

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

**FACTORES QUE INCIDEN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL
MUNICIPIO DE PUERTO RICO EN LOS MESES DE
JUNIO – JULIO – AGOSTO DE LA GESTION 2009**

INTERNA: CLAUDIA RIVERIN RODRIGUEZ

COBIJA – PANDO – BOLIVIA
JUNIO – JULIO - AGOSTO DEL 2009

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios, el gran donador y mantenedor de la vida por darme la salud y regalarnos sabiduría.

A mis familiares por la comprensión y darme el apoyo psicológico y económico necesario para seguir mis estudios.

A todos mis docentes por brindarme información y conocimiento

DEDICATORIA

*Dedico el presente trabajo a todos los estudiantes de la Universidad Amazónica de Pando,
a los adolescentes del municipio de Puerto Rico y al personal superior del H.I.C.P.R.*

RESUMEN:

Este trabajo de investigación trata principalmente sobre los factores que inciden al embarazo en adolescentes del municipio de Puerto Rico en los meses de junio, julio y agosto del 2009, además nos entrega estadísticas de la realidad e información sobre el porcentaje de jovencitas que tienen relaciones sexuales a temprana edad, sin responsabilidad y sin conocimientos sobre anticoncepción y educación sexual.

La metodología de la investigación aplicada, en el presente proyecto, permitió la utilización de dos técnicas principalmente que son la encuesta y la observación. Se realizaron 29 encuestas a todas las adolescentes que realizaron su control prenatal en el Hospital Integral Comunitario de Puerto Rico y la observación realizando visitas domiciliarias

Todo esto permitió saber que el 42% de las adolescentes embarazadas iniciaron sus actividades sexuales a los 14 años de edad, también que 69% no conocen sobre los métodos anticonceptivos, así mismo se observó que son de bajos recursos económicos. El 62% de las adolescentes embarazadas estudiaron hasta el nivel primario y el 38% estudiaron hasta nivel secundario.

03% de embarazadas que realizan control pre-natal en el H. I.C.P.R. tienen 14 años y el 31% de los embarazos en la adolescencia del municipio de Puerto Rico está en el grupo etario de 18 años. El 34% de las adolescentes embarazadas son actualmente solteras. El 66% tienen su estado civil concubina y el 0% casada.

El 59% ha sido embarazo no planificado

INTRODUCCION:

La adolescencia es considerada como la etapa de transición entre la niñez y la vida adulta que aborda un periodo del desarrollo humano caracterizado por procesos de cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Un entorno adecuado que proporcione apoyo y oportunidad a los adolescentes, permitiéndoles un desarrollo integral saludable y pleno, supone el reconocimiento de procesos de construcción social, un abordaje de la salud permite el acceso igualitario a los servicios, a la tecnología y a la información, que logra el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos

Este trabajo de investigación trata principalmente sobre los factores que inciden al embarazo en las adolescentes en el municipio de Puerto Rico para así poder implementar medidas educativas sobre la educación sexual y lograr disminuir el número de embarazos en las adolescentes porque también está establecido en Puerto Rico que una de las causas de deserción escolar es el embarazo en la población femenina comprendida entre los 13 y 17 años de edad, además de los factores económicos y la migración

Actualmente, uno de los principales problemas que afectan a los jóvenes que comienzan su actividad sexual es el embarazo no planificado o no deseado.

La enfermería de salud comunitaria, según Archer, Flesman y Jacobson (1982), "es una disciplina de aprendizaje de servicio cuyo propósito final es contribuir, en lo individual y en colaboración con los demás, a conseguir el nivel funcional del cliente mediante la enseñanza y la prestación de atención".

A las enfermeras de salud comunitaria les conciernen los tres niveles de prevención con objeto de ayudar a los usuarios a encaminarse hacia sus respectivos niveles funcionales óptimos. De manera que se destaca la importancia del papel de la enfermera comunitaria para ayudar al individuo, a la familia y a la comunidad en la prevención y conservación de la salud.

ANTECEDENTES

Según estadísticas mundiales con intervalos de 5 años *(2000-2005) se refiere al promedio de embarazos según grupos etarios definido entre 15 y 19 años. La tabla I, muestra estos resultados, para cada **continente**, graficados en la Figura 1.

Tabla I

Continentes	Nacimientos (000)	15-19 (000)	% del total
África	31458	4985	15,8
Asia	77985	6039	7,7
Europa	7064	494	7,0
LAC *	11662	1904	16,3
Norte América	4565	558	12,2
Oceanía	549	40	7,3
TOTAL	133283	14020	10,5

De los 133 millones de embarazos, *14 (10.5%) son de madres entre 15 y 19 años. El mayor porcentaje de los mismos está en África y América Latina y Caribe.

Situación en Sud América

Sus resultados se muestran en la tabla II.

Tabla II

PAISES	Nacimientos (000)	15-19 años	% del total
ARG	726	99	13,6
BOL	256	36	14,1
BRA	3492	629	18,0
CHI	285	29	10,2
COL	975	165	16,9
ECU	296	43	14,5
MEX	2299	334	14,5
PAR	172	23	13,4
PER	628	73	11,6
URU	57	9	15,8
VEN	581	119	20,5
	9767	1559	16,0

El 16% de los nacimientos fueron de madres adolescentes, con rangos entre

10,2% (Chile) y 20,5% (Venezuela).

Situación en Bolivia

En Bolivia según el Censo 2001 del INE, la población adolescente representa el 23% de la población total del país (1.900.021), de los cuales el 49,3% son mujeres y el 50,7% son hombres; el 65% vive en el área urbana y el 35% en el área rural.

Las adolescentes bolivianas mantienen las tasas de fecundidad global más altas de la región (4,4% para menores de 19 años, en relación al 3,8% de las mujeres en edad fértil del país); constituyen el 21% de los embarazos esperados, por tanto 14 de cada 100 mujeres entre estas edades ya son madres o están embarazadas de su primer hijo.

El 19,7% de las adolescentes de 15 a 19 años entrevistadas por el INE declararon haber tenido relaciones sexuales. El 13% de las adolescentes estuvieron embarazadas alguna vez. Del 21% de las adolescentes de 15 a 19 años que son sexualmente activas, el 1,6% usa algún método anticonceptivo moderno y el 3,5% algún método tradicional, lo que representa apenas el 5,1% de practica anticonceptiva.

En ese sentido, el oficial de Programas de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Oscar Viscarra, en conversación afirma.

Que en el área urbana se registra un promedio de 68 hijos por cada 1.000 mujeres adolescentes, en las áreas rurales del país este promedio llega a 128. Estos casos se asocian a la incidencia de la pobreza, el menor acceso a servicios, menores niveles educativos y razones culturales.

Otro de los factores es el aspecto cultural donde las mujeres inician a muy temprana edad su vida sexual, hecho que no se ha modificado en el país.

Informó que la distribución de estos casos es homogénea en todo el país, sin embargo aclaró que Beni, Santa Cruz y La Paz son las regiones donde la incidencia es estos casos es mayor.

PROBLEMA CIENTIFICO

¿Cuales serán los factores que inciden al embarazo en las adolescentes del municipio de Puerto Rico durante los meses de junio julio y agosto de la gestión 2009?

OBJETO DE ESTUDIO

Embarazo en adolescentes

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar los factores que inciden a embarazo en adolescentes del municipio de Puerto Rico.

Objetivos específicos

- Identificar el número de adolescentes embarazadas a través de registros, libros de control prenatal, SUMI; que consultan en el H.I.C.P.R.
- Determinar la edad de inicio de relaciones sexuales y sus conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción y describir los efectos que derivan.
- Proponer medidas para disminuir el problema.

JUSTIFICACION:

El tema de estudio se lo considera de mucha importancia, ya que afecta a la población adolescente y en mayor grado al sexo femenino, porque tienen un mayor riesgo obstétrico: En el 2005- 2006 fueron 599 casos de embarazo precoz no deseado, abortos 131 casos. SEDES Pando, infección de transmisión sexual (2006-2006 se detectaron 17 casos de adolescentes con VIH y 2 casos de adolescentes con sida, programa Vih Sida Pando)

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública

Es también relevante porque actualmente no existen estudios que determinen los factores que están incidiendo al embarazo en las adolescentes y de no tratar este problema se incrementarían los riesgos obstétricos y un alto índice de morbilidad en adolescentes

MARCO TEORICO

Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia también lo puedes encontrar como:

- Embarazo en la juventud
- Embarazo precoz
- Maternidad adolescente

El embarazo o parto, es un término que comprende el periodo de gestación reproductivo humano. Éste comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de la mujer y éste ovulo fecundado se implanta en la pared del útero.

