencia, se segrega mayor cantidad de flujo dificultando el ascenso de los espermatozoides a través de él. Altera el movimiento de las trompas de Falopio dificultando la fecundación. (López. M.) ⁽⁷⁾

1.1.3. Métodos Químicos y Hormonales

Píldora anticonceptiva: Es un compuesto de hormonas sintéticas similares a las naturales de la mujer (estrógenos y progesterona).

Al tomarlas la hipófisis deja de mandar ordenes al ovario para que este produzcan estas hormonas, por lo que el ovario queda en reposo y no hay ovulación, por tanto no puede haber fecundación, lo que hace imposible el embarazo. (López. M.) ⁽⁷⁾

Inyección hormonal: Se trata de administrar a la mujer en forma de inyección la cantidad de hormonas de un envase o más de píldoras anticonceptivas. Así la frecuencia de las inyecciones puede ser cada cuatro, ocho o doce semanas. La composición puede

variar: solo de progesterona o combinando estrógeno y progesterona. Produce el mismo efecto anticonceptivo que la píldora. (López. M.) ⁽⁷⁾

Implante hormonal: El implante está formado por 6 pequeños tubos del tamaño de una cerilla que se inserta bajo la piel del brazo de la mujer y que van liberando lentamente hormonas sintéticas (progestágeno, similar a la hormona natural producida por el cuerpo de la mujer) en el organismo en una dosis constante y muy baja, estas hormonas evitan que los ovarios expulsen los óvulos además de causar cambios en la pared uterina y en el moco cervical.

Espermicidas: Los espermicidas se clasifican como métodos de barrera química. Existen en el mercado en forma de cremas, geles y óvulos vaginales. Tienen una doble acción, por un lado el ingrediente activo o agente espermicida inmoviliza o mata a los espermatozoides, y por el otro, la emulsión que contiene la sustancia activa forma una barrera que bloquea la apertura del cérvix. Deben ser siempre utilizados en combinación con otros métodos anticonceptivos, ya que por sí solos tienen muy poca eficacia. (López. M.) ⁽⁷⁾

1.1.4. Métodos Quirúrgicos.

Ligadura de trompas: Intervención quirúrgica que se realiza en la mujer, con anestesia general. Consiste en seccionar o bloquear las trompas de Falopio (con clips, anillas o electrocoagulación), esto impide el recorrido del óvulo por la trompa en dirección al útero y por tanto la fecundación, es permanente e irreversible. (López. M.) ⁽⁷⁾

Vasectomía: Es una intervención quirúrgica que se practica en el varón con anestesia local. Consiste en cortar o pinzar los conductos deferentes con el fin de que el semen eyaculado no contenga espermatozoides.

No son métodos anticonceptivos

- Coito interrumpido o “marcha atrás”
- Lactancia prolongada
- Lavados vaginales
- Durante la menstruación

1.2 ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

1.2.1 Concepto.

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia “Periodo de la vida en la 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 19 años. (Erikson. E.) ⁽¹⁾

1.2.2 Etapas de la Adolescencia

1.2.3 Etapa de la adolescencia temprana (10 a 13 años).

En esta etapa encontramos la más alta incidencia de trastornos emocionales y negación patológica. 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. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (Fuentes. M.) ⁽³⁾

1.2.4 Etapa de adolescencia media (14 a 16 años).

En esta etapa se caracteriza por el establecimiento de la identidad y de la feminidad. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. El embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, durante esta etapa es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de la depresión (se siente aislada, rechazada, no querida) pasa a la euforia (dinámica, querida, popular). El embarazo, por ende puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brinda madurez. (Fuentes. M.)⁽³⁾

1.2.5 Etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años).

En estas etapas la adolescente se ve absorbida por el tema de las relaciones interpersonales, a menudo el embarazo es un intento de consolidar la intimidad y de “atar al novio”. Es la etapa de consolidación de la identidad y para algunas adolescentes eso se logra con la integración en el rol de la madre joven, estrechamente ligado a factores culturales. (Fuentes. M.)⁽³⁾

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia, tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas nuevamente y de tener un número mayor de partos. Tienen menos probabilidades de recibir el apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios, de trabajar y de establecer su independencia y su estabilidad financiera para sostenerse a sí misma y a sus hijos sin necesidad de una fuente externa de recursos. Tienen también mayor probabilidad (del 80%) de experimentar el divorcio, comparado con aquellas mujeres casadas después de los 20 años. (Fuentes. M.)⁽³⁾

1.3 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 menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”. (Gómez.)⁽⁶⁾

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. (Gómez.)⁽⁶⁾

“En el Ecuador, 2 de cada 10 partos son de adolescentes; 4 de cada 10 mujeres en nuestro país tuvieron su primer hijo en la adolescencia, siendo el país con mayor índice de embarazos adolescentes en la región andina. (INEC, 2010)”.

(Pagina Ministerio de salud pública. www.sexualidadsinmisterios.com)

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.

1.3.1 Factores que influyen el embarazo en las adolescentes.

Las adolescentes frente a las causas.

