



Universidad de Valparaíso

Facultad de Medicina

Escuela de Obstetricia y Puericultura

Sede Valparaíso

Características y adherencia al sistema de salud - educación de las gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal entre los meses de enero a mayo del año 2013 en la comuna de Valparaíso

Tesis para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura

Profesora Guía: Ingrid Vargas Stevenson

Estudiantes: Álvarez Castro, Francisco
Cataldo Bacho, Katherine
Febre Tordecilla, Lisset
Hernández Marchant, Valeria
San Juan López, Altair

Valparaíso, 2013

Índice

II. RESUMEN	1
SUMMARY	3
III. INTRODUCCIÓN	5
IV. MATERIAL Y MÉTODO.....	8
IV.3. Población de estudio	9
V. RESULTADOS	11
VI. DISCUSIÓN.....	41
VII. AGRADECIMIENTOS.....	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
IX. DATOS SUPLEMENTARIOS	55
IX.2. Marco Teórico	57
IX.3. Matriz de operacionalización de objetivos	85
IX.3.1. Problema de Investigación	85
IX.3.2. Objetivo general	85
IX.3.3. Objetivos específicos.....	85
IX.3.4. Operacionalización de variables.....	86
IX.5. Instrumento de recolección de datos.....	97
IX.6. Cartas de presentación	101
IX.7. Consentimientos.....	103
IX.7. Resultados	105

Índice de tablas

Tabla N° 1: Distribución de la población en estudio según edad. Año 2013. (n=127).....	11
Tabla N° 2: Distribución de la población en estudio según previsión de salud. Año 2013. (n=127).....	12
Tabla N° 3: Distribución de la población en estudio según Cesfam de origen. Año 2013. (n=127).....	13
Tabla N° 4: Distribución de la población en estudio según actividad. Año 2013. (n=127).....	14
Tabla N° 5: Distribución de la población según posesión de ficha CAS. Año 2013. (n=127).....	14
Tabla N° 6: Distribución de la población en estudio según procedencia. Año 2013. (n=127).....	15
Tabla N° 7: Distribución de la población en estudio según tipo de vivienda. Año 2013. (n=127).....	15
Tabla N° 8: Distribución de la población en estudio según acceso a servicios básicos. Año 2013. (n=127).	16
Tabla N° 9: Distribución de la población en estudio según integrantes del hogar. Año 2013. (n=127).....	16
Tabla N° 10: Distribución de la población en estudio según tipo de parentesco con los integrantes del hogar. Año 2013. (n=127).	17
Tabla N° 11: Distribución de la población en estudio según tipo de apoyo recibido. Año 2013. (n=127).....	18

Tabla N° 12: Distribución de la población en estudio según planificación de la gestación actual. Año 2013. (n=127).....	19
Tabla N° 13: Distribución de la población en estudio según deseo de la gestación actual. Año 2013. (n=127).....	19
Tabla N° 14: Distribución de la población en estudio según aceptación de la gestación actual. Año 2013. (n=127).....	20
Tabla N° 15: Distribución de la población en estudio según estado de ánimo durante la gestación. Año 2013. (n=127).	20
Tabla N° 16: Distribución de la población en estudio según antecedente de depresión. Año 2013. (n=127).....	21
Tabla N° 17: Distribución de la población con antecedente de depresión según obtención de tratamiento. Año 2013. (n=27).	21
Tabla N° 18: Distribución de la población en estudio según consumo de sustancias en la familia. Año 2013. (n=127).	22
Tabla N° 19: Distribución de la población en estudio según consumo de sustancias en el progenitor. Año 2013. (n=127).....	23
Tabla N° 20: Distribución de la población según consumo de alcohol y tabaco en amigos. Año 2013. (n=127).....	23
Tabla N° 21: Distribución de la población en estudio según antecedentes mórbidos personales. Año 2013. (n=127).....	24
Tabla N° 22: Distribución de la población en estudio según edad de menarquia. Año 2013. (n=127).....	24

Tabla N° 23: Distribución de la población en estudio según periodicidad de los ciclos menstruales. Año 2013. (n=127).	25
Tabla N° 24: Distribución de la población en estudio según duración de la menstruación. Año 2013. (n=127).	25
Tabla N° 25: Distribución de la población en estudio según edad de inicio de actividad sexual. Año 2013. (n=127).	26
Tabla N° 26: Distribución de la población en estudio según número de hijos previos. Año 2013. (n=127).	26
Tabla N° 27: Distribución de la población con hijo previo según edad que tuvo su primer hijo. Año 2013. n=21.	27
Tabla N° 28: Distribución de la población reproductiva según antecedente de pérdida reproductiva. Año 2013. (n=127).	27
Tabla N° 29: Distribución de la población con antecedente de pérdida reproductiva según tipo. Año 2013. (n=16).	28
Tabla N° 30: Distribución de la población en estudio según uso de método anticonceptivo previo a la gestación actual. Año 2013. (n=127).	28
Tabla N° 31: Distribución de la población en estudio según fecha de última regla (FUR). Año 2013. (n=127).	29
Tabla N° 32: Distribución de la población en estudio según fecha del coito fecundante. Año 2013. (n=127).	29
Tabla N° 33: Distribución de la población en estudio según causa de la gestación actual. Año 2013. (n=127).	30

Tabla N° 34: Distribución de la población según antecedente de infecciones de transmisión sexual. Año 2013. (n=127).....	30
Tabla N° 35: Distribución de la población según presencia de ITS durante la gestación. Año 2013. (n=127).	31
Tabla N° 36: Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco previo a la gestación actual. Año 2013. (n=127).	31
Tabla N° 37: Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco durante la gestación actual. Año 2013. (n=127).....	32
Tabla N° 38: Distribución de la población consumidora de tabaco durante la gestación según número de cigarrillos diarios. Año 2013. (n=15).....	32
Tabla N° 39: Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco en el interior del hogar. Año 2013. (n=127).	33
Tabla N° 40: Distribución de la población en estudio según otro lugar de exposición al humo del cigarrillo. Año 2013. (n=127).....	33
Tabla N° 41: Distribución de la población en estudio según consumo de alcohol 6 meses previos a la gestación actual. Año 2013. (n=127).....	34
Tabla N° 42: Distribución de la población consumidora previo a la gestación actual según frecuencia de consumo. Año 2013. (n=80).....	34
Tabla N° 43: Distribución de la población consumidora previo a la gestación actual cantidad de vasos. Año 2013. (n=80).....	35
Tabla N° 44: Distribución de la población en estudio según consumo de alcohol durante la gestación. Año 2013. (n=127).	35

Tabla N° 45: Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según frecuencia de consumo. Año 2013. (n=14).....	36
Tabla N° 46: Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según cantidad de vasos. Año 2013. (n=14).....	36
Tabla N° 47: Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según tipo de bebida alcohólica. Año 2013. (n=14).	37
Tabla N° 48: Distribución de la población en estudio según consumo de drogas durante la gestación. Año 2013. (n=127).	37
Tabla N° 49: Distribución de la población en estudio según rendimiento escolar durante el último año aprobado. Año 2013. (n=127).	38
Tabla N° 50: Distribución de la población según antecedente de repetición. Año 2013. (n=53).....	38
Tabla N° 51: Distribución de la población en estudio según nivel educacional. Año 2013. (n=127).....	39
Tabla N° 52: Distribución de la población en estudio según años de educación aprobados. Año 2013. (n=127).....	39
Tabla N° 53: Distribución de la población en estudio según semanas de ingreso a control prenatal. Año 2013. (n=127).	40
Tabla N° 54: Distribución de la población en estudio según condición de controles prenatales. Año 2013. (n=127).....	40

Índice de Gráficos

Gráfico N° I: Distribución de la población en estudio según edad. Año 2013. (n=127).....	105
Gráfico N° II: Distribución de la población en estudio según previsión de salud. Año 2013. (n=127).....	106
Gráfico N° III: Distribución de la población en estudio según Cesfam de origen. Año 2013. (n=127).....	107
Gráfico N° IV: Distribución de la población en estudio según actividad. Año 2013. (n=127).....	108
Gráfico N° V : Distribución de la población según posesión de ficha CAS. Año 2013. (n=127).....	108
Gráfico N° VI : Distribución de la población en estudio según procedencia. Año 2013. (n=127).....	109
Gráfico N° VII : Distribución de la población en estudio según tipo de vivienda. Año 2013. (n=127).....	110
Gráfico N° VIII : Distribución de la población en estudio según acceso a servicios básicos. Año 2013. (n=127).	110
Gráfico N° IX : Distribución de la población en estudio según integrantes del hogar. Año 2013. (n=127).....	111
Gráfico N° X : Distribución de la población en estudio según tipo de parentesco con los integrantes del hogar. Año 2013. (n=127).....	112
Gráfico N° XI: Distribución de la población en estudio según tipo de apoyo recibido. Año 2013. (n=127)	113

Gráfico N° XII : Distribución de la población en estudio según planificación de la gestación actual. Año 2013. (n=127).....	114
Gráfico N° XIII : Distribución de la población en estudio según deseo de la gestación actual. Año 2013. (n=127).....	114
Gráfico N° XIV : Distribución de la población en estudio según aceptación de la gestación actual. Año 2013. (n=127).....	115
Gráfico N° XV : Distribución de la población en estudio según estado de ánimo durante la gestación. Año 2013. (n=127).	116
Gráfico N° XVI : Distribución de la población en estudio según antecedente de depresión. Año 2013. (n=127).....	116
Gráfico N° XVII : Distribución de la población con antecedente de depresión según obtención de tratamiento. Año 2013. (n=13).	117
Gráfico N° XVIII : Distribución de la población en estudio según consumo de sustancias en la familia. Año 2013. (n=127).....	117
Gráfico N° XIX : Distribución de la población en estudio según consumo de sustancias en el progenitor. Año 2013. (n=127).....	118
Gráfico N° XX : Distribución de la población según consumo de alcohol y tabaco en amigos. Año 2013. (n=127).	119
Gráfico N° XXI : Distribución de la población en estudio según antecedentes mórbidos personales. Año 2013. (n=127).	120
Gráfico N° XXII : Distribución de la población en estudio según edad de menarquia. Año 2013. (n=127).....	121

Gráfico N° XXIII : Distribución de la población en estudio según periodicidad de los ciclos menstruales. Año 2013. (n=127).	121
Gráfico N° XXIV : Distribución de la población en estudio según duración de la menstruación. Año 2013. (n=127).	122
Gráfico N° XXV : Distribución de la población en estudio según edad de inicio de actividad sexual. Año 2013. (n=127).	122
Gráfico N° XXVI : Distribución de la población en estudio según número de hijos previos. Año 2013. (n=127)	123
Gráfico N° XXVII : Distribución de la población con hijo previo según edad que tuvo su primer hijo. Año 2013. (n=127).	123
Gráfico N° XXVIII : Distribución de la población reproductiva según antecedente de pérdida reproductiva. Año 2013. (n=127).	124
Gráfico N° XXIX : Distribución de la población con antecedente de pérdida reproductiva según tipo. Año 2013. n=16.	125
Gráfico N° XXX : Distribución de la población en estudio según uso de método anticonceptivo previo a la gestación actual. Año 2013. (n=127).	125
Gráfico N° XXXI Distribución de la población en estudio según fecha de última regla (FUR). Año 2013. (n=127).	126
Gráfico N° XXXII: Distribución de la población en estudio según fecha del coito fecundante. Año 2013. (n=127).	127
Gráfico N° XXXIII: Distribución de la población según causa de la gestación actual. Año 2013. (n=127).	127

Gráfico N° XXXIV: Distribución de la población según antecedente de infecciones de transmisión sexual. Año 2013. (n=127).	128
Gráfico N° XXXV: Distribución de la población según presencia de ITS durante la gestación. Año 2013. (n=127).	129
Gráfico N° XXXVI: Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco previo a la gestación actual. Año 2013. (n=127).....	129
Gráfico N° XXXVII: Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco durante la gestación actual. Año 2013. (n=127).	130
Gráfico N° XXXVIII: Distribución de la población consumidora de tabaco durante la gestación según número de cigarrillos diarios. Año 2013. (n=15).	130
Gráfico N° XXXIX: Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco en el interior del hogar. Año 2013. (n=127).	131
Gráfico N° XL: Distribución de la población en estudio según otro lugar de exposición al humo del cigarrillo. Año 2013. (n=127).	132
Gráfico N° XLI: Distribución de la población en estudio según consumo de alcohol 6 meses previos a la gestación actual. Año 2013. (n=127).	132
Gráfico N° XLII: Distribución de la población consumidora previo a la gestación actual según frecuencia de consumo. Año 2013. (n=80).	133
Gráfico N° XLIII: Distribución de la población consumidora de alcohol previo a la gestación actual según cantidad de vasos. Año 2013. (n=80).	134
Gráfico N° XLIV: Distribución de la población en estudio según consumo de alcohol durante la gestación. Año 2013. (n=127).	134

Gráfico N° XLV: Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según frecuencia de consumo. Año 2013. (n=14).....	135
Gráfico N° XLVI: Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según cantidad de vasos. Año 2013. (n=14).....	136
Gráfico N° XLVII: Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según tipo de bebida alcohólica. Año 2013. (n=14).	136
Gráfico N° XLVIII: Distribución de la población en estudio según consumo de drogas durante la gestación actual. Año 2013. (n=127).....	137
Gráfico N° XLIX: Distribución de la población en estudio según rendimiento escolar durante el último año aprobado. Año 2013. (n=127).	138
Gráfico N° L: Distribución de la población en estudio según antecedente de repetición. Año 2013. (n=53).....	139
Gráfico N° LI: Distribución de la población en estudio según nivel educacional. Año 2013. (n=127).....	139
Gráfico N° LII: Distribución de la población en estudio según años de educación aprobados. Año 2013. (n=127).....	140
Gráfico N° LIII: Distribución de la población en estudio según semanas de ingreso a control prenatal. Año 2013. (n=127).....	141
Gráfico N° LIV: Distribución de la población en estudio según condición de controles prenatales. Año 2013. (n=127).	141

II. RESUMEN

Características y adherencia al sistema de salud - educación de las gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal entre los meses de enero a mayo del año 2013 en la comuna de Valparaíso.