La palabra adolescencia proviene de "adolece" que significa "carencia o falta de madurez", razón por la cual, no es recomendable un embarazo en esta etapa del crecimiento.

La adolescencia es una de las etapas más difíciles para nosotros como seres humanos, ya que es un estado de madurez en donde se busca una madurez, en la que corremos el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en nuestra vida futura.

El embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Algunas personas denominan el embarazo adolescente como la "sustitución de amor por sexo".

Riesgo del embarazo precoz

Los aspectos siguientes están tomados de Gerendas, M. y E. Sileo, (1992), así como de Monroy de V. A, Morales G., M. N. y Velasco. M. L. (1988).

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante.

[Escribir texto]

A menudo en las adolescentes embarazadas este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo. Este hecho puede agravarse, si además de la corta edad, la madre no está dentro de la protección del matrimonio, por lo que la coloca dentro de una situación social de rechazo.

Las consecuencias del embarazo y la crianza durante este periodo se relacionan con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden verse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y, desde luego, en la sociedad.

Riesgos biológicos:

- Complicaciones obstétricas.
- Deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro.
- Anemia.
- Desproporción cefalopelvica.
- Distocias mecánicas y dinámicas.
- Parto prolongado y difícil.
- Muerte.
- Abortos provocados y sus complicaciones.
- Perforaciones uterinas.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Aumento de la morbimortalidad infantil
- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.

- Enfermedades congénitas.

Las probabilidades de que una madre adolescente tenga estos problemas son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas probabilidades son más altas entre los pobres que entre los de mejor condición social en un mismo país. A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años. En la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años.

El embarazo y la maternidad representan un reto para el desarrollo de la personalidad de las mujeres, al cual se suma el de la adolescencia, lo cual puede generar situaciones adversas para la salud de la adolescente y la de su hijo.

Entre los criterios médicos para considerar el embarazo y el parto en adolescentes como de alto riesgo, sobre todo en las menores de 14 años, se encuentran los siguientes:

La maduración del sistema reproductivo y la obtención de la talla adulta no indica que se ha completado el crecimiento del canal del parto. La pelvis ósea crece a una velocidad menor que la estatura y requiere mayor tiempo para alcanzar la madurez, o sea que sigue creciendo lenta y continuamente aún después de la menarquía, cuando hay una desaceleración del crecimiento de la talla.

El tamaño del canal del parto es menor en los 3 primeros años después de la menarquía que en la etapa adulta.

Se ha señalado que hay una incidencia mayor de toxemia, anemia, desproporción feto pélvica, parto prematuro, mortalidad materna y mortalidad perinatal, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial.

Factores de riesgo para el niño.

Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de madres adolescentes. Tales complicaciones incluyen una mayor incidencia de peso bajo al nacer (que a su vez puede conducir a problemas neurológicos, retraso, otros problemas de salud, e incluso la muerte), nacimiento prematuro, muerte fetal y mortalidad perinatal. Pero al mismo tiempo se ha determinado que algunas de estas complicaciones no están directamente relacionadas con la edad sino con un cuidado y una nutrición prenatal inadecuados.

También las tasas de morbilidad son más altas, así como la permanencia en terapia intensiva es más prolongada y costosa, hay mayor incidencia de re hospitalizaciones, problemas de desarrollo y de conducta.

Hay mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psicólogo-emocional.

Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo.

Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo.

También se puede decir que como la situación socioeconómica es poco favorable, la buena salud del niño puede estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo óptimo. En consecuencia, puede ser que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes aún pueden ser mayores que los biológicos.

Factores de riesgo para la adolescente.

Los efectos sociales por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre, puesto que el embarazo y la crianza del niño, independientemente del estado marital, interrumpen oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos.

Tener que asumir la crianza de un niño durante la adolescencia afecta el desarrollo personal de las jóvenes.

Cambian totalmente las expectativas y la vida de las adolescentes; ya no podrán seguir compartiendo con su grupo de compañeros y amigos, dejan de crecer con su grupo, con lo cual pierden una importante fuente de satisfacción social y psicológica y un elemento de apoyo afectivo para el logro de confianza en sí misma, de autoestima y de identidad personal.

Generalmente tienen que interrumpir sus estudios, lo cual limita sus posibilidades de alcanzar buenos niveles profesionales y laborales. Las madres adolescentes tienen alto riesgo de sufrir desventajas económicas y sociales, de permanecer en la pobreza, sin completar su escolaridad, de tener matrimonios inestables y problemas en la crianza de los hijos.

Hay una pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de los padres cuando ya creían que iniciaban su camino a la independencia. Esa situación puede prolongarse por muchos años y en algunos casos indefinidamente.

Un grupo importante de ellas continúa sufriendo el rechazo que comenzó durante el embarazo. La joven madre recibe desprecio, violencia y discriminación de parte de su grupo familiar y de la comunidad.

Los matrimonios precoces no representan la alternativa ideal. Las relaciones de pareja generalmente son poco estables y muy conflictivas. Un alto porcentaje de

ellos termina en divorcio poco tiempo después. Hay una demora o cese de su desarrollo personal y en el logro de su madurez psicosocial.

Todos esos conflictos y sentimientos de insatisfacción generan gran dificultad en la adolescente para asumir su rol de madre. Son emocionalmente inmaduras y no tienen la paciencia necesaria ni la tolerancia para proveer de todo lo que necesita un niño pequeño. Puede haber rechazo del bebé o aceptación aparente sin asumir la responsabilidad completa.

En conclusión se trata del llamado *síndrome del fracaso de la adolescente embarazada* como lo denominan los especialistas.

Factores de riesgo para la familia.

Los padres adolescentes que reciben el apoyo de sus padres y continúan viviendo con ellos, pueden hacerse cargo de su hijo con la ayuda de sus familias, pero se observa un desequilibrio psicológico y económico de la familia protectora.

Factores de riesgo para la comunidad.

El grupo de madres adolescentes y sus hijos constituyen una población demandante de servicios y de ayuda, poco o nada productiva, que representa una carga para la sociedad desde el punto de vista económico y social. Estas familias pueden necesitar asistencia pública por largo tiempo.

Constituyen una creciente población de alto riesgo proclive a presentar desajustes emocionales y psicosociales.

Adolescencia

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar

& Muñoz, 1995, p. 7).

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar" (Pérez, 1992, p. 31). En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. El autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992). Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores." (Castillo et al., p. 12).

La **adolescencia** es un continuo de la existencia del joven, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios fisiológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas.

A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada a los doce o trece debido a cambios hormonales, la *adolescencia* puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo pues está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo sino que depende de factores psico-sociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar.