1.3.2 Factores predisponentes para el aumento de los embarazos en adolescentes.

Menarquía Temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. (Molina.)⁽⁸⁾

Inicio Precoz de Relaciones Sexuales: Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. (Molina.)⁽⁸⁾

Familia Disfuncional: Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (Molina.)⁽⁸⁾

Familia Mononucleares: Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen dialogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver; impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (Molina.)⁽⁸⁾

Bajo Nivel Educativo: Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. (Molina.)⁽⁸⁾

Migraciones: Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

Pensamientos Mágicos: Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean. (Molina.)⁽⁸⁾

Fantasías de Esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o Distorsión de la Información: Es común que entre adolescentes circulen “mitos” como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc. (Molina.)⁽⁸⁾

Controversias entre su Sistema de Valores y el de sus Padres: Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces

los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas. (Molina.)⁽⁸⁾

Factores Socioculturales: La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. (Molina.)⁽⁸⁾

1.3.3 Factores determinantes para el aumento de los Embarazos en Adolescentes.

- Relaciones sin anticoncepción
- Abuso sexual.
- Violación

1.3.4 Factores Psicosociales 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: (Molina.)⁽⁸⁾

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

Sociedad Restrictiva: Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a 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. (Molina.)⁽⁸⁾

Sociedad Permisiva: Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial.

Sociedad Alentadora: Para lo 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. (Molina.) ⁽⁸⁾

Estratos medio y alto: La mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente. (Molina.) ⁽⁸⁾

Estratos más bajos: Donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente es más común que tengan su hijo. (Molina.) ⁽⁸⁾

1.4. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

1.4.1 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 protegidos y, en las circunstancias en que ellas creen, 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. (Pérez.) ⁽⁹⁾

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

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

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); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos 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. (Pérez.)⁽⁹⁾

1.4.2. Actitudes hacia la maternidad.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. (Pérez.)⁽⁹⁾

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. (Pérez.)⁽⁹⁾

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como hecho que las transformara en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. (Reeder.)⁽¹⁰⁾

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, utilizando como “poderoso instrumento” que le afirme su independencia de los padres. 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. (Reeder.)⁽¹⁰⁾

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea 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. (Reeder.)⁽¹⁰⁾

1.5 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO PRECOZ

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

1.5.1 Consecuencias para la adolescente.

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. (Reinoso.)⁽¹¹⁾

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

- Asincronía madurativa físico y emocional
- Baja autoestima
- Bajo nivel de instrucción
- Ausencia de interés
- Intento de aborto
- Propósito de entregar el hijo en adopción.

- Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente
- Trabajo no calificado
- Pareja ambivalente o ausente
- Condición económica desfavorable
- Marginación de su grupo de pertenencia
- Dificil acceso a los centros de salud

1.5.2 Consecuencias para el hijo de la madre adolescente.

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de “muerte súbita”. Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo físico y emocional. (Reinoso.)⁽¹¹⁾

- Abortos Espontáneos
- Embarazos Extrauterinos
- Anemia
- Infecciones Urinarias
- Amenaza de Parto Pretérmino
- Hipertensión Arterial Gravídica
- Mortalidad Fetal
- Parto Prematuro
- Crecimiento Intrauterino Retardado
- Presentaciones Fetales Distócicas
- Desproporciones Cefalopélvicas.

1.5.3 Consecuencias para el padre adolescente.

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificulten el ejercicio de una paternidad feliz. (Reinoso.)⁽¹¹⁾

1.6 INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL

Son enfermedades infecciosas que tienen como característica común, el transmitirse por contacto sexual.

Las más frecuentes son:

- Sífilis
- Gonorrea
- Chlamydia
- Chancro
- Cándida
- Trichomonas
- Condilomas
- Ladillas
- Herpes genital
- Hepatitis
- SIDA

Síntomas. Dependen de la enfermedad que se padece. En el caso de la gonorrea, tanto en el hombre como en la mujer, aparecen secreciones por la uretra en el primero y flujo vaginal en la segunda. Pueden aparecer también escozor o ardor al orinar, así como orinar con más frecuencia. Asimismo, úlceras, granos, ronchas en la región genital, que

pueden ser dolorosas o indoloras (en el caso de la sífilis); verrugas, ampollas, picazón, aparición de ganglios en la ingle y dolor en el bajo vientre, etc. (López. M.) ⁽⁷⁾

Asintomático. Si: es frecuente que las mujeres padezcan la enfermedad sin que aparezcan los síntomas (de cada 5 mujeres que sufren gonorrea, 4 no muestran síntomas); en el hombre también es posible pero menos frecuente. Por ello, es necesario, ante la duda, hacer unos análisis que ayudaran al diagnóstico.

1.6.1 Complicaciones pueden aparecer.

En el caso del hombre, las más importantes después de sufrir una blenorragia son la estenosis de uretra (estrechez del conducto urinario), esterilidad, etc., que suele aparecer tiempo después de haber sufrido la enfermedad. En el caso de la sífilis, si no se detecta en su primer estadio, puede manifestarse en su tercer estadio, con alteraciones del sistema nervioso, cardiovascular, cutáneo, etc., de oscuro pronóstico. De ahí la importancia de atacar las I.T.S. en su inicio. En la mujer, obstrucción de las trompas (esterilidad), alteraciones del feto, etc. (López. M.) ⁽⁷⁾

1.7. FORMAS DE PREVENIR EL EMBARAZO PRECOZ

1.7.1 Sexo seguro.

Toda relación sexual que no implique ningún tipo de penetración ya sea vaginal, anal u oral, es una relación sexual segura y no tiene implicaciones para la transmisión de una ITS o VIH, los besos apasionados, abrazos, caricias, la masturbación mutua, son formas también de disfrutar de nuestra sexualidad.

El sexo más seguro es todo lo que hacemos para reducir el riesgo de contraer una infección de trasmisión sexual, Estas son las principales formas de practicar el sexo más seguro: Comprender con franqueza los riesgos que corremos. (Galarraga.) ⁽⁴⁾

- Mantener la sangre, el semen y los fluidos vaginales fuera del cuerpo de la otra persona.
- Usar siempre condones de látex o para las relaciones sexuales vaginales o anales.
- No practicar juegos sexuales cuando tenemos una irritación causada por una infección de transmisión sexual.
- Encontrar las maneras de hacer que el sexo más seguro sea lo más placentero posible.