Vargas, Ingrid ¹, Álvarez, Francisco ²; Cataldo, Katherine ²; Febre, Lisset ²; Hernández, Valeria ²; San Juan, Altair ².

¹ Docente Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso.

² Estudiantes de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso.

La población adolescente en Chile comprende las edades entre 10-19 años, siendo un amplio rango de edad. Por esta razón surgen un sinnúmero de interrogantes que abarcan distintos ámbitos y uno de ellos lleva a plantear el siguiente problema a estudiar y desarrollar *¿Cuáles son las características y adherencia al sistema de salud - educación de las gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal entre los meses de enero a mayo del año 2013 en la comuna de Valparaíso?*

El Objetivo General que se planteó es “Describir las características de las gestantes adolescentes y la adherencia al sistema de salud - educación de las gestantes ingresadas a control prenatal entre los meses de enero a mayo del año 2013 en la comuna de Valparaíso”

El estudio es de carácter descriptivo dado que las adolescentes estudiadas no intervendrán las variables, se limitarán a la recolección de antecedentes relacionados con el problema en estudio, para posteriormente describir los resultados. Es cuantitativo ya que se pretende recolectar información mediante

variables cuantificables que serán aplicadas en cuestionarios para el posterior análisis y objetivación de los datos por medio de una muestra seleccionada.

Es transversal ya que se busca conocer todos los casos de personas con una cierta condición. Y finalmente retrospectivo ya que se utilizan datos del pasado.

Dentro de los principales resultados se destacan:

- 23% de las gestantes adolescentes en estudio corresponde el intervalo de 14-16 años, es decir, adolescencia media.
- 81% de las gestantes adolescentes en estudio refiere recibir apoyo del progenitor.
- 17% de las gestaciones adolescentes en estudio fueron planificadas por ambos progenitores.
- 15% de las gestantes adolescentes en estudio deseaban la gestación actual.
- 11% de las gestantes adolescentes en estudio refiere consumo de alcohol durante la gestación actual.
- 20% de las gestantes adolescentes en estudio refiere consumo de marihuana durante la gestación actual.
- 28% de las gestantes adolescentes en estudio refiere consumo de marihuana en progenitor.
- 30% de las gestantes adolescentes en estudio refirió consumo de marihuana en algún integrante de su familia.
- 71% de las gestantes adolescentes en estudio ha aprobado al menos 1 curso de enseñanza media.
- 86% de las gestantes adolescentes en estudio tiene sus controles prenatales vigentes.

SUMMARY

The adolescent population in Chile includes ages between 10-19 years, with a wide age range. For this reason an endless number of questions emerge, covering different areas and one of them leads us to raise the following problem to study and develop: *Which are the characteristics and adherence to health system - education of pregnant teenagers entered in prenatal care during the months January to May 2013 in the commune of Valparaíso?*

The General Objective raised was "Describe the characteristics of pregnant adolescents and adherence to health system - education of pregnant women entered to antenatal care between January and May 2013 in the commune of Valparaíso".

The character of this study is descriptive because the adolescents studied will not intervene the variables, they shall be limited to the collection of antecedents related to the problem under study, to describe the results later. Is quantitative as it is intended to collect information through measurable variables that will be applied by questionnaires for further analysis and objectification of information through a selected sample. It is transversal as it seeks to know all cases of people with a certain condition. And finally it is retrospective because past data are used.

The main results are:

- 23% of pregnant adolescents in the study corresponds range 14-16 years, that is to say, middle adolescence.
- 81% of pregnant adolescents in the study reported receiving support parent.
- 17 % of teen pregnancies in the study were planned by both parents.
- 15 % of pregnant adolescents in the current study wanted pregnancy.
- 11% of pregnant adolescents in study reports alcohol use during the current pregnancy.

- 20 % of pregnant adolescents in the study consumed marihuana during the current pregnancy.
- 28% of pregnant adolescents in the study referred use of marihuana in baby's dad.
- 30 % of pregnant adolescents in study reported marihuana use in some member of your family.
- 71 % of pregnant teenagers study has approved at least 1 year of high school.
- 86% of pregnant teenagers has their controls valids.

III. INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva por donde el individuo va inmerso en un proceso dinámico. La palabra adolescencia viene del latín “adolescere”, que nos alude al verbo adolecer y que tiene dos significados: tener cierta imperfección y crecer. La adolescencia por largo tiempo ocurrió sin dedicarle interés, entendiéndola sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez. Actualmente, se considera como una fase donde ocurren complejos cambios biopsicosociales a los cuales se les debe prestar atención, ya que es aquí donde se producen importantes transformaciones que conducen al adolescente hacia la madurez del adulto. Biológicamente, a partir de la esta etapa comienza un proceso de cambios físicos que convierte al adolescente en un adulto capaz de la llevar a cabo la reproducción sexual, por lo que la sexualidad tiene un papel fundamental. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de la vida y se mostrará de diferentes maneras dependiendo de su edad. La sexualidad y su expresión se relacionan más con la universalidad de la persona que con el compromiso genital. Es en este sentido por el cual los y las adolescentes no forman un grupo homogéneo sino que presentan una gran diversidad en cuanto al crecimiento biológico, social, emocional e intelectual. En todo este proceso es fundamental el apoyo de la familia y de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud define a los adolescentes como aquellas personas que están dentro de un determinado rango etario, correspondiente entre los 10 y los 19 años. Como consecuencia, se ha definido que la gestación adolescente corresponde a todas las gestaciones ocurridas en jóvenes incluidas en este rango etario, independiente de su edad ginecológica o psicológica.

Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística, en Chile el año 2009, la población adolescente asciende a 2.844.132 lo que corresponde al 17.1% de la población total; de éstos el 51% corresponde a adolescentes de 15 a 19 años y el

49% corresponde a adolescentes de 10-14 años. En el año 2009, el número total de nacidos vivos fue de 252.240; de éstos el 16.3% correspondió a recién nacidos vivos de madres adolescentes. Al desagregar por grupo etario, observamos que el 15.7% corresponden a madres adolescentes de 15-19 años y el 0.4% restante a adolescentes menores de 15 años.

Se han vinculado múltiples determinantes sociales asociados a la gestación adolescente, tales como bajo nivel socioeconómico y de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así entrar en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico. Es así como la gestación adolescente tiene una repercusión en el área social y económica, ya que implica menores posibilidades educacionales o el abandono total de los estudios por parte de ambos padres adolescentes, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, fomentando el círculo de la pobreza. Además, es considerada una problemática social cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la gestante adolescente, su hijo y su familia, ya que cambian totalmente las expectativas y la vida de los afectados: 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. Sumado a todo eso, independiente del estado civil, tener que asumir la crianza de un niño durante la adolescencia afecta el desarrollo personal de los jóvenes. Y todo ello sin olvidar otras causas que igualmente se encuentran entre las principales, como el consumo de todo tipo drogas, una falta de modelos adecuados, violencia en el seno de la familia y la influencia de vivir en un entorno perjudicial. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en

que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.

Principalmente se selecciona el tema procurando visualizar las principales características, factores de riesgo y factores protectores asociados a la gestación adolescente, pretendiendo ayudar en la formulación de propuestas más efectivas para la precaución contribuyendo en la toma de decisiones preventivas con campañas de concienciación, educación sexual y la entrega de métodos anticonceptivos.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Investigación:

- **Descriptivo:** El diseño de la investigación será descriptivo ya que se obtendrán y mostrarán las características biopsicosociales de las gestantes adolescentes que se encuentren activas al control, derivadas desde su CESFAM al Consultorio de Especialidades (CAE) del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, durante el año 2013.

Además, el estudio es de carácter descriptivo dado que las adolescentes estudiadas en cuestión no intervendrán las variables, se limitarán a la recolección de antecedentes relacionados con el problema en estudio, para posteriormente describir los resultados.

- **Cuantitativo:** La investigación pretende recolectar información mediante variables cuantificables que serán aplicadas en cuestionarios para el posterior análisis y objetivación de los datos por medio de una muestra seleccionada.

- **Transversal:** Debido a que la investigación busca conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica.

- **Retrospectivo:** Dado que la investigación utiliza datos del pasado para obtener información detallada acerca de las características biopsicosociales de las gestantes.

Para realizar la investigación, primeramente se piden todos los permisos pertinentes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso mediante una carta siguiendo el conducto regular. Luego se nos hace llegar mediante vía correo electrónico la fecha y hora para presentar frente al Comité Ético del Hospital Carlos Van Buren nuestra investigación. Posterior a la presentación se nos envía

una carta dando la aceptación de nuestra investigación en dicho hospital, con lo cual se da comienzo a la investigación.

El cuestionario es semi estructurado con preguntas abiertas y cerradas a través de entrevista que consta de 55 preguntas: Se realizará a las gestantes obteniendo la mayor cantidad de datos que permitan determinar el perfil biopsicosocial de la usuaria. Se complementará con la observación de la actitud y comportamiento del entrevistado de manera directa. El tiempo que dura dicho cuestionario tiene como tope máximo los 15 minutos, lo que depende del entrevistador y del entrevistado, del ambiente íntimo y el tiempo para aquellas preguntas más personales, y que favorezcan la confidencialidad.

Se confeccionan dos consentimientos informados que se adjuntarán a las encuestas: para menores de 18 años los cuales deberán ser firmados por un tutor legal de la adolescente, y otro para mayores de 18 años que será firmado por la misma gestante.

La recopilación de datos mediante el cuestionario semi estructurado, se realiza en los meses de agosto y septiembre y se distribuyen de la siguiente manera:

- Martes 8:00 a 10:00 en CAE del Hospital Carlos Van Buren.
- Jueves 10:00 a 11:00 en CAE del Hospital Carlos Van Buren.
- Lunes, miércoles y viernes en Unidades de ARO y Puerperio del Hospital Carlos Van Buren en horario tarde.

IV.3. Población de estudio

Universo: Gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal en la comuna de Valparaíso entre enero y mayo del año 2013. Corresponde a 328 gestantes (Fuente: SSVSA, Junio 2013)

Muestra: Con un 85 %de confianza y 5% de error muestral, la muestra corresponde a 127 Gestantes adolescentes controladas.

Según una población de 328 gestantes:

N= 328
Nivel de confianza de 85%
K = 1,44
Error Muestral de 5 %
$p=q = 0.5$
Muestra de 127 personas

Criterios de inclusión:

Se incluyen a:

- Todas las gestantes adolescentes que ingresen a Control Prenatal en la comuna de Valparaíso, entre enero y mayo del año 2013.
- Puérperas adolescentes ingresadas a Control Prenatal en la comuna de Valparaíso, entre enero y mayo del año 2013.

Criterios de exclusión:

Se excluyen a todas las gestantes adolescentes que no deseen participar en el estudio o no presenten la autorización de su tutor legal y que no firmen consentimiento informado.

V. RESULTADOS

A continuación se redactan los principales hallazgos de acuerdo a los objetivos específicos y variables.

Del total de gestantes encuestadas, que corresponden al 100% de la muestra, las siguientes tablas y figuras indican las frecuencias de las variables en estudio:

La población de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal entre los meses de enero a mayo del año 2013 en la comuna de Valparaíso según edad tiene un mínimo de 13 años y un máximo de 19 años. A continuación se detallan los resultados según Objetivo específico N° 1: *“Identificar las características psicosociodemográficas de las gestantes adolescentes”*.

Tabla N° 1

Distribución de la población en estudio según edad. Año 2013. (n=127).

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
10-13 años (Adolescencia temprana)	2	2%
14-16 años (Adolescencia media)	29	23%
17-19 años (Adolescencia tardía)	96	76%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que la mayoría de la población de gestantes que cumplen los criterios de inclusión se concentra entre los 17 y 19 años, lo que se traduce en un 76%. Por otro lado, gestantes en adolescencia temprana corresponde a sólo un 2%. Finalmente, un 23% de las usuarias se encuentran en adolescencia media.

La siguiente tabla muestra la frecuencia absoluta y relativa de la previsión de salud a la que pertenecen las gestantes entrevistadas al momento del estudio.

Tabla N° 2

Distribución de la población en estudio según previsión de salud. Año 2013. (n=127).

Previsión de salud	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Fonasa A	70	55%
Fonasa B	41	32%
Fonasa C	12	9%
Fonasa D	5	4%
Isapre	0	0%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 55% de las gestantes entrevistadas posee Fonasa A, un 32% posee Fonasa B, un 9% Fonasa C, un 4% Fonasa D.