Muchas culturas difieren en cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de

ingresos medios y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año.¹ La OMS define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.² Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere

Todos los individuos, durante el período de la adolescencia, presentan un mayor o menor grado de crisis de desarrollo.³ Desde el punto de vista práctico, el perfil psicológico es transitorio, cambiante y emocionalmente inestable. El desarrollo de su personalidad dependerá en gran medida de la personalidad que se haya estructurado en las y de las condiciones sociales, familiares y ambientales que se les ofrezcan. Los cambios y transformaciones que cubre el individuo en esta etapa son considerablemente acusados tanto en la esfera psíquica como en la orgánica.⁴ Algunas de las tareas que se imponen a un adolescente, incluyen:

- Aceptar cambios puberales; o que puedan hacerle un cambio al ser que esperamos que llegue;
- Desarrollo del pensamiento abstracto y formal;
- Identificación y solidificación de amistades afectivas con probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, cigarrillos e incluso drogas;⁵
- Establecimiento de la identidad sexual, mostrando timidez, moralidad y preocupación por su atractivo físico;⁵
- Lucha por la identificación del «Yo», incluyendo la estructuración de su existencia basado en esa identidad;
- Alcanzar la independencia, un proceso de autoafirmación, imprescindible para la madurez social-a menudo rodeado de conflictos, resistencia y/o interferencia con su independencia;

- Logros cognitivos y vocacionales; fuerte interés en el presente y limitado enfoque en el futuro;³
- Capacidad de controlar los períodos de depresión y facultad de expresar necesidades personales y grupales

En las fases más avanzadas, la capacidad de juicio crítico se extiende a sí mismo, de ahí el sentimiento de culpabilidad como característico de la esfera afectiva y por el cual nacen deseos de rectificación por mecanismos de sublimación y racionalización. Las relaciones con el sexo opuesto se hacen más serias, aumenta su capacidad para establecer sus propias metas, disminuyen los conflictos y aumenta su estabilidad emocional, así como la aparición e identificación de patrones o tendencias aberrantes. El 61.59% de los adolescentes de 12 Años en adelante (Tanto Hombres Como Mujeres) Tienen a ponerse irritables al llamarlos "niños"

Crecimiento

Desde el punto de vista práctico, los cambios normales del crecimiento tienen tres grandes características:

1. Se realizan en forma secuencial, es decir, aparecen unas características antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación, el vello pubiano antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.
2. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades, por lo que algunos maduran antes que otros, para cada sexo.
3. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores,

como su raza, constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente socio-cultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico, que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

Estirón de la adolescencia

Crecer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máxima (PVM) que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal de aproximadamente 8 cm en la mujer y unos 10 cm en el varón.⁷ Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos como consecuencia hormonal.

Actualmente se considera que el incremento en la velocidad de crecimiento es el primer signo de inicio pubertad en las niñas, aunque es más fácil de visualizar dicho cambio en el botón mamario. El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia una gradiente distal: proximal, es decir, los pies y las manos crecen antes que lo hacen las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos. La cadera crece antes que los hombros y el tronco, el cual se acompaña de epífisis vertebral transitoria. Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea. El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o el adolescente pueden manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo del crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay disimetría fisiológica que causa cierta "torpeza" motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido.

Cambios físicos

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo (Dr. Helios Alcaraz Universidad de Texas) sexual.

Peso

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones el peso coincide con la talla, es decir, de 10 a 20 kg por año. El aumento de peso puberal viene a representar el 50% del peso ideal del individuo adulto.

Grasa

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante las niñas depositan grasa más rápida y extensamente que lo hacen los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones normales, en ningún momento de la pubertad se espera que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra—tejido muscular, huesos y vísceras—y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las niñas, se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los hombres tengan hasta un 45% de su peso corporal en músculos y las mujeres hasta un 30% de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos

que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación al tronco, las piernas son más largas en el varón.

Cabeza

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

Crecimiento muscular

El crecimiento muscular es un hecho resaltante, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, dependiendo de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.

Dentición

Importa el diagnóstico de las caries y alteraciones mecánicas. En general se completan 28 piezas durante la adolescencia.

- De 9 a 11 años: 4 premolares
- De 10 a 12 años: los segundos premolares
- De 10 a 14 años: los caninos
- De 11 a 13 años: los segundos molares.
- De 14 a 18 años las llamadas muelas de juicio

Maduración sexual

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona foliculostimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.⁷

Mujeres

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo bilateral y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo es cualitativo, la areola se hace más oscura y grande y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Típicamente comienza a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios extendiendo hasta el monte de Venus, logrando la forma triangular característica adulta

después de 3 a 5 años (más o menos entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y corporal aparece más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y en folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño y en el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito. La vagina llega a 8 cm de profundidad y luego de 10 – 11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la menarquía. Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia con la presencia del bacilo de Doderlein, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración, el himen se engruesa y su diámetro alcanza 1 cm.

La menarquía, que es la primera aparición del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que tiene aspecto de hojas de helecho al microscopio. La menarquía tiende a ocurrir a los 11 o 12 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada.(8-10 años).

Hombres

La Adolescencia en los hombres comienza a los 12 o 13 Años.

Los testículos pre-puberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta obedeciendo a la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.

La espermatogénesis es detectada histológicamente entre los 11 y 15 años de

edad, y la edad para la primera eyaculación es entre 12 y 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumenten de tamaño. Las erección erecciones son más frecuentes y aparecen las polución nocturna emisiones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, más grueso y rizado. Puede comenzarse el vello axilar y en ocasiones, las ocasiones en el labio superior. El vello en los brazos y piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años de edad. Aumenta la actividad (glándula suprarrenal) con aparición de humedad y olor axilar, igual que el acné.

Atención del adolescente

A diferencia de lo que sucede en escolares, en los adolescentes, en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad.¹ La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, nutrición, inmunizaciones, ejercicio físico, tiempo libre justo, promoción familiar y desarrollo espiritual, oportunidades de trabajo y legislaciones favorables para el niño y el adolescente. En los servicios de salud se debe hacer promoción en la prevención de cáncer pulmonar, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, accidentes y en la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo normales.

HIPOTESIS

- La falta de conocimientos sobre anticoncepción en adolescentes del municipio de Puerto Rico es un factor que influye a embarazos en la adolescencia durante la gestión 2009

VARIABLES

INDEPENDIENTE: (CAUSA)

Falta de conocimientos sobre anticoncepción.

DEPENDIENTE: (EFECTO)

Influye a embarazos en las adolescentes.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

DIMENSION	INDICADOR	MEDIDA	ESCALA	INSTRUMENTO
EDUCACION	N° de talleres sobre salud sexual y reproductiva	Horas	1 -20 Horas	Formularios de asistencia
	Cantidad de hrs.	Veces al día	1-5 veces al día	Contrato Registros de observación
	Calidad de aprendizaje	Cantidad de encuestas	Mala Regular Bueno	Encuestas Cuestionario de encuestas

DISEÑO METODOLOGICO

UNIVERSO Y MUESTRA.

El universo: Esta representado por 29 adolescentes que realizan su control prenatal en el Hospital Integral Comunitario de Puerto Rico

La muestra: Constituye el 100% del total del universo que representa 29 adolescentes embarazadas

TIPO DE ESTUDIO.

Es diagnostico exploratorio y descriptivo.

Exploratorio

El primer nivel de conocimiento científico sobre un problema de investigación se logra a través de estudios de tipo exploratorio; tienen por objetivo, la formulación de un problema para posibilitar una investigación más precisa o el desarrollo de una hipótesis. Permite al investigador formular hipótesis de primero y segundo grados.

El investigador debe tener claridad acerca del nivel de conocimiento científico desarrollado previamente por otros trabajos e investigadores, así como la información no escrita que posean las personas que por su relato puedan ayudar a reunir y sintetizar sus experiencias. Ha de especificarse las razones por las que el estudio propuesto es exploratorio. Ejem.: las monografías e investigaciones bibliográficas que buscan construir un marco teórico de referencia. Cuando el investigador construye un marco de referencia teórico y práctico puede decirse que este primer nivel de conocimiento es exploratorio, el cual puede complementarse con el descriptivo, según lo que quiera o no el investigador.

Descriptivo

Sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos. Por ejemplo la investigación en Ciencias

Sociales se ocupa de la descripción de las características que identifican los diferentes elementos y componentes, y su interrelación.

El conocimiento será de mayor profundidad que el exploratorio, el propósito de este es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación, como:

Establecer las características demográficas de las unidades investigadas.

Identificar formas de conducta, actitudes de las personas que se encuentran en el universo de investigación.

Establecer comportamientos concretos.

Descubrir y comprobar la posible asociación de las variables de investigación.

Identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación. De acuerdo con los objetivos planteados, el investigador señala el tipo de descripción que se propone realizar. Acude a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, las entrevistas y los cuestionarios. La mayoría de las veces se utiliza el muestreo para la recolección de información, la cual es sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico. Puede concluir con hipótesis de tercer grado formuladas a partir de las conclusiones a que pueda llegarse por la información obtenida.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Método:

Hipotético deductivo – Es una investigación basada en una hipótesis y el deductivo es un proceso que es útil principalmente para la lógica y las matemáticas, donde los conocimientos de las ciencias pueden aceptarse como verdaderos por definición.

Se utiliza en el conteo de los datos recorridos a través de las encuestas.

Técnicas:

Encuesta – es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador.