1.7.2 Sexo protegido.

Toda penetración anal, vaginal, o en el sexo oral que desde el principio hasta el fin utilice condón, es una relación sexual protegida, impedir el intercambio de fluidos vaginales o semen, evitar recibir semen en la boca, en general impedir el contacto de las mucosas previene la infección y reinfección por VIH y de ITS. Es muy importante que cada vez que se mantenga una penetración se use un nuevo preservativo, si en la relación sexual se utilizan juguetes sexuales, es necesario también colocar condón en especial cuando se comparten, de la misma manera cuando se mantienen relaciones sexuales de grupo, para cada persona se debe usar nuevo condón. (Galarraga.)⁽⁴⁾

1.7.3 Comunicación de padres – hijos para tener una sexualidad adecuada.

- Hable abiertamente del tema desde edades tempranas, siempre pensando en la capacidad del niño de atender lo que se está diciendo.
- Hable en términos sencillos, claros y manejables para la edad en que se encuentra el niño.
- Recuerde que somos seres sexuales, “tenemos el chip” que nos permite entender este tema, incluso desde lo instintivo, por lo tanto, mejor aún desde la razón.
- No permita que otros niños informen a su hijo sobre sexualidad, tan pronto detecte que esto está pasando ofrézcale una explicación coherente y correcta.

- Permítase sentir cual es la expectativa de la edad y, porque no, pregúntale a ellos sobre sus inquietudes al respecto.
- Hable sobre cada una de las funciones de la sexualidad.
- No haga diferencias entre niños y niñas, todos tenemos los mismos derechos y deberes frente a la sexualidad.
- Recuerde su propio proceso aislando las razones sociales y culturales que lo rodeaban a usted, los tiempos cambian pero la sexualidad en el desarrollo humano no.
- No niegue que su hijo este creciendo y que un día será un adulto, esto por más doloroso que parezca es la mejor actitud frente al crecimiento de ellos, con ello los valoramos en su proceso y les damos un lugar en donde desarrollarse en confianza.
- De esta manera lograremos que los niños tengan información amorosa, respetuosa, adecuada al ambiente que lo rodea y a la edad en que se encuentra. Y podrán enfrentarse a la sexualidad genital de manera responsable y adecuada.

1.8 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL

Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos, tanto como son las personas, familia, comunidades. Las necesidades específicas y los eventuales problemas de salud que presentan los adolescentes desde una perspectiva política – social son en la actualidad tomadas en cuenta las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales, y espirituales; en el adolescente cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de las necesidades, ya sea interno o externo, priva al adolescente de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio ya que ellos están en una edad de aprendizaje, una buena interrelación con el personal de enfermería para despejar las dudas y ayudarle al adolescente sobre las inquietudes de su sexualidad que resultan estimulante por su condición sexual, consiguiendo buenos niveles de espontaneidad, comunicación, respeto y estima. (Gisper C.)⁽⁶⁾

1.9 NIVELES DE ATENCIÓN

La labor de enfermería está orientada no solamente hacia la atención del individuo enfermo, que requiere unas actividades concretas para el alivio de su padecimiento, la atención de enfermería comprende tres niveles:

1.9.1 Prevención primaria.

Encaminado en el mantenimiento, promoción de la salud, prevención de los embarazos en las adolescentes. Este nivel de prevención básica, implica una actividad de enfermería tanto asistencial como pedagógica y se centra en la concienciación acerca de la importancia de crear sus valores, actitudes y autoestima que le permita realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva consiente y responsable dentro de su cultura, época y su sociedad.

Es una intervención muy importante para la prevención de estos embarazos que están aumentando debido a diferentes causas por lo que la mejor estrategia es evitar la aparición de nuevos casos.

Es el conjunto de medidas que tienden a evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseable. En este nivel hay que evitar el embarazo. Puede intentarse poniendo en acción medidas de orden general, educativas o sociales, dirigidas a todas las adolescentes; puede intentarse también una acción mucho más amplia, a nivel educativo, para modificar ciertos comportamientos sociales que fomentan la actividad sexual y los embarazos de las jóvenes. También se debe dirigir la acción hacia los que tienen la responsabilidad educativa (familia, maestros). Entre las medidas generales es necesario trabajar sobre la educación de la responsabilidad sexual.

La puesta en práctica de medidas particulares, destinadas a ciertos grupos de adolescentes más concretamente expuestos al riesgo de la concepción y de embarazo, supone que se detecten los sujetos o grupos de alto riesgo. Este esfuerzo puede ser

concebido de forma distinta según el grupo. A parte de estas estrategias es necesario un cambio de mentalidad con respecto a los jóvenes dándoles a estos las responsabilidades sociales que les permite su desarrollo biológico.

1.9.2 Prevención secundaria.

Acciones encaminadas a limitar la gravedad del problema que ya se ha iniciado. Este supone cuando el embarazo hasta su término. Se debe asegurar una evolución satisfactoria del embarazo para el equilibrio psíquico de la madre; preparar el nacimiento; aportar una ayuda a las familias de los jóvenes padres, al mismo joven padre si se conoce y está decidido asumir su paternidad.

1.9.3 Prevención terciaria.

Consiste en el conjunto de medidas que cuando el fenómeno ya se ha producido, tiene por finalidad limitar sus consecuencias a largo plazo así como las secuelas y reincidencias. En este aspecto implica medidas adoptadas para asegurar el futuro del niño y sus padres y evitar el advenimiento de nuevos embarazos no deseados.