A continuación, la tabla N° 3 muestra la frecuencia absoluta y relativa del Cesfam de origen de las gestantes incluidas en el estudio.

Tabla N° 3

Distribución de la población en estudio según Cesfam de origen. Año 2013. (n=127).

Cesfam	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Centro de Salud Familiar Placeres	11	9%
Consultorio Esperanza	5	4%
Consultorio Barón	16	13%
Centro de Salud Familiar Reina Isabel II	14	11%
Consultorio Placilla	4	3%
Consultorio Jean y Marie Thierry	8	6%
Centro de Salud Familiar Las Cañas	3	2%
Consultorio Marcelo Mena	5	4%
Consultorio Plaza Justicia	17	13%
Consultorio Cordillera	3	2%
Consultorio Quebrada Verde	14	11%
Consultorio Puertas Negras	7	6%
Consultorio Rodelillo	6	5%
Consultorio Padre Damián Moloka	4	3%
Consultorio Casa Blanca	10	8%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que los Cesfam más acudidos por la población en estudio corresponden al Consultorio Barón y al Consultorio Plaza Justicia, alcanzando ambos un 13%, luego el Cesfam Reina Isabel II y el Consultorio Quebrada Verde corresponden al 11%.

Tabla N° 4

Distribución de la población en estudio según actividad. Año 2013. (n=127).

Ocupación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sin ocupación	27	21%
Dueña de casa	34	27%
Estudiante	48	38%
Trabajadora	12	9%
Estudiante y trabajadora	6	5%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Lo anterior indica que un 43% de las gestantes entrevistadas se encuentra estudiando al momento de aplicar el instrumento, de las cuales un 5% estudia y trabaja. Se destaca el 27% de gestantes que refiere ser dueña de casa.

La siguiente tabla indica la frecuencia absoluta y relativa de aquellas poseedoras de ficha CAS:

Tabla N° 5

Distribución de la población según posesión de ficha CAS. Año 2013. (n=127)

Posee ficha CAS	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No sabe	37	29%
No	54	43%
Sí	36	28%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Según la tabla, se observa que el 28% de las gestantes encuestadas son poseedoras de ficha de protección social, mientras que un 43% no lo son y un 29% refiere no estar en conocimiento.

La siguiente tabla muestra el número de gestantes según su procedencia.

Tabla N° 6

Distribución de la población en estudio según procedencia. Año 2013. (n=127).

Procedencia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Rural	13	10%
Urbano	90	71%
Urbano-Marginal	24	19%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un amplio número de gestantes entrevistadas habitan el sector urbano de Valparaíso (71%), 19% habita el sector urbano – marginal y sólo 10% el sector rural.

Las tablas N° 7 y 8 muestran el tipo de vivienda y servicios básicos que poseen en su hogar.

Tabla N° 7

Distribución de la población en estudio según tipo de vivienda. Año 2013. (n=127).

Tipo de vivienda	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Propia	61	48%
Pagando dividendo	11	9%
Arrendada	27	21%
Vive en campamento	5	4%
Cedida	15	12%
No sabe	8	6%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se puede observar que de las 127 gestantes entrevistadas, el 48% de las estas viven en casa propia, el 21% en casa arrendada, un 12% corresponden a hogares

cedidos, un 9% pagando dividendo, no están en conocimiento un 6% y en menor porcentaje es de 4% aquellas que viven en campamento.

Tabla N° 8

Distribución de la población en estudio según acceso a servicios básicos. Año 2013.
(n=127).

Servicios básicos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Agua	125	98%
Agua caliente	108	85%
Gas	127	100%
Electricidad	127	100%
Alcantarillado	116	91%
Telefonía móvil	121	95%
Telefonía fija	42	33%
TV por cable	84	66%
Internet	60	47%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se puede observar que el total de gestantes en estudio disponen de gas y electricidad, 98% posee acceso a agua y 85% a agua caliente, 91% posee alcantarillado. Telefonía móvil 95% de las gestantes, telefonía fija 33%, 66% es poseedor de TV por cable y 47% de internet en su hogar.

Las siguientes tablas muestran los integrantes del grupo familiar de la gestante, su parentesco, y las redes de apoyo con las que cuentan:

Tabla N° 9

Distribución de la población en estudio según integrantes del hogar. Año 2013. (n=127).

Integrantes hogar	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Niños	80	63%
Adolescentes	127	100%
Adultos	122	96%
Adultos mayores	36	28%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que en la mayoría de los hogares habitan adultos y adolescentes, alcanzando el 96 y 95% respectivamente, en 63% de los hogares viven niños menores de 10 años, y en un menor porcentaje (28%) viven adultos mayores.

Tabla N° 10

Distribución de la población en estudio según tipo de parentesco con los integrantes del hogar. Año 2013. (n=127).

Tipo parentesco	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Abuelo/Abuela	39	31%
Padre	59	46%
Madre	98	77%
Hijo	20	16%
Pareja/Esposo	44	35%
Hermano/Hermana	85	67%
Otros	24	49%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 77% de las gestantes viven con su madre, 67% vive con su hermano o hermana, 46% vive con su padre, 35% vive con su pareja, 31% vive con su abuela o abuelo, 49% vive con otras personas como padrastro, madrastra o hermanastros, y 16% vive con su hijo o hija.

Tabla N° 11

Distribución de la población en estudio según tipo de apoyo recibido. Año 2013. (n=127).

Apoyo de madre	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Económico	102	80%
Emocional	116	91%
Psicológico	108	85%
Total	127	100%
Apoyo de padre	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Económico	68	54%
Emocional	68	54%
Psicológico	59	46%
Total	127	100%
Apoyo de hermano/a	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Económico	14	11%
Emocional	90	71%
Psicológico	78	61%
Total	127	100%
Apoyo de abuelo/a	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Económico	34	27%
Emocional	59	46%
Psicológico	58	46%
Total	127	100%
Apoyo de familia del progenitor	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Económico	57	45%
Emocional	60	47%
Psicológico	57	45%
Total	127	100%
Apoyo del progenitor	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Económico	98	77%
Emocional	108	85%
Psicológico	103	81%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 127 gestantes entrevistadas, la mayoría recibe apoyo económico de uno de sus padres, de la familia del progenitor y de éste. En cuanto al apoyo emocional y psicológico, un amplio porcentaje refiere sentir apoyo por parte de su madre y/o del progenitor.

La planificación de la gestación, el deseo y la aceptación serán mostrados a continuación por las tablas 12, 13 y 14:

Tabla N° 12

Distribución de la población en estudio según planificación de la gestación actual. Año 2013. (n=127).

Planificación de la gestación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No planificada	100	79%
Planificada por el padre	0	0%
Planificada por la gestante	6	5%
Planificada por ambos	21	17%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 79% de las gestaciones adolescentes en estudio no fueron planificadas por ningún progenitor, mientras que el 17% fue planificada por ambos progenitores, y el 5% fue planificada sólo por la gestante.

Tabla N° 13

Distribución de la población en estudio según deseo de la gestación actual. Año 2013. (n=127).

Deseo de la gestación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No deseada	50	39%
Deseada por el padre	5	4%
Deseada por la gestante	19	15%
Deseada por ambos	53	42%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 39% de las gestaciones adolescentes en estudio no eran deseadas, por otro lado, el 42% era deseada por ambos padres, el 15% era deseada sólo por la gestante y el 4% era deseada sólo por el padre.

Tabla N° 14

Distribución de la población en estudio según aceptación de la gestación actual. Año 2013. (n=127).

Aceptación de la gestación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No aceptada	0	0%
Aceptada por el padre	1	1%
Aceptada por la gestante	23	18%
Aceptada por ambos	103	81%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 81% de las gestaciones adolescentes en estudio fueron aceptadas por ambos padres, el 18% fue aceptada sólo por la gestante, y el 1% fue aceptada sólo por el padre.

Tabla N° 15

Distribución de la población en estudio según estado de ánimo durante la gestación. Año 2013. (n=127).

	Sensación de desmotivación		Sensación de cansancio		Sensación de tristeza	
No	84	66%	70	55%	74	58%
Si	43	34%	57	45%	53	42%
Total	127	100%	127	100%	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que alrededor de la mitad de las gestantes encuestadas se ha sentido cansada y triste durante la gestación, mientras que un menor porcentaje se ha sentido desmotivada.

Tabla N° 16

Distribución de la población en estudio según antecedente de depresión. Año 2013.
(n=127).

Diagnóstico de Depresión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	100	79%
Sí	27	21%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que del total de gestantes encuestadas, el 21% tiene antecedentes de depresión y el 79% respondió no haber sido diagnosticada con dicha patología.

Tabla N° 17

Distribución de la población con antecedente de depresión según obtención de tratamiento. Año 2013. (n=27).

Tratamiento depresión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	14	52%
Sí	13	48%
Total	27	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 27 gestantes que mencionaron haber sido diagnosticadas con depresión, sólo el 48% recibió tratamiento.

Las siguientes tablas muestran el consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas en las redes que posee la gestante.

Tabla N° 18

Distribución de la población en estudio según consumo de sustancias en la familia. Año 2013. (n=127).

Consumo de sustancias en familia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Marihuana	38	30%
Pasta base	2	2%
Cocaína	3	2%
Éxtasis	0	0%
Crack	0	0%
Otras	1	1%
Ansiolíticos	7	6%
No consumen	64	50%
No sabe	16	13%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que en el 30% hogares hay algún integrante de la familia que ha consumido marihuana, en el 6% han consumido ansiolíticos, en el 2% han consumido cocaína y pasta base.

Tabla N° 19

Distribución de la población en estudio según consumo de sustancias en el progenitor.

Año 2013. (n=127).

Consumo de sustancias en el progenitor	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sólo Alcohol	20	15%
Sólo Tabaco	13	10%
Alcohol y tabaco	56	44%
Marihuana	36	28%
Pasta base	0	0%
Cocaína	2	1%
Éxtasis	0	0%
Crack	0	0%
Otras	0	0%
Ansiolíticos	0	0%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 44% de las gestantes refiere que su pareja/progenitor de su hijo consume alcohol y tabaco y un 28% afirma que consume marihuana.

Tabla N° 20

Distribución de la población según consumo de alcohol y tabaco en amigos. Año 2013.

(n=127).

Tipo de amigo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Amigos de barrio	78	61%
Amigos de escuela	36	28%
Amigos de otras actividades	36	28%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 61% de las gestantes mencionó que sus amigos de barrio han consumido alcohol y tabaco, el 28% mencionó que son sus amigos de escuela y el 28% mencionó que son sus amigos de otras actividades.

A continuación se detallan los resultados según Objetivo específico N° 2: “Describir las características biomédicas y hábitos nocivos de las gestantes adolescentes”.

Tabla N° 21

Distribución de la población en estudio según antecedentes mórbidos personales. Año 2013. (n=127).

Patologías	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Hipertensión arterial	13	10%
Diabetes tipo 1	0	0%
Diabetes tipo 2	1	1%
Obesidad	14	11%
Enflaquecida	17	13%
Síndrome de ovario poliquístico	2	2%
Hipotiroidismo	8	6%
Hipertiroidismo	1	1%
Asma	18	14%
Enf. Pulmonar obstructiva crónica	0	0%
Trastornos de personalidad	1	1%
Ninguna	63	50%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 14% de ellas padecen de asma, el 13% de las gestantes presentan un estado nutricional enflaquecida y el 11% obesidad. Aquellas que presentan hipertensión arterial corresponden al 10% del total y el 6% presenta hipotiroidismo.

Tabla N° 22

Distribución de la población en estudio según edad de menarquía. Año 2013. (n=127).

Edad menarquía	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
< 10 años	5	3,94%
10-16 años	120	94%
>16 años	2	2%
Total	127	127

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se logra observar que el 94% tuvo menarquia media, un 3,94% presentó una menarquia precoz y un 2% menarquia tardía.

Tabla N° 23

Distribución de la población en estudio según periodicidad de los ciclos menstruales. Año 2013. (n=127).

Periodicidad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
<21 días	12	9%
25 - 35 días	83	65%
>35 días	32	25%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 65% de las gestantes presentaba normomenorrea, un 25% oligomenorrea y un 9% polimenorrea.

Tabla N° 24

Distribución de la población en estudio según duración de la menstruación. Año 2013. (n=127).

Duración	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1-2 días	3	2,4%
2-7 días	121	95,3%
>8 días	3	2,4%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se logra observar que el 95,3% presentó normomenorrea; hipomenorrea fue presentada en un 2,4% y otro 2,4% hipermenorrea.

Tabla N° 25

Distribución de la población en estudio según edad de inicio de actividad sexual. Año 2013. (n=127).

Edad inicio actividad sexual	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
< 10 años	3	2%
10 - 13 años	35	28%
14 - 16 años	70	55%
17 - 19 años	16	13%
No recuerda	3	2%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 55% de las gestantes tuvo su inicio sexual entre los 14-16 años, el 28% entre 10-13 años, el 13% entre 17-19 años y el 2% a una edad menor a los 10 años.

Las tablas muestran la cantidad de hijos previos y la edad a la que gestaron su primer hijo.