Vamos utilizarla a través de 12 preguntas con las adolescentes que van al Hospital para realizar su control prenatal

La estructuración de la encuesta responderá a:

Identificar la edad de inicio de relaciones sexuales

Identificar el conocimiento de la anticoncepción

Instrumento:

Cuestionario – Es un conjunto de preguntas seleccionadas de acuerdo con la naturaleza de la investigación y, sobre todo, considerando el nivel de educación de las personas que se van a responder el cuestionario. (WILSON – 2000)

La aplicación del instrumento será de forma directa en las 29 adolescentes embarazadas

PROPUESTA

En la estrategia se involucran diferentes sectores: Municipios, Prefectura, Alcaldía, Seduca y estudiantes de la UAP, a fin de que en forma conjunta se realicen acciones de trabajo en la prevención de embarazos en adolescentes.

COMPONENTES DE LA PROPUESTA

- Desarrollo de procesos educativos participativos con estudiantes del 8º de primaria y nivel secundario y padres de familia de las Unidades Educativas.
- Formación a docentes de las unidades educativas ya que ellos son los sujetos principales de la educación
- Difusión audiovisual educativa

EDUCACIÓN:

La educación popular es una manera en que los grupos y clases sociales aprenden a reflexionar e interpretar críticamente sus propias formas de vida.

La educación popular se puede definir como una labor educativa diseñada para fomentar el sentido crítico de sus participantes y para permitir que tomen conciencia de cómo las experiencias personales de un individuo están conectadas con problemas sociales de índole más generalizada. Se intenta dotar de herramientas intelectuales a los participantes para actuar y cambiar la situación por medios de cursos talleres, concursos y demostraciones, a través de una enseñanza mas precisa, socio dramas, ferias de salud sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva

Para alcanzar el objetivo del proyecto será invitados profesionales en el área de salud y medicina para abordar los temas. Por medio de cursos de capacitación con profesionales en el área de salud docentes de educación y encargados de los programas de salud sexual y reproductiva.

PLAN DE ACCIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACION: Factores que inciden al embarazo en las adolescentes del Municipio de Puerto Rico

EQUIPO: Interna de Lic. En enfermería: Claudia Riverin Rodriguez

BENEFICIARIOS: Adolescentes de las Unidades Educativas

COMPONENTES	ACTIVIDADES	PROPOSITO	INDICADOR DE CONTROL	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MATERIAL	RESPONSABLE
Educación sobre salud sexual y reproductiva a los estudiantes de las Unidades educativas	Elaborar un programa de capacitación sobre temas de salud sexual reproductiva	Capacitar a los adolescentes de las unidades educativas	Programa de capacitación elaborado en beneficio a los adolescentes	Programa de capacitación	Todo el material referido en el programa de capacitación Papel bond tamaño carta Tinta para impresora	Claudia Riverin
	Elaboración de nota para coordinación del taller dirigido a los directores de las Unidades Educativas	Coordinar el día, hora, lugar y tiempo de los talleres	Nota de coordinación elaborado.	Nota de coordinación	Papel bond tamaño carta Tinta para impresora	Claudia Riverin Rodriguez
	Elaborar un instrumento de PRE-TEST y POS-TEST	Evaluar al personal que manipula los alimentos	Instrumento de PRE-TEST y POS-TEST elaborado	Instrumento PRE-TEST y POS-TEST	Papel bond tamaño carta Tinta para impresora	Claudia Riverin Rodriguez

COMPONENTE	ACTIVIDADES	PROPOSITO	INDICADOR DE CONTROL	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MATERIAL	RESPONSABLE
Educación sobre salud sexual y reproductiva a los estudiantes de las Unidades educativas	Elaborar un registro de asistencia	Obtener un medio de control	Registro de asistencia elaborado	Registro de asistencia	Papel bond tamaño carta Tinta para impresora	Claudia Riverin Rodriguez
	Elaborar un instrumento de observación	Verificar el grado de conocimiento que tienen	Instrumento de observación elaborado	Instrumento de observación	Papel bond tamaño carta Tinta para impresora	Claudia Riverin Rodriguez
	Coordinar y socializar con los Directores y docentes sobre el taller: -Día, hora, lugar, tiempo, temas, ventajas.	Brindar conocimientos y Concientizar a los adolescentes	Coordinación y socialización con los directores realizada con la respectiva nota de coordinación.	Acta o nota de coordinación Fotos y guía de observación	Papel bond tamaño carta Tinta para impresora	Claudia Riverin Rodriguez

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA																									
		ENERO					FEBRERO					MARZO															
		4 - 11		18- 25			1-8		15-22			1-8		15-22													
		L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	
Elaboración del programa de capacitación.	Claudia Riverin	■	■	■	■	■																					
Elaboración de nota para la coordinación dirigido a los directores	Claudia Riverin			■	■																						
Elaboración de instrumento: Pre-Test y Pos-Test.	Claudia Riverin					■	■																				
Elaboración de los registro de asistencia.	Claudia Riverin					■	■																				
Elaboración de instrumento de observación	Claudia Riverin						■	■																			
Coordinación y socialización con Día, hora, lugar.	Claudia Riverin						■	■																			
Planificación de concursos con premiaciones	Claudia Riverin							■																			
Ejecución del programa	Claudia Riverin								■	■	■	■	■	■	■	■											
Pre test	Claudia Riverin																	■	■	■							
Post-test	Claudia Riverin																		■	■	■						
Clausura	Claudia Riverin																								■	■	

CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación se concluye que los factores que más inciden al embarazo en las adolescentes son: la falta de conocimientos sobre anticoncepción e inicio precoz de las relaciones sexuales.

El 42% de las adolescentes embarazadas iniciaron sus actividades sexuales a los 14 años de edad, también que 69% no conocen sobre los métodos anticonceptivos, así mismo se observó que son de bajos recursos económicos El 62% de las adolescentes embarazadas estudiaron hasta el nivel primario y el 38% estudiaron hasta nivel secundario.

03% de embarazadas que realizan control pre-natal en el H. I.C.P.R. tienen 14 años y el 31% de los embarazos en la adolescencia del municipio de Puerto Rico está en el grupo etario de 18 años. El 34% de las adolescentes embarazadas son actualmente solteras. El 66% tienen su estado civil concubina y el 0% casada.

El 59% ha sido embarazo no planificado

Una gran parte de ellos desconoce los factores de riesgos en las relaciones sexuales sin protección, una explicación a esto es que al interior de los establecimientos educacionales no existe aun una orientación preventiva respecto a la temática.

Además se observó que en el Hospital, el personal de salud no trabaja en ese sentido de realizar actividades educativas y de prevención para la salud de los adolescentes.

.

RECOMENDACIONES

Los resultados e interpretaciones procedentes nos motivan a plantear algunas reflexiones a modo de sugerencias:

Se hace necesario implementar actividades preventivas en el ámbito escolar en primera instancia focalizando las actuaciones en promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva.

Sera importante involucrar al personal de salud en toda tarea preventiva, pues la comunicación y la oportuna intervención de ellos protegerá a los adolescentes de diversos problemas de salud vinculados a la actividad sexual precoz sin protección: Embarazo precoz y complicaciones durante la misma gestación, infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH-SIDA

Creo también que es fundamental la implementación de un sistema de información y registro de adolescentes embarazadas por edad.

Para que estos programas se puedan llevar a cabo será necesario que las acciones se inscriban en el largo plazo y estén al nivel que exige la magnitud del problema.