En el nivel de prevención primaria son sumamente importante medidas educativas a nivel sexual, como ya se mencionó, para lo cual es necesario tener en cuenta que los profesionales encargados de esta formación cumplan con las siguientes características:

- Un profesional bien informado, orientador, que le brinde confianza.
- Un profesional que tenga resueltos y sepa manejar sus propios conflictos sexuales, éticos, religiosos o morales, para que no interfieran en la orientación del adolescente.
- Que tengan un enfoque integrativo (cuerpo – espíritu – mente - sociedad) en lo que se refiere a sexualidad.

- Que respete los principios básicos de educación dirigida a los adolescentes: con acción participativa del propio joven, con enfoque individual, familiar e institucional; que haga énfasis en cambio de actitudes y comportamiento.
- Que respete los principios de confidencialidad, consentimiento, pudor y dignidad del paciente (con las excepciones indicadas en la Ley de Ejercicio Médico y Código de Ética Médica).
- Un profesional que estimule la reflexión y promueva comportamientos más elevados en el orden moral.

1.10 FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

1.10.1 Valoración inicial.

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que se de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. (Gisper C.) ⁽⁶⁾

Se toma la anamnesis sexual, que influyen edad de las adolescentes, parejas, planificación familiar, antecedentes personales y familiares, riesgos etc. Aunque son diversas las manifestaciones clínicas debido a la vida sexual activa que tenga la adolescentes frente a la familia, comunicación, escolaridad, economía, relación de la pareja, y si está presente el embarazo como se manifestando los cambios hormonales de las adolescentes. (Gisper C.) ⁽⁶⁾

1.10.2 Diagnósticos de enfermería.

Es un enunciado del problema real o en potencia de paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un

problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Con base en los datos de la valoración inicial, entre los diagnósticos de enfermería pueden incluirse:

- Déficit de conocimientos en educación sexual, evidenciado por la alta incidencia de embarazos precoces en la adolescencia
- Trastorno de la identidad personal en relación con los cambios corporales que estén asociados con el embarazo y con el conflicto en el desempeño de los roles de adolescente y parenteral.
- Alto riesgo de aislamiento social en relación con la respuesta negativa del grupo al embarazo.
- Riesgo en el mantenimiento de la salud relacionado con la no utilización de los métodos de protección durante el acto sexual evidenciado por respuestas obtenidas mediante la aplicación del instrumento relacionado con déficit cognoscitivo – perceptual.
- Riesgo en el mantenimiento de la salud relacionado con la falta de orientación sobre las manifestaciones clínicas de las ITS relacionado con déficit cognoscitivo – perceptual.
- Alteración de los procesos familiares (comunicación ineficaz entre los miembros) relacionado con conflicto cultural con la realidad relacionado con déficit cognoscitivo – perceptual.
- Déficit de conocimientos relacionado con la alimentación del recién nacido con la lactancia materna

1.10.3 Planeación y ejecución.

OBJETIVOS:

Entre los objetivos principales suelen incluirse logro de la disminución en la ansiedad, acatamiento del régimen terapéutico, adquisición de conocimientos de la naturaleza, y prevención de la recurrencia y complicaciones.

1.10.4 Intervenciones de enfermería.

- Capacitar a los padres, maestros y profesores de la comunidad en educación para la salud.
- Promover la idea de que ambos progenitores tienen el deber y la responsabilidad de dar amor y protección a los hijos.
- Proporcionar a la adolescencia un servicio de atención integral por personal calificado que garantice privacidad y confiabilidad.
- Desarrollar programas de educación para la salud, y educación para la familia que incluya orientación para la toma de decisiones, manejo de sentimientos, temores y la autoestima.
- Motivar a los adolescentes a evitar el embarazo y utilizar los servicios de planificación familiar para obtener información técnica y confiable.
- Indicar al adolescente los factores de riesgo por involucrarse en una actividad sexual precoz.
- Orientar sobre la importancia de la planificación familiar en el periodo postnatal.
- Comprobar el nivel de conocimientos de la pareja sobre el uso de técnicas anticonceptivas.
- Informar a la pareja sobre las diferentes clases de anticonceptivos sus ventajas y desventajas.
- Exponer las ventajas de tener una buena comunicación (núcleo familiar estable, confianza y apoyo).

1.10.5 Evaluación.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándola con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes.

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnostico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.
- La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado). (Gisper C.) ⁽⁶⁾

CAPÍTULO II

2. MATERIALES Y METODOS

2.1. LOCALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN

El escenario donde se realizó la investigación fue en la ciudad de Santa Rosa, en el Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” que pertenece al área de salud N° 5 del cantón Santa Rosa de la provincia del Oro, en el periodo 2014 donde se brinda atención de tercer nivel.

2.2. UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de la siguiente investigación está constituido por 1000 adolescentes embarazadas de 13 a 17 años de edad que acuden al Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague”.

2.3. MUESTRA

n= muestra

N=población total

Z=Nivel de Confianza

p= Prevalencia de Expuestos

q= Prevalencia de No Expuestos

e= Error Admisible

FORMULA:

$$n = \frac{NZ^2(p \cdot q)}{e^2(N - 1) + Z^2(p \cdot q)}$$

EJERCICIO:

$$n = \frac{1000(1,96)^2(0,15 \cdot 0,85)}{(0,05)^2(1000 - 1) + (1,96)^2(0,15 \cdot 0,85)}$$

$$n = \frac{1000 + 3,84(0,13)}{0,0025(999) + 3,84(0,13)}$$

$$n = \frac{130,49}{0,82}$$

$$n = 150$$

2.4. METODOS**2.4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Por las características del estudio que nos planteamos en el momento de realizar el presente trabajo, hacemos una descripción de las variables de estudio, por lo tanto se determina que nuestro estudio es descriptivo, ya que estamos haciendo una presentación de las características de las variables tal cual se presentan en la naturaleza, además es transversal porque se lo realizara en un tiempo determinado de Febrero a Mayo del 2014.