Tabla N° 26

Distribución de la población en estudio según número de hijos previos. Año 2013. (n=127).

Número de hijos previos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
0 hijos previos	106	84%
1 hijo	20	15%
2 hijos	1	1%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que 21 gestantes poseen hijo previo, de las cuales 20 sólo tienen 1 hijo previo a la gestación actual.

Tabla N° 27

Distribución de la población con hijo previo según edad que tuvo su primer hijo. Año 2013.

n=21.

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
10-13 años	0	0
14-16 años	15	71%
17-19 años	6	29%
Total	21	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que la mayoría de las gestantes que poseen hijo previo lo gestaron entre los 14 y 16 años, es decir, durante la adolescencia media, y el 20% tuvo su primer hijo en la adolescencia tardía, entre los 17 y los 19 años.

Las siguientes tablas muestran las gestantes que han sufrido alguna pérdida reproductiva, la cantidad y el tipo.

Tabla N° 28

Distribución de la población reproductiva según antecedente de pérdida reproductiva. Año 2013. (n=127).

Número de abortos	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Ninguna	111	87%
1 a 2	15	12%
Más de 3	1	1%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que 16 gestantes han presentado pérdidas reproductivas, de las cuales sólo una ha tenido más de 3.

Tabla N° 29

Distribución de la población con antecedente de pérdida reproductiva según tipo. Año 2013. (n=16).

Tipo de aborto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Espontáneo	15	94%
Provocado	1	6%
Total	16	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un 94% de los abortos en gestantes entrevistadas con pérdidas reproductivas ha sido espontáneo y un 6% ha sido provocado.

Tabla N° 30

Distribución de la población en estudio según uso de método anticonceptivo previo a la gestación actual. Año 2013. (n=127).

Tipo MAC	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
ACO combinado	23	18%
ACO progestágenos	2	2%
Inyectable mensual	6	5%
Inyectable trimestral	1	1%
Anillo	0	0%
Parche	0	0%
Implante	0	0%
DIU	1	1%
Preservativo	25	20%
Calendario	1	1%
Coito Interrumpido	3	2%
PAE	1	1%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 18% de las gestantes usuarias de MAC usaba ACO combinado, el 20% usaba preservativo, y en un menor porcentaje inyectable mensual (5%) y ACO de progestágenos (2%).

Las siguientes tablas muestran el conocimiento de las gestantes sobre la fecha de última regla y fecha del coito fecundante.

Tabla N° 31

Distribución de la población en estudio según fecha de última regla (FUR). Año 2013.
(n=127).

FUR	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Recuerda	94	74%
No recuerda	33	26%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que solo un 74% supo responder cual era la fecha de ultima regla, y un 26% no recuerda.

Tabla N° 32

Distribución de la población en estudio según fecha del coito fecundante. Año 2013.
(n=127).

Coito fecundante	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Recuerda	57	45%
No recuerda	70	55%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un 55% de las gestantes encuestadas no recuerdan la fecha de coito fecundante y un 45% si recuerda.

Tabla N° 33

Distribución de la población en estudio según causa de la gestación actual. Año 2013.
(n=127).

Causa de la gestación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No utilizaba MAC	74	58%
Olvido de pastillas	15	12%
No siempre usaba preservativo	17	13%
Se rompió preservativo	3	2%
Uso incorrecto de método	16	13%
Otros	2	2%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se puede observar que un 13% refirió un uso incorrecto del método, otro 13% que ocasionalmente utilizaba preservativo, un 12% relaciona la gestación al olvido de pastillas, un 2% refirió que se rompió el preservativo y el otro 2% a otras. El 58% restante no utilizaba un método anticonceptivo.

Las tablas N° 34 y 35 muestran el antecedente de alguna infección de transmisión sexual y la presencia de éstas actualmente.

Tabla N° 34

Distribución de la población según antecedente de infecciones de transmisión sexual. Año 2013. (n=127).

Antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sífilis	3	2%
Condilomatosis	18	14%
Gonorrea	2	2%
Herpes	4	3%
VIH+/SIDA	0	0%
Ninguna	99	78%
Otra	1	1%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 14% de las gestantes entrevistadas ha presentado condilomatosis, un 3% ha tenido herpes, 2% sífilis y gonorrea, 1% ha presentado otra ITS y el 78% restante no tiene antecedentes.

Tabla N° 35

Distribución de la población según presencia de ITS durante la gestación. Año 2013.
(n=127).

Presencia de ITS actualmente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	124	98%
Sí	3	2%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que del 100% de gestantes entrevistadas, sólo un 2% presenta una ITS actualmente. El 98% restante no.

Las siguientes tablas y figuras muestran los hábitos nocivos, cantidad, frecuencia de consumo y tipo de exposición en las gestantes estudiadas.

Tabla N° 36

Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco previo a la gestación actual. Año 2013. (n=127).

Consumo de tabaco previo a la gestación actual	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	41	32%
Sí	86	68%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un 68% de las gestantes consumía tabaco previo a la gestación actual.

Tabla N° 37

Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco durante la gestación actual. Año 2013. (n=127).

Consumo de tabaco durante la gestación actual	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	112	88%
Sí	15	12%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 12% de la población en estudio consume tabaco durante la gestación actual.

Tabla N° 38

Distribución de la población consumidora de tabaco durante la gestación según número de cigarrillos diarios. Año 2013. (n=15).

Cantidad de cigarrillos diarios	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
< 5 por día	14	93%
5-10 por día	1	7%
11 o más por día	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de las gestantes que consumen tabaco durante la gestación un 93% de ellas consume menos de 6 diarios y un 7% 6 a 10 cigarrillos por día.

Tabla N° 39

Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco en el interior del hogar.

Año 2013. (n=127).

Consumo de tabaco en el hogar	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	102	80%
Sí	25	20%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que en el 80% de los hogares de las gestantes estudiadas no está permitido fumar dentro de la vivienda y en el 20% si se consume tabaco dentro del hogar.

Tabla N° 40

Distribución de la población en estudio según otro lugar de exposición al humo del cigarrillo. Año 2013. (n=127).

Otro lugar de exposición al cigarro	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Establecimiento educacional	10	8%
Trabajo	6	5%
Otro	32	25%
Sin otra exposición	79	62%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se logra observar que un 8% de exposición es en establecimientos educacionales, un 5% en trabajo y otro 25% en otro lugar de exposición.

Las siguientes tablas muestran la incidencia y frecuencia de consumo de alcohol en las gestantes adolescentes antes y durante la gestación, así como también el tipo de bebida alcohólica más consumida.

Tabla N° 41

Distribución de la población en estudio según consumo de alcohol 6 meses previos a la gestación actual. Año 2013. (n=127).

Alcohol 6 meses previos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	47	37%
Sí	80	63%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

De la tabla anterior se observa que el 63% de las gestantes entrevistadas consumía alcohol antes de la gestación, y un 37% respondió no haber consumido.

Tabla N° 42

Distribución de la población consumidora previo a la gestación actual según frecuencia de consumo. Año 2013. (n=80).

Frecuencia consumo alcohol	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
< 0 = de una vez al mes	29	36%
2 – 4 veces por mes	44	55%
2 – 3 veces por semana	5	6%
>4 veces por semana	2	3%
Total	80	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 80 gestantes que afirmaron consumir alcohol antes de la gestación actual, el 55% lo hacía entre dos a cuatro veces por mes, 36% consumía una vez o menos de una vez por mes, 6% consumía entre dos a tres veces por semana y 3% lo hacía más de cuatro veces por semana.

Tabla N° 43

Distribución de la población consumidora previo a la gestación actual cantidad de vasos.
Año 2013. (n=80).

Cantidad de vasos diarios	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1 – 2 vasos	39	49%
3 – 5 vasos	32	40%
> o = a 5 vasos	9	11%
Total	80	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

De la figura anterior se observa que el 49% de las gestantes afirmó consumir entre uno y dos vasos antes de la gestación, 40% bebía entre tres a cinco vasos y 11% consumía cinco o más vasos.

Tabla N° 44

Distribución de la población en estudio según consumo de alcohol durante la gestación.
Año 2013. (n=127).

Consumo de alcohol durante la gestación actual	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No	113	89%
Sí	14	11%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 127 gestantes adolescentes entrevistadas, el 11% afirmó haber consumido alcohol durante la gestación, y el 89% no ha consumido.

Tabla N° 45

Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según frecuencia de consumo. Año 2013. (n=14).

Frecuencia de consumo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Una o menos veces al mes	12	86%
2 a 4 veces en el mes	2	14%
2 o 3 veces a la semana	0	0%
4 o más veces a la semana	0	0%
Total	14	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

De un total de 14 gestantes que han consumido alcohol durante la gestación, el 86% lo hace una o menos veces al mes, y el 14% lo hace entre dos a cuatro veces al mes.

Tabla N° 46

Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según cantidad de vasos. Año 2013. (n=14).

Cantidad de vasos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1 a 2	9	64%
3 a 4	4	29%
5 a 6	0	0%
7 a 9	0	0%
10 o más	1	7%
Total	14	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 64% de las gestantes consume entre uno y dos vasos de alcohol durante la gestación, el 29% consume entre tres a cuatro vasos y el 7% consume 10 o más vasos.

Tabla N° 47

Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según tipo de bebida alcohólica. Año 2013. (n=14).

Tipo de bebida alcohólica	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Cerveza	11	79%
Vino	1	7%
Pisco	2	14%
Ron	1	7%
Tequila	1	7%
Vodka	1	7%
Whisky	0	0%
Otras	1	7%
Total	14	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 79% gestantes consumidoras, beben cerveza durante la gestación, el 14% consume pisco, y el resto vino, ron, tequila, vodka, y otras bebidas alcohólicas como “cola de mono”.

La tabla 48 muestra la frecuencia de consumo de diversas drogas durante la gestación.

Tabla N° 48

Distribución de la población en estudio según consumo de drogas durante la gestación. Año 2013. (n=127).

Consumo drogas gestante	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Marihuana	26	20%
Pasta base	2	2%
Cocaína	1	1%
Éxtasis	0	0%
Crack	0	0%
Otro	0	0%
Ninguna	99	78%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 127 gestantes entrevistadas, el 20% afirmó haber consumido marihuana durante la gestación, 2% ha consumido pasta base, y 1% cocaína. Cabe destacar que una de las gestantes consumió marihuana y cocaína durante la gestación.

A continuación se detallan los resultados según Objetivo específico N° 3: “Determinar la adhesión al sistema educacional y de salud de la gestante adolescente”.

Tabla N° 49

Distribución de la población en estudio según rendimiento escolar durante el último año aprobado. Año 2013. (n=127).

Promedio último año aprobado	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
<4.0	1	1%
4.0-5.0	28	22%
5.0-6.0	67	53%
>6.0	15	12%
No recuerda	16	13%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que 53% de la población en estudio obtuvo un promedio de notas entre 5.0 y 6.0 el último año aprobado, el 22% obtuvo un promedio entre 4.0 y 5.0, 12% obtuvo un promedio sobre 6.0, y el 1% obtuvo promedio bajo 4.0.

Tabla N° 50

Distribución de la población según antecedente de repetición. Año 2013. (n=53).

Curso repitente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1-5 básico	13	25%
6-8 básico	16	30%
1-4 medio	24	45%
Total	53	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 53 gestantes con antecedentes de repetición, el 45% ha repetido al menos un curso de primero a cuarto medio, el 30% ha repetido al menos un curso de sexto a octavo básico y el 25% ha repetido algún curso de primero a quinto básico.

Tabla N° 51

Distribución de la población en estudio según nivel educacional. Año 2013. (n=127).

Nivel Educacional	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Básica	27	21%
Media	90	71%
Superior	10	8%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 71% de las gestantes ha aprobado al menos un curso de enseñanza media, 21% ha aprobado sólo cursos de enseñanza básica, y sólo 8% ha aprobado algún año de educación superior.

Tabla N° 52

Distribución de la población en estudio según años de educación aprobados. Año 2013. (n=127).

Años aprobados	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
<2 años	4	3%
3-4 años	15	12%
5-7 años	20	16%
>8 años	88	69%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 69% de las gestantes ha aprobado 8 años o más, 16% ha aprobado entre 5 y 7 años, 12% ha aprobado entre 3 y 4 años y sólo el 2% ha aprobado 2 años o menos.

A continuación, las tablas 68 y 69 muestran la frecuencia absoluta y relativa de las semanas de ingreso a control prenatal y el estado de dichos controles.

Tabla N° 53

Distribución de la población en estudio según semanas de ingreso a control prenatal. Año 2013. (n=127).

Ingreso a control prenatal	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Antes de 14 semanas	88	69%
Después de 14 semanas	39	31%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un 69% de las gestantes entrevistadas tuvo su ingreso a control prenatal con profesional Matrón o Matrona antes de las 14 semanas, y un 31% lo hizo posterior a éstas.

Tabla N° 54

Distribución de la población en estudio según condición de controles prenatales. Año 2013. (n=127).

Condición controles prenatales	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Vigente	109	86%
No vigente	18	32%
Total	127	100%

Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 86% de las gestantes entrevistadas tiene sus controles prenatales vigentes, y un 32% no posee sus controles vigentes.