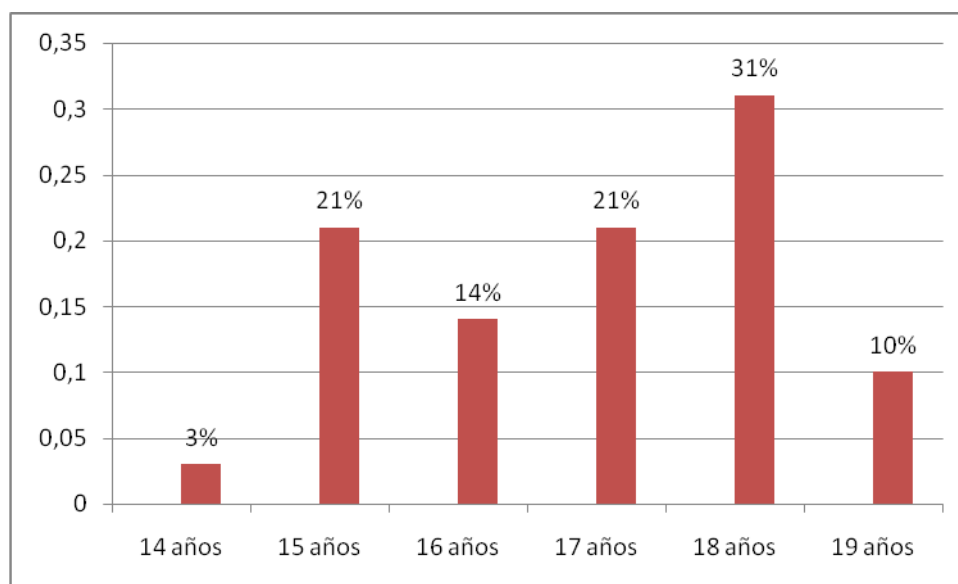
BIBLIOGRAFÍA

1. - ARCHER, S.; R. FLESMAN; M. J. JACOBSON (1982). Enfermería de Salud Comunitaria. Santa Fe de Bogotá. En Modulo Instruccional de Enfermería Comunitaria. Tomo I. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1994.
2. PLAN NAL. PARA LA SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES(2004-2008) Bolivia del Ministerio de Salud y Deportes
3. - CARPENITO, Linda Jual (1996). Manual de diagnóstico de enfermería. Madrid. 5ª. Edición. Interamericana McGraw-Hill.
4. . DELANEY, Linda L. Valoración de enfermería: Obtención de datos en la familia. Tomado de GRIFFITH y CHRISTENSEN Proceso de Atención de Enfermería. (1986). México. En Modulo Instruccional de Enfermería Comunitaria. Tomo I. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1994.
5. GERENDAS, M.; SILEO, E. (1992). Embarazo en la adolescencia. Factores de riesgo y cadena de prevención. Caracas. Comisión Femenina Asesora de la Presidencia de la República.
6. GOÑI, Julio y otros. (1997). Enciclopedia Temática Multimedia Madrid. Editorial F& G Editores. Tomo 3: Guía Médica Familiar.
7. IUTEPAL. (1999). Análisis de la situación sociosanitaria de los habitantes del sector I Barrio San José de Maracay. Trabajo elaborado por el equipo 206E bajo la coordinación de la profesora Luisa Navarro Pérez. Maracay.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO
CUADRO N° 1

EDAD QUE ACTUALMENTE TIENEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS		
INDICADORES	Nº	Total %
14 años	1	3%
15 años	6	21%
16 años	4	14%
17 años	6	21%
18 años	9	31%
19 años	3	10%
TOTAL	29	100 %

GRAFICO N°1



ANALISIS:

03% de embarazadas que realizan control pre-natal en el H. I.C.P.R. tienen 14 años
 31% de los embarazos en la adolescencia del municipio de Puerto Rico está en el grupo etario de 18 años.

INTERPRETACION:

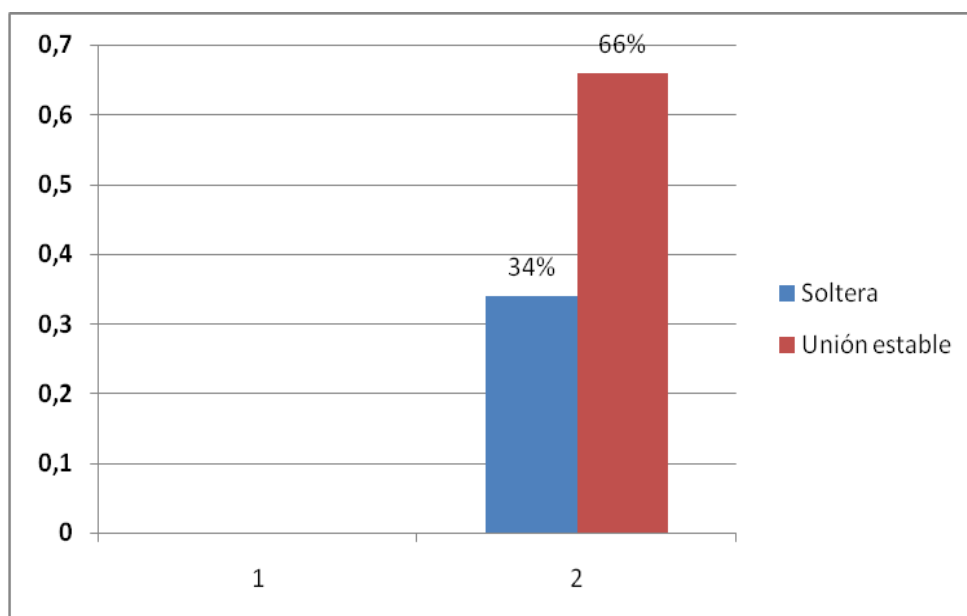
El 97% de las adolescentes embarazadas comprende el grupo etario de 15 a 19 años; donde el índice más alto es el 31% de 18 años de acuerdo a esto se observa que estas adolescentes antes de los 18 ya tienen esposo

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO**

CUADRO N°2

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS		
INDICADORES	Nº	Total %
Soltera	10	34%
Unión estable	19	66%
Total	29	100%

GRAFICO N°2



ANALISIS:

El 34% de las adolescentes embarazadas son actualmente solteras.

El 66% tienen su estado civil concubina y el 0% casada

INTERPRETACION:

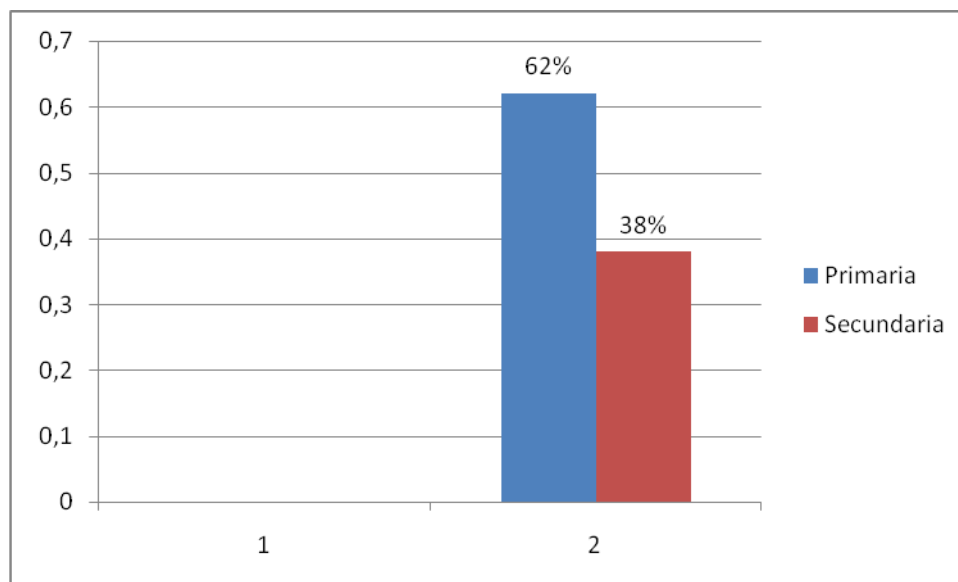
De acuerdo a los resultados se observa que el 66% son viven en unión estable y una de los motivos es que se unieron por el embarazo

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO**

CUADRO N°3

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE ESTAN EMBARAZADAS		
INDICADORES	Nº	Total %
Primaria	18	62%
Secundaria	11	38%
Total	29	100%

GRAFICO N° 3



ANALISIS:

El 62% de las adolescentes embarazadas estudiaron hasta el nivel primario

El 38% estudiaron hasta nivel secundario

INTERPRETACION:

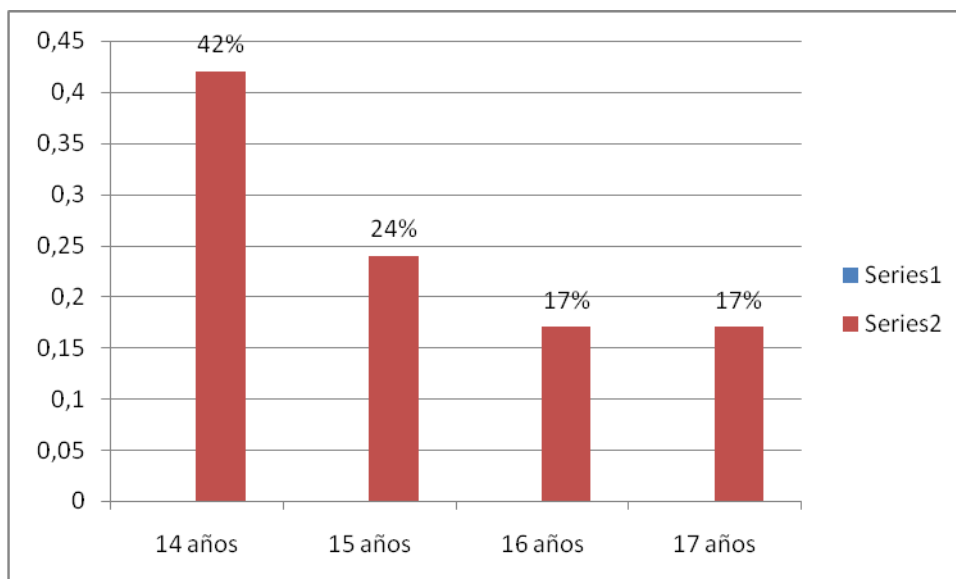
Actualmente ninguna de ellas estudia debido a la gestación; siendo que la mayoría solo llego hasta el nivel primario

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO**

CUADRO N° 4

EDAD QUE INICIARON A TENER RELACIONES SEXUALES		
INDICADORES	Nº	Total %
14 años	12	42%
15 años	7	24%
16 años	5	17%
17 años	5	17%
TOTAL	29	100%

GRAFICO N° 4



ANALISIS:

El 42% de las adolescentes embarazadas iniciaron sus relaciones sexuales a los 14 años

El 24% iniciaron a los 15 años

El 17% iniciaron entre 16 y 17 años

INTERPRETACION:

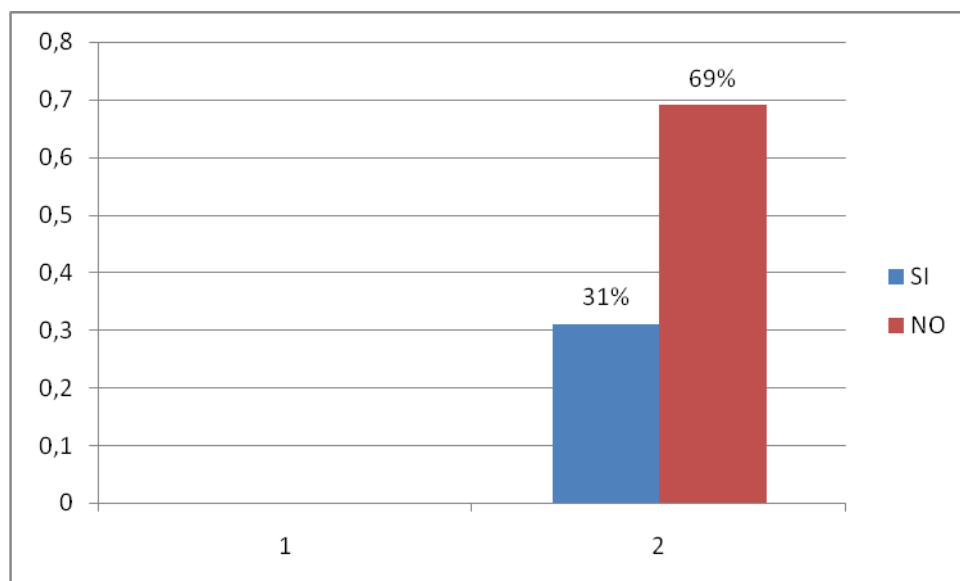
Una gran mayoría iniciaron a tener relaciones sexuales a los 14 años y eso incide mucho al embarazo precoz y otros riesgos

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO**

CUADRO N° 5

NUMERO DE ADOLESCENTES QUE HAN PLANIFICADO SU EMBARAZO		
INDICADORES	Nº	Total %
SI	9	31%
NO	20	69%
Total	29	100%

GRAFICO N° 5



ANALISIS:

El 41% sin a planificado su embarazo

El 59% ha sido embarazo no planificado

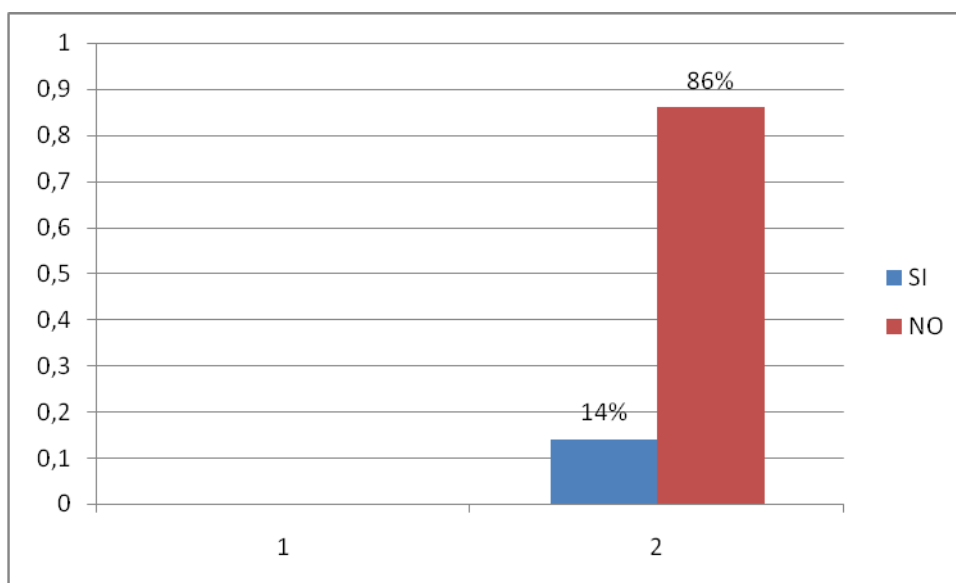
INTERPRETACION:

L a mayoría de estas adolescentes que están embarazadas no han planificado su embarazo; entonces son embarazos no deseados

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO
CUADRO N° 6

NUMERO DE ADOLESCENTES QUE YA HAN TENIDO ABORTO		
INDICADORES	Nº	Total %
SI	4	14%
NO	25	86%
Total	29	100%

GRAFICO N° 6



ANALISIS:

El 14% de las adolescentes embarazadas tienen antecedentes de aborto

El 86% no ha tenido ningún aborto

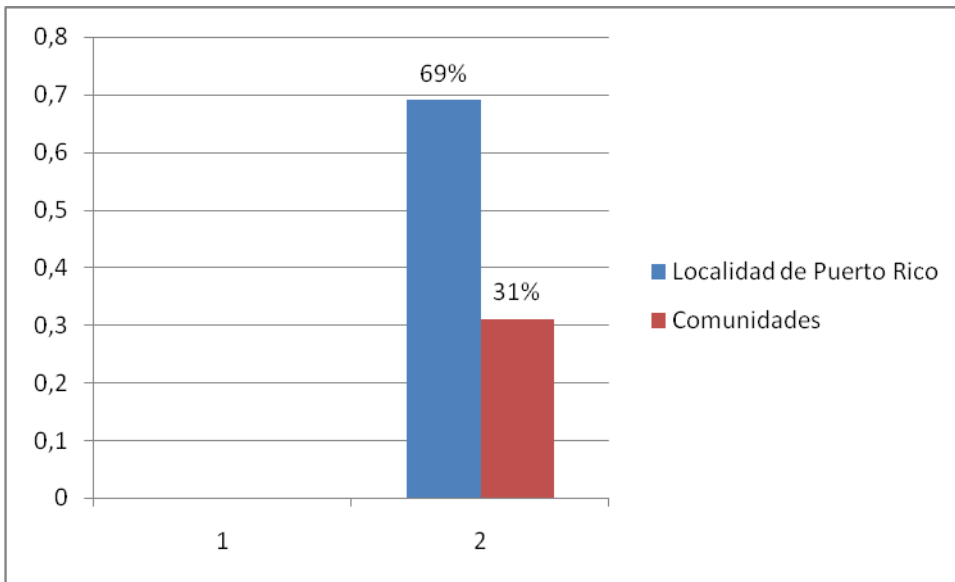
INTERPRETACION:

De acuerdo a los resultados; en el Municipio de Puerto Rico no existe un alto índice de aborto y de las que ya tuvieron antecedentes de aborto al poco tiempo se volvieron a embarazar

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO
CUADRO N° 7**

RESIDENCIA ACTUAL DE LAS ADOLESCENTES AMBARAZADAS		
INDICADORES	Nº	Total %
Localidad de Puerto Rico	20	69%
Comunidades	9	31%
Total	29	100%

GRAFICO N° 7



ANALISIS:

El 69% de las adolescentes actualmente embarazadas residen en la localidad de Puerto Rico.