2.4.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio es no experimental ya que el investigador no manipula las variables en estudio.

2.4.3. METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS

El proceso se desarrolló en tres fases:

2.4.3.1. FASE DE INVESTIGACIÓN

MÉTODO: El método a utilizarse fue el científico deductivo ya que a partir de la teoría se sustentaran los resultados.

Deductivo: Se distinguen los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado.

Analítico: Se apoya en que para conocer un fenómeno es necesario descomponerlo en sus partes.

Sintético: la unión de elementos para formar un todo.

TÉCNICAS:

La técnica de recolección de la información fue mediante la aplicación de un cuestionario de encuesta dirigido a la población sujeto a estudio por su naturaleza es de fuente directa.

PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento a seguir fue el siguiente:

1. Pedir permiso a las autoridades del Hospital Obstétrico.
2. Pedir apoyo al personal del área
3. Aplicación de encuesta
4. Buscar datos estadísticos
5. Consignación de datos

2.4.3.2 FASE DE INTERVENCIÓN

En esta fase se ejecutó un programa educativo dirigido a los usuarios, enfocándose en un programa de charlas educativas.

TÉCNICA: Se utilizó la técnica de exposición oral sobre la prevención de complicaciones, así como también se ofertaran los servicios de salud que brinda actualmente en diferentes establecimientos del Ministerio de Salud Pública.

2.4.3.3 FASE DE EVALUACIÓN

La intervención fue evaluada tomando en cuenta tres criterios:

PROCESO: Se evaluó la calidad de intervención a través de metodología utilizada.

PRODUCTO: Se evaluó el producto a través del cumplimiento de objetivos y de actividades programadas. Se utilizara un cuestionario de pre test y pos test.

IMPACTO: Se evaluó la satisfacción del usuario con la intervención mediante la aplicación de formularios de encuesta que se aplicaran a cada uno de los usuarios que conforman la muestra obteniéndose la información de forma directa.

2.5 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que fueron recolectados luego fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entradas y simples, analizados por medio de porcentajes, para luego realizar la explicación e interpretación de los resultados, los mismos que servirán de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Características Individuales	Aspecto de cada persona y varían de una a otra de acuerdo a su dimensión e individualismo.	Edad	Nº de años cumplidos	-----
		Etnia	Tipo de etnia	Blanco Mestiza Afro ecuatorianos Indígena
		Estado civil	Tipo de estado civil	Soltera Casada Unión Libre
		Procedencia	Lugar donde vive	Rural Urbano
		Instrucción educativa	Nivel de instrucción educativa	Analfabeta Primaria Secundaria Superior Ninguna

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCIÓN	INDICADORES	ESCALA
Sociales	Embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad generado por diversos causas ya sea sociales o familiares influyentes a un embarazo prematuro	Factores	Edad de inicio de primera relación sexual	13 – 14 15 – 16 17 +
			Causas por las que tuvieron su primera relación sexual	Curiosidad Inducción de amistades Deseos o sentimientos
			Comunicación sobre el sexo	Madre Padre Hermanos Amigos Profesores Ninguno
			Frecuencia de comunicación sobre el sexo	Muchas veces A veces Nunca
			Actividad laboral	Estudia y trabaja Trabaja QQ. DD.
			Educación sexual	Si No

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCION	INDICADORES	ESCALA
Familiares	Embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad generado por diversos causas ya sea sociales o familiares influyentes a un embarazo prematuro	Factores	Salario recibido	Mensual Quincenal Semanal Ninguno
			Tipo de familia que pertenece la adolescente	Funcional Disfuncional
			Recibió información acerca de planificación familiar	Si No
			Conocimientos sobre embarazo precoz	Si No

CAPITULO III

3. PROCESAMIENTO DE DATOS

3.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N° 1

EDAD RELACIONADA CON LA ETNIA EN LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

EDAD	ETNIA								TOTAL	
	Blanco		Mestizo		Afro ecuatoriano		Indígena			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
13 – 14	2	1	37	25	3	2	0	0	42	28
15 – 16	1	1	70	47	9	6	0	0	80	53
17	0	0	23	15	5	3	0	0	28	19
TOTAL	3	2	130	87	17	11	0	0	150	100

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre la edad con la etnia en las adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” lo que demuestra que el 87% de las adolescentes embarazadas son de etnia mestiza, dándose con mayor porcentaje en el grupo de edad el 47% en las edades de 15 – 16 años de edad, cabe anotar que la población objeto de estudio son mestizo.

CUADRO N° 2

EDAD RELACIONADA CON EL ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

EDAD	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	Soltera		Casado		Unión Libre			
	F	%	F	%	F	%	F	%
13 – 14	27	18	0	0	15	10	42	28
15 – 16	60	40	0	0	20	13	80	53
17	5	3	1	1	22	15	28	19
TOTAL	92	61	1	1	57	38	150	100

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre la edad con el estado civil en las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” lo que demuestra el 61% de las adolescentes son madres solteras, dándose con mayor porcentaje en el grupo de edad 15 – 16 años, mientras que se observa que el 38% de las adolescentes tienen una unión libre, estando el 15% en las edades de 17 años. Lo que nos demuestra este cuadro es que las adolescentes no tienen durante su formación una educación adecuada en sus hogares sobre salud sexual y reproductiva en especial sobre los métodos anticonceptivos. Lo que nos demuestra que los embarazos en la adolescente se dan en las mujeres solteras.