VI. DISCUSIÓN

Los estudios realizados por el INE el año 2012 demuestran que la mayoría de las gestaciones adolescentes se producirían durante la adolescencia tardía, periodo que comprende entre los 17 y 19 años. Durante la investigación se encontraron correlaciones, ya que el 76% de las gestantes estaba dentro de este rango de edad. Se cree que esto también se relaciona con que la región de Valparaíso es una de las que posee más gestantes adolescentes dentro del país.

Por otra parte, dentro de las gestantes encuestadas, todas pertenecían al grupo de salud de Fonasa. Sin embargo, cerca de la mitad estaba en el grupo A, mientras que en Fonasa grupo D, sólo pertenecía un 4%, lo que se relaciona directamente con los ingresos económicos percibidos dentro del grupo familiar y la prevalencia de la gestación adolescente en grupos de menos ingresos económicos.

Se cuenta también con que la mayoría de las gestantes provienen desde zonas urbanas, lo que no concuerda con estudios revisados que demuestran y asocian la incidencia de gestación adolescente con procedencia desde zonas rurales. Esto mismo, indica que a pesar de diferencias en términos monetarios y demográficos en la población, la gestación adolescente se presenta de igual forma en ambos grupos. Además, un dato que causa grandes interrogantes, es que a pesar de que hay un número importante de gestantes que habitan en zonas rurales, el 98% del total de encuestas poseen acceso a telefonía móvil, lo que da a conocer que muchas veces se priorizan otros elementos. Además, el 100% de las gestantes cuenta con los servicios de agua y electricidad, lo que indica un saneamiento básico casi completo, factor protector dentro de la gestación a pesar de que un porcentaje mínimo aún se encuentra viviendo en campamentos dentro de la comuna de Valparaíso.

Dentro de la actividad de las gestantes durante el periodo de la gestación se observa que destaca la adhesión al sistema educacional, sin embargo la cifra visualizada de un 43% sigue siendo baja, ya que todas las adolescentes deberían encontrarse adheridas, con el fin de no retrasar o suspender sus estudios, lo que afecta enormemente las expectativas laborales y los planes futuros. Esta situación se relaciona con la literatura¹, la que manifiesta que las gestantes suelen desertar del sistema, y más aún una vez iniciada a maternidad, sin embargo no se conoce si la deserción estaba pensada como opción previo al embarazo constituyendo un factor de riesgo pre-concepcional, o bien, durante la misma gestación. También se destaca que un 14% de las mujeres se encuentra trabajando, cifra que concuerda con estudios de la Universidad de Chile del año 2006, en donde se describe que el modelo tradicional de padre proveedor y madre en el hogar se encuentra fuertemente enlazado con la gestación adolescente y mediado también por las condiciones socioeconómicas.

Destaca que cerca de la mitad de la población en estudio refirió que deseaba la gestación tanto como el progenitor, por ende, a pesar de que el deseo es algo complejo de definir ya sea que se lo defina conceptualmente desde el psicoanálisis, se utilice la definición de diccionario o se piense en el uso cotidiano de la palabra, no se refiere a una acción voluntaria, planificada o a algo que necesariamente se busque en forma consciente. En consecuencia, un embarazo no buscado o no planificado no puede definirse como deseado o no sólo por el hecho de no haber sido buscado conscientemente. Esta cifra es relativamente alta si se considera que las adolescentes se encuentran en una etapa precoz, de formación reciente lo que llevará finalmente a desear y concretar planes de vida a corto, mediano y largo plazo. Por esta razón es sumamente importante educar acerca de la gestación adolescente, los factores de riesgo que conlleva tanto para su salud, para el feto y también en el área psicoemocional.

¹ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Chile: Universidad de Chile; 2006. p. 21.

También se observa que casi el total de gestantes cuenta con el apoyo de su madre durante la gestación, relación que favorece enormemente el proceso de gestación considerando que muchas veces el embarazo adolescente se transmite de manera intergeneracional, principalmente en niveles socioeconómicos más bajos y que la adolescencia es una etapa difícil, en donde la familia probablemente sea el factor más importante en el desarrollo y salud de los jóvenes. Mantener cercano a un familiar, que apoye, manifieste cariño y se cuente con él durante situaciones adversas, ayuda a afrontar de mejor manera la gestación y la crianza, de esta manera se considera como un importante factor protector ya que una pareja de adolescentes estigmatizados por sus familias o parte de ella, vivirán en constantes periodos de estrés en comparación a una pareja que si recibe apoyo. Por otra parte, se observa que alrededor de la mitad de las gestantes cuenta con apoyo de su padre, hermanos y abuelos, situación que puede resultar por la misma gestación o porque se cuente con un apoyo mínimo previo a ella. La literatura demuestra que generalmente los abuelos adoptan una posición de rechazo en un comienzo frente a la noticia, sin embargo, la situación se revierte con el tiempo, lográndose el posterior apoyo y aceptación.

El apoyo del progenitor alcanza un 86% dentro de la encuesta, lo que difiere de lo encontrado también en artículos² que se refieren a gestación adolescente, los que manifiestan que porcentajes cercanos a la mitad mantienen una actitud de rechazo hasta el término de la gestación constituyendo un factor de riesgo si se toma en cuenta el ambiente en donde se recibirá al recién nacido. Sin embargo, la cifra pesquisada se manifiesta como factor protector, ya que la mayoría de las gestantes cuenta con el apoyo de sus parejas, situación que repercute de buena forma en su propio estado de ánimo.

Algunas de las principales características de los adolescentes incluyen los cambios en los estados de ánimo, lo que fue manifestado en este estudio, ya que

² Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Chile: Universidad de Chile; 2006. p. 22.

cerca del 42% de las entrevistadas expresó haberse sentido triste durante el mes previo a la encuesta. Incluso cerca de un quinto de ellas manifestó haber sido diagnosticadas de depresión. Esto se vería acentuado ya que la adolescente embarazada se ve enfrentada a un cambio drástico y muchas veces no cuenta con el apoyo necesario para enfrentarlo, situación muy ligada a lo que son las redes de apoyo ya mencionadas. La obligación de asumir un rol materno sin haber completado las etapas propias de la adolescencia conlleva una situación de constante tensión y conflicto tanto personal como con los pares.

El consumo de sustancias dentro del ambiente familiar y del progenitor también representa un factor de riesgo para la gestante. Por una parte, el consumo de drogas en la familia se acerca aproximadamente al 35% y se podría relacionar también con la información encontrada respecto a los estilos violentos de resolución de conflictos. El consumo de tabaco y alcohol destaca también en el progenitor, conductas que llevan a prácticas sexuales de riesgo y que puede concluir en que una gestación adolescente no planificada, por lo que la educación y prevención en aspectos de la salud sexual y reproductiva frente a esta temática son fundamentales a la hora de promocionar la salud.

El inicio de actividad sexual en la mujer es otra temática que debe ser tomada en cuenta implementando medidas para prevenir que se produzca de manera precoz. Según datos del INJUV del año 2009, la edad promedio de inicio de actividad sexual en mujeres se acerca a los 17 años. Sin embargo, dentro de esta investigación se pudo constatar que la edad de inicio de más de la mitad las gestantes, se encuentra entre los 14 y los 16 años. El inicio precoz de las prácticas sexuales se asocia muchas veces a gestación adolescente debido a la escasa educación recibida por la población en materias de salud sexual y reproductiva y a la no utilización de métodos anticonceptivos. Esta variante corresponde a un factor de riesgo también en la incidencia de infecciones de transmisión sexual las que se acercan a un 22% de las gestantes entrevistadas,

en donde la patología más común corresponde a condilomatosis, infección causada por el virus papiloma humano.

La paridad es otro factor que tiene relación con el inicio de la actividad sexual, ya que un inicio precoz se asocia a una multiparidad incluso dentro de la misma adolescencia, es por esto mismo que es posible observar que el 21% de las gestantes tienen más de un hijo actualmente. En estas gestantes es importante realizar una atención dirigida en la prevención de gestaciones con periodos intergenésicos breves, con una evaluación biopsicosocial ardua y completa, haciendo énfasis en los métodos anticonceptivos disponibles y realizando el mayor esfuerzo incluso rescatando a aquellas mujeres que poseen una baja adhesión al sistema de salud.

Con respecto al tema recientemente mencionado, se destaca que casi la mitad de las encuestadas no utilizaba un método anticonceptivo previo a la gestación, incluso, dentro de las que si lo utilizaban, es decir un 51%, cerca de un 13% lo utilizaba de forma incorrecta, situación que se relaciona con la escasa o inadecuada educación sexual que reciben los jóvenes, donde no se promueve la forma correcta de utilizar el método anticonceptivo o de tener una vida sexual segura. Lo que si se evidenció en la investigación, es que el método más utilizado por las encuestadas son los anticonceptivos orales combinados, situación que coincide con datos del MINSAL del año 2012, donde se observa que desde los 10 a los 19 años, el método más utilizado corresponde a este mismo.

Dentro de las pérdidas reproductivas, el 13% de las gestantes encuestadas refieren haber vivido ese episodio, mientras que el 87% nunca ha tenido una pérdida. Si se considera que dentro del estudio sólo se cuenta con la presencia de adolescentes, sigue siendo una cifra relativamente alta comparado con lo encontrado en la bibliografía que corresponde al 6,7%, lo que indica la falta de educación sexual y promoción de métodos anticonceptivos durante esta etapa tanto para hombres como para mujeres, la cual debería ser implementada

mayoritariamente en los centros de salud y en los colegios a partir de una edad temprana.

Es interesante observar que cerca de un quinto de las gestantes encuestadas manifestaron haber consumido algún tipo de drogas ilícitas durante la gestación, principalmente marihuana, lo que se relaciona con la bibliografía encontrada, la cual recalca que la marihuana, sustancia alucinógena y depresora del sistema nervioso central, es la droga más consumida durante la gestación.

Otro punto fundamental a destacar, es que cerca de una décima parte de la población en estudio afirmó haber consumido alcohol durante la gestación actual, que si bien no era excesivo, de igual forma considera un agravante que pone en riesgo el curso de la gestación, ya que se ha asociado el consumo de alcohol con diversas complicaciones obstétricas, como hipertensión arterial, y neonatales tales como bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia y el síndrome alcohólico fetal (SAF). Este punto constituye un factor de riesgo importantísimo y más aún si entre los jóvenes es común hoy en día consumir alcohol, el ambiente que rodea a la gestante suele componerse de personas que beben de manera ocasional o bien, abusiva, lo que también puede dar pie para la aparición de múltiples disfuncionalidades tanto en la familia como con las amistades.

Dentro de la adhesión al sistema de salud, se observó que cerca del 86% mantenía sus controles de salud vigentes al momento de la encuesta y el 69% cuenta con ingreso a control prenatal precoz, lo que disminuiría los efectos secundarios de la gestación adolescente: mayor incidencia de bajo peso al nacer, mayor prematuridad, aumento de la morbi-mortalidad perinatal y negligencia en los cuidados de su salud. La gestante al tener controles vigentes en el sistema de salud cuenta con una mayor continuidad de la atención por parte de los profesionales de la salud, se puede acceder con mayor facilidad a evaluar su estado periódicamente, y ante cualquier pesquisa de anormalidad tanto del feto

como de la madre, se puede actuar de manera más eficiente disminuyendo así la morbimortalidad perinatal.

Respecto a la adhesión al sistema educacional, se observa que cerca de la mitad de las gestantes encuestadas cuenta con el antecedente de repetición, lo que se relaciona con los datos encontrados del INJUV, que declaran que las adolescentes al momento de su parto se encuentran mayoritariamente cursando la enseñanza básica por la misma repetición. Sin embargo, dentro del 43% de las gestantes que se encuentran estudiando al momento de la encuesta, se encuentra cursando enseñanza media, lo que tendría relación también con el antecedente de repetición que se concentra principalmente entre 1^o y 4^o año de enseñanza media. La deserción escolar es un tema muy debatido, debido a que no se conoce con exactitud en qué momento se presenta con mayor fuerza, si previo a la gestación, durante o luego en el postparto. Una vez que la madre vivió el nacimiento de su hijo, se hace difícil integrarse nuevamente en el sistema escolar, más aún si es que se presentan factores de riesgo que impidan que esto suceda, como lo son: escasez de tiempo, trabajo, escasas redes de apoyo, nivel socioeconómico bajo, falta de planes de vida, o bien porque considera que su hijo es más importante que realizar cualquier otra actividad.

En cuanto a las limitaciones presentadas durante la investigación, una de las principales se relaciona con la autorización de los padres para que la gestante pudiera responder al cuestionario, ya que muchas veces las gestantes cumplían con los criterios de inclusión pero al concurrir no acompañada por su tutor era imposible encuestarla.

Otras de las dificultades que se presentó, fue que muchas de las gestantes hospitalizadas en ARO o puerperio habían sido encuestadas en el CAE, por lo que ellas eran las que referían que ya se les había realizado el cuestionario.

En contraste con lo anterior, una de las ventajas, fue que en el Hospital Carlos Van Buren, los partos diarios fueron un número considerable, lo que nos permitió encontrar de manera más rápida y expedita a las puérperas adolescentes.

VII. AGRADECIMIENTOS

Al finalizar nuestra tesis, quisiéramos en primera instancia agradecer a Dios por entregarnos a la fuerza y las herramientas necesarias para enfrentar las dificultades y lograr llegar a la meta.