El 31% son las Comunidades que pertenecen al municipio de Puerto Rico.

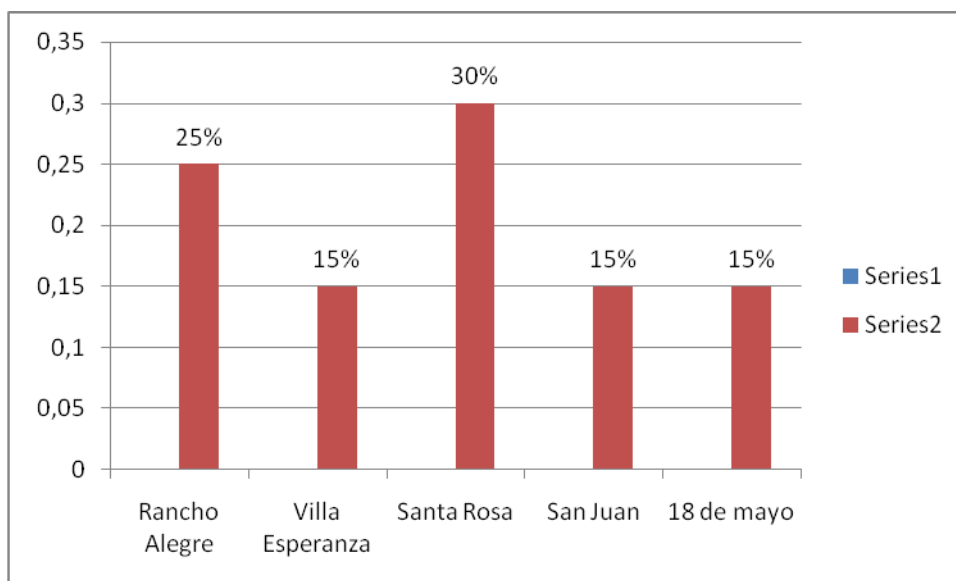
INTERPRETACION:

Un número considerable de ellas provienen de la localidad de Puerto Rico. Es bajo el número de las que provienen de las comunidades pequeñas de Puerto Rico; el motivo debe ser por la poca accesibilidad a los centros de salud

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO
CUADRO N° 8

BARRIOS DE RESIDENCIA DE LAS EMBARAZADAS		
INDICADORES	Nº	Total %
Rancho Alegre	5	25%
Villa Esperanza	3	15%
Santa Rosa	6	30%
San Juan	3	15%
18 de mayo	3	15%
TOTAL	20	100%

GRAFICO N° 8



ANALISIS:

El 25% de las embarazadas son del barrio Rancho Alegre

El 15% son de los barrios Villa Esperanza, San Juan y 18 de mayo

El 30 % son del barrio Santa Rosa

INTERPRETACION:

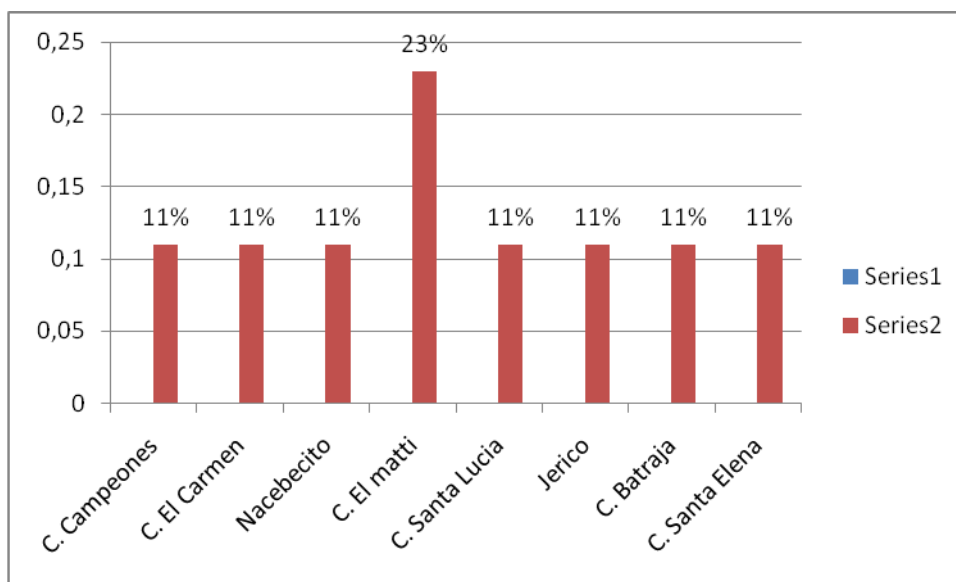
La mayor parte de ellas pertenecen al barrio Santa Rosa porque es uno de los barrios más grandes del municipio.

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO**

CUADRO N° 9

COMUNIDADES DONDE RESIDEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS		
INDICADORES	N°	Total %
C. Campeones	1	11%
C. El Carmen	1	11%
Nacebecito	1	11%
C. El matti	2	23%
C. Santa Lucia	1	11%
Jerico	1	11%
C. Batraja	1	11%
C. Santa Elena	1	11%
TOTAL	9	100%

GRAFICO N° 9



ANALISIS:

El 11% de las adolescentes embarazadas son de las Comunidades de Campeones, El Carmen, Nacebecito, Sta lucia, Jerico, Batraja y Sta Elena

El 23% son del la Comunidad El Matti

INTERPRETACION:

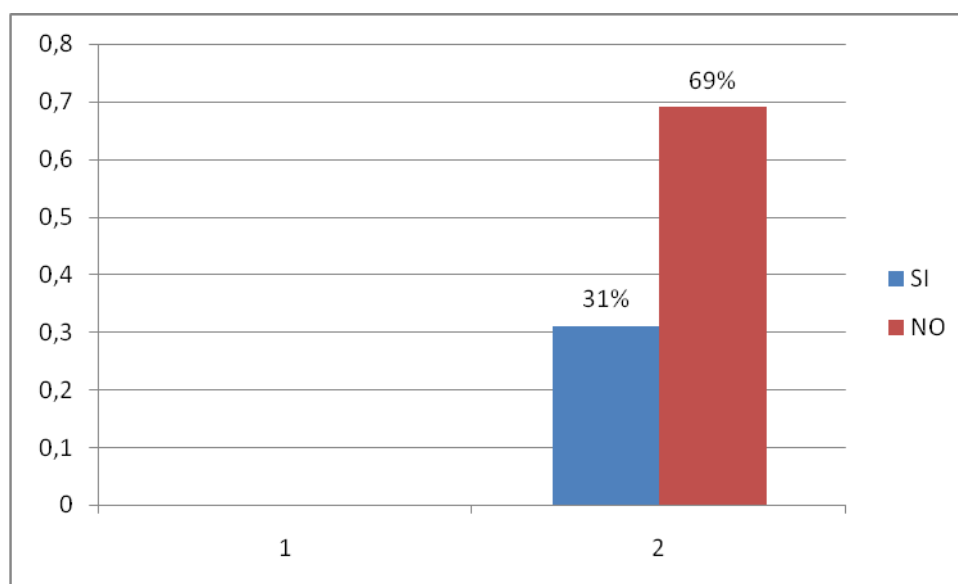
Estas comunidades son lejanas al hospital y deben existir mas adolescentes embarazadas, solo se encuesta a las que van hasta el HICPR para realizar su control prenatal.