CUADRO N° 3

EDAD RELACIONADA CON EL LUGAR DONDE HABITAN LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

EDAD	LUGAR DONDE VIVEN				TOTAL	
	Zona Urbana		Zona Rural			
	F	%	F	%	F	%
13 – 14	27	18	15	10	42	28
15 – 16	46	31	34	23	80	53
17	20	13	8	5	28	19
TOTAL	93	62	57	38	150	100

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre la edad con el lugar donde viven las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” lo que demuestra que un 62% pertenecen a una zona urbana, dándose con mayor porcentaje en el grupo de edad 15 – 16 años, mientras que con menor porcentaje se observa que el 38% de las adolescentes viven en una zona rural comprendido en la edad de 17 años.

Lo que manifiesta este cuadro es que las adolescentes presentan mayor riesgo a un embarazo precoz viviendo en una zona urbana donde los padres de familia trabajan conjuntamente y no hay el debido tiempo suficiente para la relación conjunta entre padres e hijos.

CUADRO N° 4

EDAD RELACIONADA CON LA ACTIVIDAD LABORAL EN LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

EDAD	ACTIVIDAD LABORAL						TOTAL	
	Estudia y Trabaja		Trabaja		QQ. DD.			
	F	%	F	%	F	%	F	%
13 - 14	9	6	8	5	25	17	42	28
15 – 16	47	31	18	12	15	10	80	53
17	15	10	3	2	10	7	28	19
TOTAL	71	47	29	19	50	33	150	100

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre la edad con la actividad laboral en las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” lo que demuestra que un 47% estudian y trabajan, dándose con mayor porcentaje en el grupo de edad 15 – 16 años, con el 31%, mientras que un 19% trabaja y otro 33%, realizan una actividad de que hacer es domestico dándose con mayor porcentaje en el grupo de edades 13 – 14 años con un 17%.

Lo que nos demuestra es que algunas adolescentes deben estudiar y trabajar en sus hogares para colaborar ya que algunas adolescentes son de familias disfuncionales y no tiene una economía estable.

CUADRO N° 5

EDAD RELACIONADA CON EL FACTOR DE RIESGO EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL EN LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

EDAD	EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL						TOTAL	
	13 y 14 Años		15 y 16 Años		17 Años y mas			
	F	%	F	%	F	%	F	%
13 – 14	42	28	0	0	0	0	42	28
15 – 16	31	21	49	33	0	0	80	53
17	5	3	17	11	6	4	28	19
TOTAL	78	52	66	44	6	4	150	100

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre la edad con la edad de inicio de actividad sexual en las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” se observa que el 52% iniciaron su vida sexual con mayor porcentaje en el grupo de edad 13 – 14 años, mientras que el 44% de las adolescentes también ha iniciado una vida sexual estando en el grupo de edades 15 – 16 años, y tan solo un 4% inicio su vida sexual a los 17 años. Lo que denota este cuadro es que las adolescentes no tuvieron una debida protección y de ahí las consecuencias de un embarazo precoz, también se observa que no existe la intercomunicación de la sexualidad y métodos anticonceptivos de padres e hijos.

CUADRO N° 6

EDAD RELACIONADA CON EL FACTOR DE RIESGO CAUSAS DE RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ EN LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

EDAD	Causa de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales						TOTAL	
	Curiosidad		Inducción de amistades		Deseos o Sentimientos			
	F	%	F	%	F	%	F	%
13 - 14	6	4	8	5	28	19	42	28
15 – 16	11	7	17	11	52	35	80	53
17	5	3	3	2	20	13	28	19
TOTAL	22	15	28	19	100	67	150	100

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre la edad con la causas por las que tuvieron su primera relación sexual en las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” se observa que el 15% iniciaron su vida sexual por curiosidad, estando en las edades 15 – 16 años, el 19% de las adolescentes lo realizo por inducción de amistades está en el grupo de edades 15 – 16 años, y un 100% lo realizo por deseos o sentimientos. Lo que expone este cuadro es la magnitud del aceleramiento en tener las relaciones sexuales decidiendo de una manera incorrecta en iniciar su vida sexual.

CUADRO N° 7

EDAD RELACIONADA CON LA PERSONA QUE MANTIENE COMUNICACIÓN SOBRE EL TEMA DE SEXO EN LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

EDAD	Comunicación sobre el Tema de Sexo												TOTAL	
	Madre		Padre		Hermanos		Amigos		Profesores		Ninguno			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
13 - 14	13	9	0	0	2	1	14	9	0	0	13	9	42	28
15 - 16	23	15	0	0	5	3	28	19	0	0	24	16	80	53
17	10	7	0	0	2	1	5	3	0	0	11	7	28	19
TOTAL	46	31	0	0	9	6	47	31	0	0	48	32	150	100

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre la edad con las personas con quien mejor se comunican sobre el sexo, las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” se observa que el 31% de las adolescentes se comunican mejor con sus madres entre las edades 15 – 16 años, el 31% de las adolescentes se comunica mejor con sus amigos, y un 32% no inicia ninguna conversación sobre el sexo con nadie. Lo que da como resultado que no existe una buena conversación entre padres e hijos o quizás porque los familiares no están preparados para compartir este tema con sus hijos, por consiguiente se observa que las adolescentes tienen mayor confianza en hablarlo con sus amistades intercambiando así experiencias entre ellos mismos.