A nuestras familias por hacernos quienes somos. Por ser nuestros principales pilares, por su paciencia y apoyo incondicional, fundamentales para poder lograr el objetivo final.

Debemos agradecer de manera especial a la Profesora Francisca Martínez Ampuero por habernos orientado con su apoyo y confianza en nuestro trabajo.

A nuestra asesora, Profesora Ingrid Vargas Stevenson, por su disponibilidad, paciencia y su apoyo constante. Agradecer su buena disposición al entregar sus conocimientos y experiencia para enriquecer nuestro trabajo.

Finalmente, al Hospital Carlos Van Buren, por habernos facilitado sus instalaciones, por abrirnos las puertas de su servicio y por permitirnos llegar a todas estas personas que aceptaron participar en esta investigación con buena disposición.

Sin ustedes, nada hubiese sido posible.

A todos infinitas gracias.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donoso E. Mortalidad perinatal en las Américas. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(5): 279.
2. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Normas de manejo y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2010. p. 11.
3. Amaya J., Borrero C., Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005; 56(3): 216 - 224.
4. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Minuta Descriptiva Situación Actual Embarazo Adolescente. Chile: Subsecretaria de Salud Pública; 2010. p. 1.
5. Organización mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013; 2013. p. 15.
6. Borgoño, R., Bustamante, F., León, P. y Minassian, M. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Universidad de Chile. 2008; 5 (1): 42 – 51.
7. Castro R, González M, López C. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Chile: Trama Impresores S.A.; 2008. p. 316.
8. Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Chile: Grafica Puerto Madero; 2010. p. 237.
9. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Situación Actual Del Embarazo Adolescente en Chile. Chile: Subsecretaria de Salud Pública; 2013. p. 9 - 20.

10. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Chile: Subsecretaria de Salud Pública; 2011. p. 11.
11. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Chile: Universidad de Chile; 2006. p. 16.
12. Molina R. Características de la adolescencia normal. ed. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago. Editorial Mediterráneo, 2003; 16-23.
13. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Chile: Subsecretaria de Salud Pública; 2011.
14. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Chile: Subsecretaria de Salud Pública; 2011. p. 10 – 11.
15. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. Promoción salud sexual: Recomendaciones para la acción. Guatemala; 2000. p.6.
16. Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Orientaciones para la intervención en sexualidad. Chile: SENDA; 2009. p. 54 – 61.
17. Fariña, L. Sexualidad, cultura y adolescencia. Uruguay: Organización Panamericana de la Salud; 1990. p. 36
18. Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Orientaciones para la intervención en sexualidad. Chile: SENDA; 2009. p. 111.
19. Falconier M. Boletín 43: Proyecto Principal de educación en América Latina y el Caribe, UNESCO. Santiago: OREALC; 1997. p. 5.

20. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Gestación adolescente y recursos disponibles. Chile: Subsecretaria de Salud Pública; 2006. p. 22.
21. Hernández G., Jaramillo C, Ministerio de educación, cultura y deporte. La educación sexual de la primera infancia. España: Neturity; 2003. p. 36
22. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Chile: Subsecretaria de Salud Pública; 2011. p. 22.
23. Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Gestación adolescente y recursos disponibles. Chile: SENDA; 2006. p. 24.
24. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. Promoción salud sexual: Recomendaciones para la acción. Guatemala; 2000. p. 37 – 38.
25. Montero, A. Anticoncepción en la adolescencia. Rev. Med. Clin. Condes. 2011; 22: 59-67.
26. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Chile: Subsecretaria de Salud Pública; 2013. p. 2 – 6.
27. Palma I. Salud y derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma de salud en Chile. Chile: Universidad de Chile; 2001. p. 5.
28. Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Chile: Grafica Puerto Madero; 2010. p. 277.
29. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Chile: Universidad de Chile; 2006. p. 25.

30. Muñoz B., Berger C., Aracena M. Una perspectiva integradora del embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. Rev. Psicología de la Universidad de Chile. 2001; 10(1): 24.
31. Olavarría J. Sexualidad adolescente: embarazos...maternidad, paternidad. La larga espera para un abordaje en serio. Chile. 2013. p. 64.
32. Baeza B., Póo A., Vásquez O., Muñoz S., Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo adolescente de la novena región. Rev. chil. obstet. ginecol. 2007; 72(2): 76-81.
33. Allocca R., Méndez D., Ng Y., Parra L., Peña J., Rísquez A. Embarazo adolescente como factor de riesgo en la salud infantil. Venezuela. 2007; 14(1): 43 – 48.
34. Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., Tisiana L. Embarazo adolescente como factor de riesgo en la salud infantil. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina; 2006. 153. p. 13 – 17.
35. León P., Minassian M., Borgoño R., Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev. Pediatría. 2008; 5(1).
36. Gobierno de Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) [homepage en internet]. Factores Protectores y de Riesgo. Disponible en <http://www.senda.gob.cl/prevencion/familiar/factores-protectores/>
37. Baeza B, Poo A, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Revista Chilena Obstétrica Ginecológica. 2007; 72 (2):3 – 4.

38. Gobierno de Chile, Ministerio de Educación (MINEDUC) [homepage en internet] El Sistema Educacional Chileno. Disponible en http://www.mineduc.cl/index2.php?id_seccion=3042&id_portal=16&id_contenido=12126
39. Romero L. Modelos y Mecanismos de financiamiento en Sistemas de Salud. Gobierno de Chile: Superintendencia de Salud. 2011. p.16 – 21.
40. Gobierno de Chile. Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Embarazo adolescente y deserción escolar. 2012.
41. Castro R, González M, López C. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. 2008. Chile: Trama Impresores S.A. p. 116 – 118.
42. Parada A., Becerra D., Villacis C. Embarazo en la adolescencia. Obstetricia integral siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 2009.

IX. DATOS SUPLEMENTARIOS

IX.1. Glosario de términos

- a. **Gestación adolescente:** Proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo ser que se lleva a cabo dentro del útero materno, entre los 10 y 19 años de edad de la mujer.
- b. **Gestación deseada:** Aquella gestación que se produce por relaciones sexuales donde se tiene conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y sus efectos, o por relaciones sexuales consentidas.
- c. **Gestación planificada:** Gestación que es previamente planeada de manera física, emocional, psicológica y económicamente por la madre o por la pareja.
- d. **Gestación aceptada:** Gestación que a pesar de no ser planificada y/o deseada, es recibida y tolerada sin rechazo por parte de la madre y/o del progenitor.
- e. **Morbimortalidad perinatal:** Conjunto de complicaciones médicas, obstétricas y/o quirúrgicas que ocasionan daño y/o muerte al feto o neonato como consecuencia del proceso reproductivo. ³
- f. **Educación sexual:** Orientación y formación entregada a la población que sirve de instrumento para potenciar la autonomía de las personas y el desarrollo de una sexualidad plena a través de la correcta toma de decisiones en materia de sexualidad y reproducción.
- g. **Infecciones de transmisión sexual:** grupo heterogéneo de patologías transmisibles, cuyo único elemento en común es el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión. ⁴

³ Donoso E. Mortalidad perinatal en las Américas. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(5): 279.

⁴ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Normas de manejo y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2010. p. 11.

- h. **Métodos anticonceptivos:** Estrategias y elementos científicamente probados que se utilizan tanto por hombres como por mujeres para prevenir la gestación.
- i. **Saneamiento básico:** Conjunto de condiciones y características de la vivienda de la gestante, necesarias para mantener una mejor calidad de vida.
- j. **Escolaridad:** Número de años aprobados por la gestante en el sistema educacional, ya sea municipal, municipal subvencionado o particular.
- k. **Conductas de riesgo:** hábitos y comportamientos adquiridos que conducen a desfavorecer el bienestar de la persona misma y de su alrededor.

IX.2. Marco Teórico

Generalidades y Epidemiología

La UNICEF ha definido embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. Se considera el embarazo en la mujer menor de 19 años como de alto riesgo, siendo de mayor impacto en menores de 14 años. Uno de los problemas más importantes a nivel mundial en lo que respecta a la salud reproductiva es el embarazo adolescente; se ha calculado que alrededor de 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, cifra que corresponde a una quinta parte de todos los nacimientos.⁵

La gestación adolescente se ha vuelto una problemática social en los últimos años debido a las complicaciones biológicas y psicosociales que se pueden presentar como consecuencia. Esta situación se vincula a múltiples determinantes sociales, entre ellas, un bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se ha relacionado con inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.⁶

Situación a nivel mundial

Los nacidos de madres adolescentes representan alrededor del 11% de los nacimientos mundiales y el 95% de ellos se produce en países en desarrollo.⁷

Si bien no hay un registro detallado y completo de la situación a nivel mundial, se logra observar un aumento de gestantes adolescentes en las últimas décadas. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de

⁵ Amaya J., Borrero C., Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005; 56(3): 216 - 224.

⁶ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Minuta Descriptiva Situación Actual Embarazo Adolescente. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2010. p. 1.

⁷ Organización mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013; 2013. p. 15.

la región y el nivel de desarrollo del país. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos alcanza el 45%. Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años.⁸

Situación Actual en Chile

En Chile, la situación es parecida. Durante el año 2004 hubo 34.413 nacidos de mujeres menores de 20 años, dando como resultado un porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes con respecto al total de nacidos vivos de 14,9 %⁹; en el año 2009, del número total de nacidos vivos, el 16,13% corresponde a nacidos vivos de madres adolescentes. Desde el punto de vista epidemiológico, el embarazo adolescente suele ser desagregado en 2 grupos etarios, de mujeres de 15 a 19 años y las mujeres menores de 15 años. Según las proyecciones poblaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en Chile al año 2012 la población adolescente ascendió a 2.716.838. Considerando a las adolescentes gestantes, el 14,05% corresponden a madres adolescentes de 15-19 años y el 0,36% restante a adolescentes de 10-14 años, dando un total de 34.906 nacidos vivos de madres adolescentes en el año 2012.

Según las últimas estadísticas del año 2010, en la región de Valparaíso el total de nacidos vivos de madres adolescentes fue de 3.661, situando a la región como la tercera región con mayor número de madres adolescentes en ese año.¹⁰

⁸ Borgoño, R., Bustamante, F., León, P. y Minassian, M. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Universidad de Chile. 2008; 5 (1): 42 – 51.

⁹ Castro R, González M, López C. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Chile: Trama Impresores S.A.; 2008. p. 316.

¹⁰ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Situación Actual Del Embarazo Adolescente en Chile. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2013. p. 9 - 20.

Adolescencia

Dentro de la sociedad, la definición de la adolescencia se basa en la edad de la persona. Encontrar una definición adecuada para describir las características de esta etapa se hace difícil debido a los múltiples enfoques que se pueden asignar. La población de adolescentes presenta características biopsicosociales propias, muy diferentes a la población infantil o adulta, lo que es de vital importancia cuando se considera cómo debiera ser el adecuado análisis de esta etapa. Los jóvenes suelen manifestar diferentes actitudes y perfiles, los cuales con el tiempo van creando distintos matices. Esto mismo va generando variadas descripciones de la etapa.

La adolescencia como etapa del desarrollo es concebida como un periodo particular del ciclo de vida, con una edad establecida de comienzo y de término. De este modo, se le ubica después de la infancia o niñez y antes de la juventud. Al interior de ella, se hacen distinciones entre etapas como la adolescencia temprana, media y tardía.

Es un periodo como ningún otro de la vida, para invertir en el desarrollo personal, para cimentar “quién ser”, “dónde quiero llegar”, “qué hacer” y “con quién hacerlo”. Representa una etapa con enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludable, cuyo beneficio puede proyectarse a lo largo de la vida. La adolescencia es una etapa del ciclo vital, que corresponde a tiempos de descubrimiento y desarrollo donde se construyen y eligen modelos de vida, aprenden a ejercer sus derechos y a asumir y compartir sus responsabilidades. Es una etapa para favorecer la toma de decisiones de manera libre e informada sobre diversos aspectos relacionados con el proyecto vida, como su vida familiar, su entorno social, la relación con sus pares, la expresión de la sexualidad en sus distintas dimensiones, el autocuidado de la salud física y

emocional, entre otras. Todas las experiencias que se vivan durante la adolescencia repercutirán en el comportamiento de la vida adulta.¹¹

Si bien la variabilidad sociocultural es tan amplia que resulta difícil consensuar las características distintivas a esta etapa, existe un consenso en cuanto a algunos elementos centrales de este periodo: la definición de la identidad, de la identidad de género y de la sexualidad.¹²

Etapas de la adolescencia

Según la Real Academia Española (RAE), el término adolescencia deriva del latín “adolescens”, que significa hombre joven, siendo el participio activo de “adolescere” que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez.

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como al periodo comprendido entre los 10 y 19 años, el cual se divide en 3 etapas: adolescencia temprana, media y tardía. La adolescencia temprana corresponde al rango entre 10 y 13 años, la adolescencia media entre los 14 y 16 años, y finalmente la adolescencia tardía entre los 17 y 19 años.

Aspectos psicológicos de la etapa adolescente

Existe una gran variabilidad en cuanto a características tanto psicológicas como emocionales dentro de las etapas de la adolescencia manifestándose de manera individual en cada uno. Dentro de la adolescencia aparecerán diferentes aspectos que definen a la persona como tal y se darán también indicios acerca de cómo esta misma, se desenvolverá en la vida adulta.