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO**

CUADRO N° 10

NUMERO DE ADOLESCENTES QUE CONOCEN LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS		
INDICADORES	Nº	Total %
SI	9	31%
NO	20	69%
Total	29	100%

GRAFICO N° 10



ANALISIS:

El 31% de las adolescentes embarazadas tienen conocimientos sobre anticoncepción

El 69% no conocen sobre los métodos anticonceptivos

INTERPRETACION:

Existe insuficiente conocimiento de anticoncepción por parte de las adolescentes una gran parte de ellas refirió que nunca les han informado

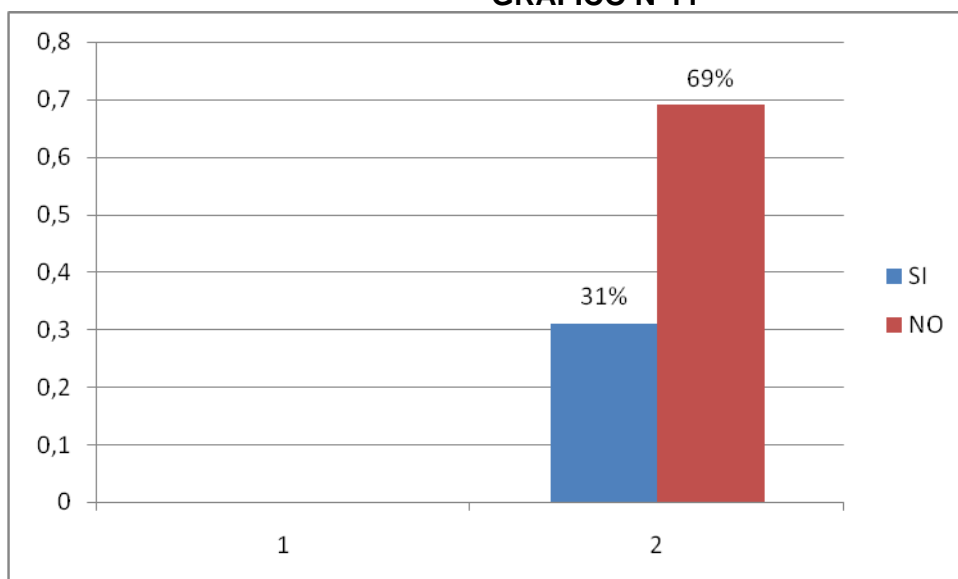
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

MUNICIPIO DE PUERTO RICO

CUADRO N° 11

NUMERO DE ADOLESCENTES QUE YA HAN UTILIZADO ANTICONCEPTIVOS		
INDICADORES	Nº	Total %
SI	9	31%
NO	20	69%
Total	29	100%

GRAFICO N°11



ANALISIS:

El 31% de las adolescentes embarazadas ya han utilizado alguna vez un método anticonceptivo

El 69% jamás ha utilizado un método anticonceptivo

INTERPRETACION:

Las mismas que refirieron no conocer anticonceptivos; no utilizaron jamás por motivo que nunca les han informado

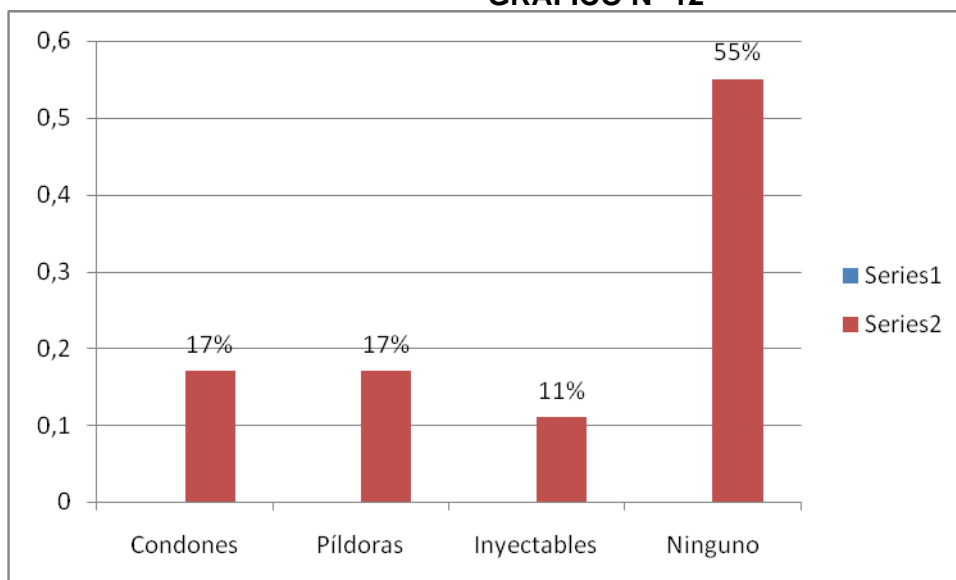
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

MUNICIPIO DE PUERTO RICO

CUADRO N° 12

ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LAS ADOLESCENTES ANTES DE EMBARAZARSE		
INDICADORES	Nº	Total %
Condomes	6	17%
Píldoras	6	17%
Inyectables	4	11%
Ninguno	20	55%
TOTAL		100%

GRAFICO N° 12



ANALISIS:

El 17% de las adolescentes embarazadas refieren que ya han utilizado el condón y la píldora

El 11% ya ha utilizado los inyectables

El 55% no utilizaros nada de métodos anticonceptivos

INTERPRETACION:

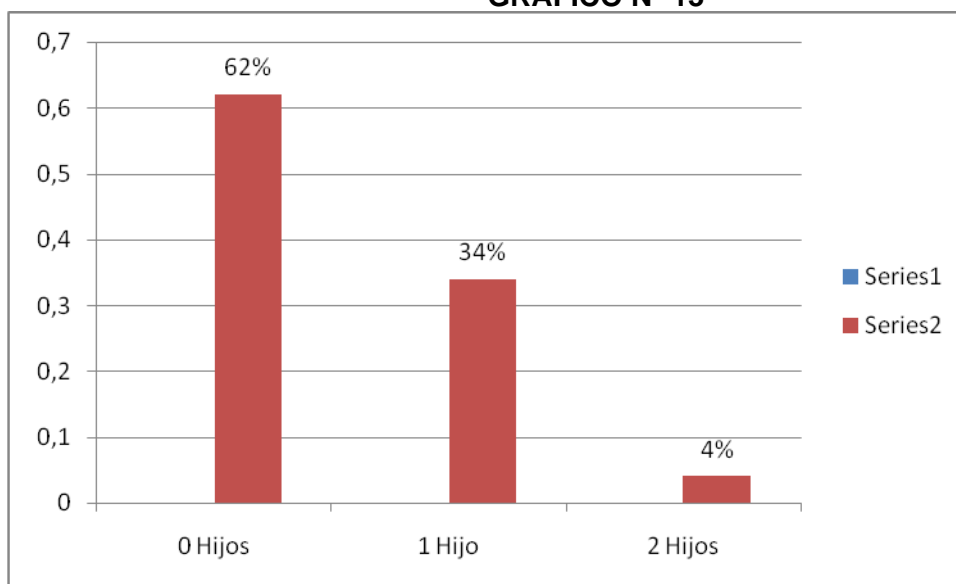
El 55% de las que no utilizaron anticonceptivos son las 20 adolescentes que no conocen y que nunca han utilizado

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
MUNICIPIO DE PUERTO RICO**

CUADRO N° 13

NUMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS ADOLESCENTES		
INDICADORES	Nº	Total %
0 Hijos	18	62%
1 Hijo	10	34%
2 Hijos	1	4%
TOTAL	29	%

GRAFICO N° 13



ANALISIS:

El 62% de las adolescentes embarazadas refieren no tener ningún hijo o gesta previa

El 34% ya tiene un hijo; es decir una gesta previa

El 4% tienen 2 o más hijos

INTERPRETACION:

De acuerdo a los resultados podemos analizar que el 34% de estas adolescentes llegan a los 19 años con dos hijos; el motivo de no realizar una planificación familiar talves porque no conocen el programa y el personal de salud no les informa