CUADRO N° 8

EDAD RELACIONADA CON EL FACTOR DE RIESGO TIPO DE FAMILIA QUE TIENEN LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

EDAD	TIPO DE FAMILIA				TOTAL	
	FUNCIONAL		DISFUNCIONAL			
	F	%	F	%	F	%
13- 14	18	12	24	16	42	28
15 - 16	25	17	55	37	80	53
17	12	8	16	11	28	19
TOTAL	55	37	95	63	150	100

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre la edad con el tipo de familia que tienen las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” lo que nos indica que el 37% de las adolescentes vienen de un tipo de familia funcional que están bajo la responsabilidad de sus padres, sin embargo podemos observar que el 63% de las adolescentes están conformados por familias disfuncionales es decir conformada por el padre o solo por la madre. Lo que da como resultado la poca comunicación a nivel familiar debido a la poca confianza e inseguridad tanto de padres como hijos.

CUADRO N° 9

EDAD RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

EDAD	PLANIFICACION FAMILIAR				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
13- 14	10	7	32	21	42	28
15 - 16	13	9	67	45	80	53
17	8	5	20	13	28	19
TOTAL	31	21	119	79	150	100

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre la edad con la información que han recibido acerca de planificación familiar que tienen las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” lo que nos demuestra que el 21% de las adolescentes tiene el conocimiento en cuanto al tema planificación familiar, sin embargo podemos observar que el 79% de las adolescentes tiene no tiene conocimiento sobre la planificación familiar con mayor porcentaje en el grupo de 15 – 16 años de edad con el 45%, situación que se debe a la inmadurez para adquirir conocimientos importantes y así poder actuar con responsabilidad al iniciar su vida sexual.

CUADRO N° 10

EDAD RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO PRECOZ EN LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

EDAD	CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO PRECOZ				TOTAL	
	SI		NO		F	%
	F	%	F	%		
13- 14	4	3	38	25	42	28
15 - 16	11	7	69	46	80	53
17	8	5	20	13	28	28
TOTAL	23	15	127	85	150	100

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre la edad con el conocimiento sobre embarazo precoz en las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague”, así tenemos que el 85% de las adolescentes desconoce sobre embarazo precoz y solo el 15% de las adolescentes tiene un medio conocimiento sobre embarazo precoz situación que en la realidad no es muy favorable pues toman decisiones no responsables en su vida sexual.

3.2 RESULTADOS DE INTERVENCION

EVALUACION DE PROCESO

CUADRO N°1

CALIDAD DEL AMBIENTE FÍSICO DONDE SE EJECUTÓ LAS CHARLAS EDUCATIVAS DIRIGIDAS A LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

CALIDAD DEL AMBIENTE FÍSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SATISFACTORIO	147	98
INSUFICIENTE	3	2
TOTAL	150	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuarios del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague

ANALISIS

En la siguiente tabla se puede observar que un 98% de las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” calificaron como satisfactorio la calidad del ambiente físico utilizado en la exposición.

CUADRO N°2

CALIDAD DE LA EXPOSICIÓN EN LA INTERVENCIÓN REALIZADA DIRIGIDO A LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

CALIDAD DE EXPOSICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	150	100
MUY BUENO	-	-
BUENO	-	-
REGULAR	-	-
MALO	-	-
TOTAL	150	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuarios del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague

ANALISIS

En la siguiente tabla podemos observar que el 100% de las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” calificaron como excelente la calidad de la exposición brindada.

CUADRO N°3

CALIDAD DE LA EXPOSICIÓN EN LA INTERVENCIÓN REALIZADA DIRIGIDO A LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENTENDIBLE	150	100
NO ENTENDIBLE	-	-
TOTAL	150	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuarios del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague

ANALISIS

La tabla demuestra que el 100% de las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” expresan que la claridad de la exposición fue entendible dando como resultado un mejor conocimiento sobre los temas que se trataron.

CUADRO N°4

CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE EXPOSICIÓN REALIZADA A LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

CALIDAD DEL CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	146	97
MUY BUENO	4	3
BUENO	-	-
REGULAR	-	-
TOTAL	150	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuarios del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague”

ANALISIS

La siguiente tabla demuestra que el 97% de las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” opinan que fue excelente la calidad del contenido y un 3% que fueron muy buenos.

EVALUACIÓN DEL PRODUCTO

CUADRO N°5

Temas de la charla educativa realizada hacia adolescentes embarazadas que acudieron Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague”.

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

TEMAS SOBRE:	PRE – TEST				TOTAL		POST – TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
EMBARAZO PRECOZ	23	15	127	85	150	100	150	100	0	0	150	100
METODOS ANTOCONCEPTIVOS	5	3	145	97	150	100	148	99	2	1	150	100
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	31	21	119	79	150	100	150	100	0	0	150	100
LACTANCIA MATERNA	30	20	120	80	150	100	150	100	0	0	150	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuarios del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague

ANALISIS

El presente cuadro representa la relación entre el pre – test y post – test de la charla que se ejecutó acerca de embarazo precoz, métodos anticonceptivos, planificación familiar y lactancia materna. Se puede ver que el **85%** de las adolescentes antes de iniciar la charla educativa tenían un déficit de conocimientos. Al finalizar el proceso educativo se concluyó que el **99 – 100%** de las adolescentes manifestaron tener conocimientos claro siendo así que la intervención beneficio a las adolescentes.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO

CUADRO N°6

SATISFACCIÓN CON EL TALLER RECIBIDO A LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

SATISFACCIÓN DE LA CHARLA REALIZADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SATISFACTORIO	150	100
INSATISFACTORIO	-	-
TOTAL	150	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuarios del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague”

ANÁLISIS

La siguiente tabla nos indica que el 100% de las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague”, estuvieron satisfechos con la charla realizada debido a los conocimientos impartidos.