Algunas de las principales características psicológicas e intelectuales de los adolescentes, como la presencia de una autoimagen inestable, impulsividad,

¹¹ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2011. p. 11.

¹² Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Chile: Universidad de Chile; 2006. p. 16.

fluctuación en el estado de ánimo, espíritu de oposición, sentimientos de soledad, omnipotencia y egocentrismo, se relacionan con una vulnerabilidad respecto a la sexualidad, principalmente con el inicio precoz de la actividad sexual no protegida, precursora del embarazo adolescente.¹³

Dentro de la adolescencia temprana, la impulsividad, el frecuente cambio de humor y de conductas, es frecuente y común, así como también la labilidad emocional, lo que puede impactar de manera considerable en el rendimiento escolar. También es frecuente que durante esta edad comience el interés por el desarrollo psicosexual, en donde surgen interrogantes acerca el cuerpo humano y la misma reproducción. Durante la adolescencia media, aparece la reflexión, el aislamiento, dudas acerca de la orientación sexual tanto en el hombre como en la mujer, hipersensibilidad, extravagancia y preocupación por la religión. En la adolescencia tardía, aparece la extroversión, el altruismo, hay logro muchas veces de la independencia, aumenta la capacidad de intimar con la pareja y se logra una imagen realista de sí mismo. También hay una consolidación del proceso de la identidad personal, social, sexual y vocacional, hay una elaboración de los valores propios que pueden tener o no influencia de otras personas, y habría una mayor capacidad de compromiso personal.¹⁴

Aspectos sociales de la etapa adolescente

El entorno social del adolescente cada vez comienza a ser más amplio, ligado a aspectos psicológicos y emocionales de igual forma, lo que influirá en cómo será capaz de desenvolverse frente a los demás. Junto con esto, todo lo que ocurra en la vida del adolescente influirá en su comportamiento con la sociedad.

Durante la infancia, se comienzan a desarrollar las primeras interacciones que servirán como prototipo para las relaciones a futuro. Las mismas experiencias que

¹³Molina R. Características de la adolescencia normal. ed. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago. Editorial Mediterráneo, 2003; 16-23.

¹⁴ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2011.

vaya adquiriendo, servirán para que se comiencen a formar los propios pensamientos, prejuicios y visiones de las cosas. Hay una alta probabilidad de que si el individuo tuvo problemas para interactuar con los demás en una edad temprana, la inserción social se vea afectada en la adolescencia.

La psicóloga y terapeuta familiar María Elena Gumucio, respecto al desarrollo psicosocial del adolescente afirma que “uno de los cambios más significativos que supone esta etapa, es el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social. Se espera del adolescente una inserción autónoma en el medio social y que alcance el estatus primario: asumir una independencia que lo exprese personalmente y dirigirse hacia roles y metas que tengan consonancia con sus habilidades y que estén de acuerdo con las probabilidades ambientales. Él procura que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones, las que confronta frecuentemente con su grupo de pares o compañeros de edad similar”.

Durante la adolescencia temprana, las relaciones se hacen cada vez más intensas con amigos del mismo sexo, sin embargo el interés en actividades familiares o con los padres va disminuyendo, y esto a la vez puede ocasionar que las relaciones interpersonales en el núcleo familiar comiencen a dificultarse. También se puede observar obstinación y rebeldía contra las figuras de autoridad y ambivalencia afectiva hacia los padres. En la adolescencia media, los jóvenes comienzan a darle mayor importancia a las amistades íntimas y a sus pares. Existe conformidad con los valores grupales y comienzan las primeras relaciones de pareja; hay un aumento de exploración sexual, puede haber una continuidad de los conflictos con los padres y un consecuente distanciamiento afectivo con la familia, iniciándose un proceso de separación e individualización. Durante la adolescencia tardía, disminuye la influencia del grupo de pares que existía en años anteriores, hay una mayor estabilidad y dedicación a las relaciones íntimas de pareja, como una reaceptación de los consejos y valores parentales. Es necesario señalar que los

aspectos sociales en la adolescencia influirán fuertemente en lo que es la calidad de vida del adolescente y en la adquisición de ciertos hábitos que muchas veces ponen en riesgo su salud, lo que se puede observar en cualquier etapa.

Aspectos biológicos de la etapa adolescente

Cuando se habla de adolescencia, es evidente que no se pueden dejar fuera la gran cantidad de cambios físicos que ocurren durante esta etapa, los que se viven de forma individual y personal.

Durante la adolescencia temprana se suele experimentar un acelerado crecimiento corporal, lo que suele causar disarmonía física y descoordinación motora en los adolescentes. En las mujeres suele aparecer la menarquia y los caracteres secundarios como crecimiento de vello púbico y axilar, aumento de volumen de las mamas y aumento de diámetro de caderas. Luego en la adolescencia media hay una mayor aceptación de esta nueva imagen corporal, restableciéndose la armonía física y la coordinación motora. Existe una creciente preocupación por la imagen propia, por lograr ser físicamente más atractivo o atractiva. En los varones suele aparecer la espermaquia, comienza un aumento del vello corporal, crecimiento del tamaño del pene, se presentan cambios en la voz y aumenta la masa corporal, todo esto ocurriendo simultáneamente con los cambios psicológicos y emocionales nombrados anteriormente. Por último, en la etapa de la adolescencia tardía, se completa este desarrollo puberal y como consecuencia existe una aceptación de los cambios sufridos y de la nueva imagen corporal. Todo esto causa un fuerte impacto en la vida de la adolescente, quien experimenta por primera vez un cambio tan marcado en su cuerpo lo que genera interrogantes que pueden ser o no manifestadas hacia sus pares, inseguridad por la apariencia física, llevando al pudor y a la necesidad de privacidad.¹⁵

¹⁵ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2011. p. 10 – 11.

Sexualidad en la adolescencia

Según la OMS la sexualidad se define como “una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales”¹⁶. En general, se suele definir como la forma en que cada uno vive, se expresa, siente y actúa, tanto como hombre o mujer; incluyendo su aspecto físico y desarrollo. Es lo que constituye a cada uno y estaría implicado en todo lo que se hace persona a persona. Así es como este proceso se vive durante toda la vida de la persona, iniciándose en el útero materno.

Lo importante de este concepto durante la adolescencia, es el comenzar a ser conscientes de sí mismos como un ser sexuado, consolidando una identidad y un rol como hombre o mujer que lleve a la construcción de relaciones afectivas, íntimas y sociales. Es una etapa que generalmente suele ser muy confusa por lo que se suele necesitar mucha comprensión y apoyo.¹⁷

Se dice que el inicio del desarrollo se caracteriza por una fase de aislamiento dada tanto por cambios físicos como los emocionales. Esto sería seguido por una fase de orientación hacia la sexualidad, en donde se tienden a establecer relaciones con personas del mismo sexo y adquiere un papel fundamental el amigo íntimo. En la tercera etapa habría una apertura hacia la heterosexualidad, caracterizada por relaciones amorosas intensas y presencia de fantasías eróticas. Por último, se

¹⁶Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. Promoción salud sexual: Recomendaciones para la acción. Guatemala; 2000. p.6.

¹⁷Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Orientaciones para la intervención en sexualidad. Chile: SENDA; 2009. p. 54 – 61.

logra la consolidación de la identidad sexual, lo que se manifiesta en relaciones con un objeto sexual y amoroso, más estable y duradera.¹⁸

Educación sexual en la adolescencia

La educación sexual consiste en la enseñanza que permite el correcto desarrollo de las capacidades sexuales, permitiendo el establecimiento de relaciones interpersonales benéficas. Se tiende a pensar en que se tratan de sesiones donde se proporciona información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, uso de anticonceptivos y ejercicios de sexo seguro, aunque abarca mucho más que eso.¹⁹

El tema y preocupación por la educación sexual se instala en Latinoamérica desde mediados del siglo veinte, cobrando fuerza a finales de los años sesenta a través de la denominada “Educación en Población en la región”; la UNESCO la define como “un enfoque educativo tendiente a lograr que las personas tomen conciencia de la incidencia del comportamiento de las variables demográficas en los procesos de desarrollo”.²⁰ Actualmente, la educación sexual, sigue una perspectiva educativa y pedagógica pretendiendo incrementar procesos de aprendizajes con el conjunto desarrollo de temas tales como: comunicación, habilidades sociales, dilemas morales, conocimiento de sí mismo, autoestima, paternidad responsable, prevención de ITS, entre otros.²¹ Incluso, visiones más recientes consideran la necesidad de dialogar también sobre temáticas tales como el amor, el erotismo y la sexualidad.

¹⁸ Fariña, L. Sexualidad, cultura y adolescencia. Uruguay: Organización Panamericana de la Salud; 1990. p. 36

¹⁹ Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Orientaciones para la intervención en sexualidad. Chile: SENDA; 2009. p. 111.

²⁰ Falconier M. Boletín 43: Proyecto Principal de educación en América Latina y el Caribe, UNESCO. Santiago: OREALC; 1997. p. 5.

²¹ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Gestación adolescente y recursos disponibles. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2006. p. 22.

En cuanto a la educación sexual, es importante entender que si se acepta que la sexualidad es algo que nos constituye como seres humanos, entonces es necesario aceptar que la educación sexual es fundamental y básica para el desarrollo de una niña o un niño. Lo que hay que tener en claro, es que dependiendo de la etapa que viva el niño, será el enfoque de la educación.²² Durante la adolescencia se debe hablar sobre el ámbito sexual con un lenguaje claro y específico, sin desligarlo de la educación del desarrollo emocional y afectivo. Lo importante es que ésta sea centrada en las necesidades y requerimientos del adolescente, respetando y aceptando lo que él cree u opina.²³

Otra parte importante es indicar que el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) recomienda que las jóvenes adolescentes realicen su primera visita al profesional de salud entre los 13 y 15 años debido a que los padres muchas veces son incapaces de hablar del tema. Se recomienda que los padres sean los educadores principales en temas de sexualidad. Sin embargo, se ha demostrado sólo unos pocos padres discuten con sus hijos sobre este tema y cuando se hace suele parecer un monólogo. No se comparten experiencias, sino más bien el adulto intenta un discurso sobrecargado de planteamientos respecto a lo que se debe hacer. Por lo que esta primera visita en estos casos se hace imprescindible. El objetivo principal de esta primera visita es resolver interrogantes e interiorizarse con una educación sexual de forma objetiva, así también permite desarrollar una relación de mayor cercanía entre ambos, incrementando la confianza y favoreciendo así la comunicación. También existen opiniones que recomiendan que esta visita se realice tras la primera menstruación o previa a la primera relación sexual. Sin embargo, todos coinciden en que la consulta debe adelantarse si la adolescente presenta alteraciones de sus flujos menstruales, flujos genitales anormales, dolor pelviano o abdominal e infecciones urinarias.

²² Hernández G., Jaramillo C, Ministerio de educación, cultura y deporte. La educación sexual de la primera infancia. España: Neturity; 2003. p. 36

²³ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2011. p. 22.

Derechos sexuales

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad, inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Si bien existe una creciente preocupación mundial por las poblaciones de adolescentes en materia de la protección de sus derechos, aun existen obstáculos para reconocerlos como sujetos plenos de derechos, en especial respecto a la sexualidad. La falta de este reconocimiento se traduce en situaciones que son evitables: embarazos no deseados, violencia sexual, abortos, infecciones de transmisión sexual, entre otros. El acceso por parte de la población de jóvenes a información y servicios de salud sexual y reproductiva constituye un derecho humano básico ratificado por un gran número de estados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIDP), realizada en El Cairo, Egipto durante el año 1994. Éste se basa en el reconocimiento de los derechos reproductivos como derecho básico de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo de estos, y a alcanzar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva.²⁴

Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

- 1. El derecho a la libertad sexual**, abarcando la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Esto excluye toda forma de explotación y abuso sexual en cualquier tiempo y situación de la vida.

²⁴ Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Gestación adolescente y recursos disponibles. Chile: SENDA; 2006. p. 24.

2. **El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo**, incluye la capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. Se incluye la capacidad de control y disfrute del cuerpo, libre de tortura, mutilación y violencia.
3. **El derecho a la privacidad sexual**, involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad.
4. **El derecho a la equidad sexual**, esto se refiere a la oposición de todas las formas de discriminación.
5. **El derecho al placer sexual**, incluyendo el autoerotismo, como fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. **El derecho a la expresión sexual emocional**, expresando la sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. **El derecho a la libre asociación sexual**, asociado a la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse, etc.
8. **El derecho a la toma de decisiones reproductivas**, libres y responsables, decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre ellos, y el derecho al acceso de métodos de regulación de la fecundidad.
9. **El derecho a información basada en el conocimiento científico**, lo que implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica.
10. **El derecho a la educación sexual integral**, desde el nacimiento y durante toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. **El derecho a la atención de la salud sexual** para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.²⁵

²⁵ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. Promoción salud sexual: Recomendaciones para la acción. Guatemala; 2000. p. 37 – 38.