CUADRO N°7

SATISFACCIÓN CON EL TALLER RECIBIDO A LAS ADOLESCENTES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO “ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE”

Santa Rosa, Febrero – Mayo 2014.

CALIDAD DEL TRATO A LOS INTERNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	147	98
MUY BUENO	3	2
BUENO	-	-
REGULAR	-	-
TOTAL	150	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuarios del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague”

ANALISIS

En la siguiente tabla observamos que el 98% de las adolescentes que asistieron a la consulta externa del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague”, calificaron como excelente el trato que se les brindó en el taller.

CONCLUSIONES

Al término de la presente investigación se concluye que:

Las adolescentes en un 87% son de etnia mestiza, el 11% son afro ecuatoriano, el 61% de las adolescentes son solteras, y el 38% tienen una unión libre estando el 15% en la edad de 17 años. El 47% de las adolescentes se dedica a estudiar y trabajar, mientras que un 19% de las adolescentes solo se dedica a trabajar y un 33% no realiza ninguna actividad laboral.

Se determinó que dentro de los factores de riesgo de las adolescentes para contraer un embarazo precoz están que el 67% de las adolescentes tienen vida sexual activa, y que el 40% corresponde a las edades de 15 – 16 años situación que denota que las adolescentes no tienen una protección adecuada y habrá consecuencias a futuro de un embarazo precoz, también se observa que no existe una intercomunicación de la sexualidad de padres e hijos. Otro factor de riesgo para el embarazo precoz esta que el 15% inicio su vida sexual por curiosidad y el 7% están en las edades de 15 – 16 años, el 19% lo realizo por inducción de amistades aunque es bajo porcentaje pero se denota la magnitud de aceleramiento en tener relaciones sexuales decidiendo de una manera incorrecta en iniciar su vida sexual. Otro factor de riesgo es que en el 63% de las adolescentes habla de ese tema con sus amigos o prefieren no hacerlo y tan solo un 37% de los adolescentes habla este tema con sus padres o hermanos debido a la falta de amistad y confianza que existe entre padres e hijos o quizás porque los familiares no están preparados para compartir este tema. Otro riesgo se pudo encontrar que el 53% de las adolescentes sufren de varios tipos de prejuicios como la marginación estando en el grupo con mayor porcentaje de 37% entre las edades de 15 - 16 años, y un 28% a recibido la falta de oportunidades, y un 19% falta de apoyo económico con las personas que las rodea familias, conocidos etc. Otro riesgo se pudo encontrar es que el 63% de las adolescentes están conformados por familias disfuncionales conformada por el padre

o solo la madre, el 37% están conformados por familias funcionales es decir familias unidas con un padre y una madre, lo que quizás sea determinante de la poca comunicación a nivel de las familias por la poca confianza y privacidad a nivel familiar de las adolescentes.

En cuanto al conocimiento se puede determinar que el 21% tiene un mediano conocimiento sobre este tema y un 79% de las adolescentes tiene un conocimiento insuficiente sobre la planificación familiar, situación que se debe a la inmadurez para adquirir conocimiento importante y así poder actuar con responsabilidad. El 85% de las adolescentes desconocen sobre un embarazo precoz y solo un 15% conoce sobre el tema, situación que favoreció para impartir talleres educativos en este grupo de adolescentes habidos de conocimientos. El 96% de las adolescentes no utiliza con frecuencia métodos anticonceptivos debido a la falta de conocimiento sobre el tema y tan solo un 4% lo utiliza mayormente sin consultar al médico o sin conocimiento alguno o por haber obtenido conocimiento de amistades.

Al término de los talleres el 100% de las adolescentes estuvieron satisfechos con los talleres impartidos sobre embarazo precoz, métodos anticonceptivos, planificación familiar y lactancia materna realizada debido a los conocimientos impartidos.

RECOMENDACIONES

- Lo que se recomienda sobre el tema es que se fomente la educación sexual a nivel de los establecimientos educativos como materia para que de esta forma se mejore los conocimientos de los adolescentes y se evite muertes materna y fetal debido al embarazo precoz en las adolescentes.
- Al Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” que organice jornadas educativas a los establecimientos educativos sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y planificación familiar, solo así se podrá reducir el embarazo precoz y lograr que las adolescentes gocen a plenitud de su salud sexual y reproductiva.
- Que los adolescentes del cantón Santa Rosa mantengan una salud sexual y reproductiva sana y libre de complicaciones a futuro.
- Se debe incrementar el trabajo comunitario del área de salud para así brindar una educación mediante programas educativos para poder prevenir posibles complicaciones en los adolescentes como ya lo hemos manifestado.

5. BIBLIOGRAFIA

1. **ERIKSON, E.** Identidad y Adolescencia. México, Medicina, 1999. 152p.
2. **ESCOBAR, A.** Estudio de los padres adolescentes. Medicina, México, 2000.
3. **FUENTES, M.** Adolescente Embarazada UNAM.2002
4. **GALARRAGA, M.** Sexualidad y Adolescencia. Edición 2011.
5. **GISPER, C.** Sexualidad Educativa. Madrid. Edición 2012.
6. **GOMEZ, M.** Madres Adolescentes Solteras. 2010.
7. **LOPEZ, M.** Salud Sexual y Reproductiva. Barcelona. Editorial océano. 475-520.
8. **MOLINA, R.** Adolescencia y Decisiones. Canadá. 2006.
9. **PÉREZ, L.** Programa de Salud Sexual y Reproductiva Adolescente. Canadá. 2011.
10. **REEDER, S.** Enfermería Materno Infantil. Quinta Edición. México. 2011.
11. **REINOSO, A.** Primer Informe Nacional de Juventud. 2011.

ANEXOS