Anticoncepción en la adolescencia

La anticoncepción en la adolescencia se define como las alternativas existentes y disponibles ofrecidas a los jóvenes de 19 años o menos, sin distinción entre hombre o mujer, que presenten vida sexual activa, esporádica o que se encuentran en riesgo de iniciarla. Se inicia de manera espontánea ante solicitud o ante la consejería previa de un profesional de la salud, enfocada en la prevención del embarazo adolescente y las diferentes infecciones de transmisión sexual. Hay muchos factores que influyen en el inicio de la anticoncepción, tales como el entorno psicosocial, la fase del desarrollo de la adolescencia en que se encuentre y también factores de índole biopsicosocial, por lo que al momento de indicar un método anticonceptivo, se deben tener en consideración estos factores y los antecedentes que puedan existir, ambos fundamentales para la elección y aceptación del adolescente del método anticonceptivo.²⁶

En Chile, no hay una normativa específica en cuanto a la regulación de la fertilidad para adolescentes debido a que no hay un método anticonceptivo que sea exclusivo para este grupo. Sin embargo, la política pública los incluye en el Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, lo que obliga a una revisión frecuente de este programa con el fin de poder abarcar de una mejor manera esta población en riesgo.

Según datos del MINSAL, a diciembre del 2012, la población bajo control con regulación de fecundidad alcanzaba 1.339.444 de personas entre 0 y 54 años, de las cuales el 1% corresponde a adolescentes entre 10 y 14 años, y un 12,9% a adolescentes entre 15 y 19 años. Con el paso de los años estas cifras han ido en ascenso lo que aporta datos suficientes en cuanto a que una mayor población de adolescentes ha decidido optar por algún método anticonceptivo. En ambos grupos etarios, de 10 a 14 años y 15 a 19 años, el método más utilizado es el oral combinado con cifras de 42,1% y 43,9% , seguido de inyectable combinado con

²⁶ Montero, A. Anticoncepción en la adolescencia. Rev. Med. Clin. Condes. 2011; 22: 59-67.

19,8% y 20,1% e implante con 7,8% y 8,7%, cada uno respectivamente. Por otra parte, el uso de preservativo por parte de adolescentes varones entre 15 y 19 años representa el 37,9%.²⁷

Gestación Adolescente

Gestación

La palabra gestación se refiere al proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento. La gestación o embarazo tiene una duración de 280 días aproximadamente, 40 semanas, 10 meses lunares o nueve meses y un tercio calendario.

La definición de embarazo planificado se basa en la programación de una gestación, como una meta buscada conscientemente y donde generalmente hay visitas previas a la concepción al profesional de la salud. La gestación no deseada es aquella que se produce por relaciones sexuales que carecen de información o de acceso a métodos anticonceptivos, o por relaciones sexuales no consentidas, por tanto, no planificadas. Una gestación deseada correspondería a aquella que es conscientemente buscada, atendiendo a una decisión informada por parte de la pareja, o que no siendo conscientemente buscada, forma parte de las probables consecuencias se conocen como resultado legítimo de la actividad sexual, donde la pareja cuenta con una amplia información sobre los temas de sexualidad y anticoncepción, así como de las consecuencias sociales, psicológicas, culturales y económicas de la gestación y la maternidad. El énfasis está puesto en el deseo de la gestación antes de que ocurra, porque la calificación de deseada o no depende del momento en que ocurre la evaluación, por lo que, aunque que no se desee una gestación previamente, se puede definir como deseada toda vez que, descubierto ese embarazo no buscado, la pareja desea el nacimiento de su futuro

²⁷ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2013. p. 2 – 6.

hijo.²⁸ Por último, el concepto de embarazo aceptado se basa en una gestación que sin ser planificada o deseada, se acepta y se asumen las responsabilidades y lazos con el futuro hijo.

Según datos recopilados por la INJUV en el año 2009, un tercio de la población adolescente ha manifestado tener una gestación no planificada, lo que se ve aumentado a medida que incrementa la edad y disminuye el nivel socioeconómico. Al analizar en los mismos datos la edad en la que se produce la gestación no deseada se observa que un 3,2% pertenece al tramo de 12-14 años y un 57,2% pertenece al tramo 15-19 años.

Las gestaciones no planificadas pueden tener consecuencias para la salud de las madres tales como abortos riesgosos, matrimonios forzados y/o tempranos, menor escolaridad, menores ingresos futuros. Además las mujeres adolescentes con embarazos no planificados ni deseados, tienden a buscar control prenatal tardíamente o a no buscarlo, lo que aumenta el riesgo de tener complicaciones con el embarazo.

El aborto en las adolescentes

El aborto terapéutico en Chile fue permitido por el Código Sanitario entre 1931 a 1989, en este período toda mujer cuya vida estuviera en peligro podía solicitar un aborto si se contaba con la aprobación de dos médicos. En 1989, a fines de la dictadura militar, se eliminó la excepción del aborto terapéutico penalizando esta práctica y poniendo en riesgo a las mujeres. Por este motivo, la obtención de las tasas de aborto es sólo estimativa. No obstante, se cree que existen entre 40.000 a 150.000 abortos en mujeres en edad fértil al año de los cuales un tercio sería

²⁸ Palma I. Salud y derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma de salud en Chile. Chile: Universidad de Chile; 2001. p. 5.

provocado. Entre las personas jóvenes que declararon haber tenido un embarazo no planificado, el 6,7% señala haber experimentado un aborto.²⁹

Actualmente, las leyes contra el aborto se encuentran en el Código Penal, en los artículos 342 A y 245, bajo el título de “Crímenes y Delitos contra el Orden Familiar y la Moralidad Pública”.

Definición de maternidad y paternidad adolescente

En nuestra sociedad cada día se lucha más por la equidad de género en un sinnúmero de actividades, pero en cuanto a la gestación se trata, aún existe mucha inequidad que se observan mayormente en la población socioeconómica más baja, con menos escolaridad, y en la población indígena.

Como se ha planteado las construcciones sociales de género se relacionan estrechamente con las construcciones sociales de la sexualidad y la reproducción, y las desigualdades asociadas. Algunos señalan que a menudo se pasa por alto que ante una gestación adolescente, hay no solo una madre sino un padre adolescente o adulto joven que con frecuencia elude su corresponsabilidad.³⁰

La fecundidad ha sido considerada tradicionalmente por las políticas como un asunto del binomio madre–hijo/a, siendo invisibilizada la participación de los hombres. La OMS ha hecho notar la falta de investigaciones sobre la aproximación de los varones adolescentes a la paternidad, sus conductas y significados acerca de ella.

La maternidad y paternidad entre adolescentes es un fenómeno que adquiere relevancia por su tendencia al alza en un contexto social que indica una constante baja en las tasas globales de fecundidad, lo que incrementa aun más las tasas de hijos nacidos vivos de madres menores de 20 años.

²⁹ Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Chile: Grafica Puerto Madero; 2010. p. 277.

³⁰ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Chile: Universidad de Chile; 2006. p. 25.

La adolescente embarazada se ve enfrentada a un cambio biográfico drástico: pasa de niña-hija dependiente, a madre con obligaciones (igualmente dependiente) sin tener espacio ni tiempo para crecer como persona y madurar. La obligación de asumir un rol materno sin haber completado las etapas propias de la adolescencia conlleva una situación de constante tensión y conflicto.³¹

Además, diversos estudios han demostrado que la deserción del sistema escolar producida frente a la maternidad y una inserción precaria en el mercado laboral, se asocian a la transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente, lo que genera condiciones para que los adolescentes y sus hijos conformen un tipo de hogar especialmente vulnerable desde el punto de vista económico y social.³²

Para los hombres la gestación adolescente aparece como un escenario donde la adolescencia se pone en juego y se produce un fenómeno de aceleración de tareas y desafíos, tales como trabajar, madurar, proveer, entre otras, las cuales muchas veces son obligaciones impuestas por sus familias. La sociedad en sí considera que el buen padre es aquel que cumple con el modelo llamado hegemónico, es decir que es responsable en lo económico, que trabaja remuneradamente, que provee. En efecto, la principal expectativa sobre los progenitores cuando ha ocurrido la gestación adolescente es que cumplan con su rol de proveedor. Es esta función la que lo convierte en un buen o mal padre, siendo menos importante su desempeño en otras áreas o dimensiones. Es importante destacar que un gran número de progenitores no asume su rol paterno,

³¹ Muñoz B., Berger C., Aracena M. Una perspectiva integradora del embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. Rev. Psicología de la Universidad de Chile. 2001; 10(1): 24.

³² Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Chile: Universidad de Chile; 2006. p. 47.

manteniendo su falta de apoyo y rechazo hasta el nacimiento, situación que determina el ambiente familiar al que se expone al recién nacido.³³

La dimensión de proveedor económicamente se convierte entonces en eje de la conformación de la masculinidad–paternidad. Los embarazos de adolescentes se presentan cualquiera sea la condición de pobreza o no pobreza de los jóvenes. Pero claramente es mayor la proporción en condición de indigencia y pobreza, que en ausencia de ellas. Las mujeres embarazadas o que están amamantando en condición de indigente duplican, en términos relativos, a las no embarazadas (11% y 5% respectivamente, según la encuesta CASEN del año 2009). Esta situación revela que las mujeres indigentes y pobres tienen menos recursos para gestionar una anticoncepción que sus pares no pobres. En general, las condiciones de vida y nivel de pobreza, están asociados a la retención y rendimiento escolar. A mayor pobreza menor retención y menores logros académicos; así lo indican las encuestas CASEN y las pruebas SIMCE. Son fenómenos que se dan preferentemente en grupos con carencias mayores y vulnerabilidades originadas por su género y en sus condiciones y calidad de vida.³⁴

Factores de riesgo de la gestación adolescente

Los factores de riesgo son características o exposiciones de un individuo que podrían aumentar la probabilidad de sufrir un daño.

De acuerdo a la literatura, los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social.

En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son: menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones

³³ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Chile: Universidad de Chile; 2006. p. 22.

³⁴ Olavarría J. Sexualidad adolescente: embarazos: maternidad, paternidad. La larga espera para un abordaje en serio. Chile. 2013. p. 64.

educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas y amistades permisivas en conducta sexual.³⁵ También se incluyen bajo nivel socioeconómico, inicio precoz de relaciones sexuales, mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente o soltera, bajo nivel educativo, falta o distorsión de la información, y ausencia de un proyecto de vida propio.

Dentro de la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas.

En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.

Además, el embarazo en la adolescencia estaría relacionado con el bajo uso de métodos anticonceptivos en esta etapa, con la ausencia o débil educación sexual.

De igual forma, es muy importante mencionar que la adolescencia actúa sobre el embarazo como un factor de riesgo que mantendrá su acción potencial a lo largo de toda la gestación, el parto y el puerperio. En los hijos de madre adolescente se puede encontrar: mayor incidencia de bajo peso al nacer; mayor prematuridad, aumento de la morbi-mortalidad perinatal, menor duración de la lactancia materna, y en los primeros años de vida, negligencia en los cuidados de su salud, cumplimiento deficitario del calendario de vacunas, desnutrición, mayor cantidad de abuso físico y accidentes traumáticos, síndrome de muerte súbita, infecciones agudas y posibilidad de envenenamiento e intoxicación. Según la OPS, las enfermedades infecciosas (IRA, diarreas, parasitosis) y la desnutrición

³⁵ Baeza B., Póo A., Vásquez O., Muñoz S., Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo adolescente de la novena región. Rev. chil. obstet. ginecol. 2007; 72(2): 76-81.

representan el 40-70% de las hospitalizaciones y entre el 60-80% de las consultas en los niños menores de 5 años. Del mismo modo, en los países de América Latina casi 357.000 niños menores de 5 años mueren cada año debido a enfermedades que podrían ser evitadas o tratadas fácilmente.³⁶

Por otra parte, la pobreza es un factor importantísimo, ya que por lo general se presenta como antecedente o condicionante de otros factores de riesgo. Así, la pobreza se asocia al bajo nivel educacional, a la falta de información sobre sexualidad y ausencia de proyecto de vida autónomo limitando las posibilidades a las que se accede (como estudios superiores).

La escasez de servicios de agua potable, alcantarillado, falta de luz eléctrica y de otros servicios, se ha asociado a un fuerte incremento de problemas sociales asociados a drogadicción, alcoholismo, pandillas, etc. Estas situaciones se suelen presentar en sectores marginados donde la estructura social suele ser muy endeble, asociado a una estructura familiar poco estable. Muchas adolescentes crecen en estos ambientes en los que, además, reciben poca atención y poco afecto, dada la urgencia de atender los problemas cotidianos para sobrevivir. Las malas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo en adolescentes como del inicio precoz de las relaciones sexuales.

Todos estos factores de riesgo van de la mano claramente con la falta de redes sociales, lo que va en desmedro de la gestación y de la adolescente en cuestión.

Patologías asociadas a la gestación adolescente

Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas

³⁶ Allocca R., Méndez D., Ng Y., Parra L., Peña J., Rísquez A. Embarazo adolescente como factor de riesgo en la salud infantil. Venezuela. 2007; 14(1): 43 – 48.

muy jóvenes. De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente y se pueden desarrollar:³⁷

- Abortos
- Anemia
- Infecciones urinarias
- Bacteriuria asintomática
- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia – Eclampsia
- Malnutrición materna
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membrana
- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia.

Tabla 70. Comparación de complicaciones somáticas en embarazo de la adolescente y de adulta.³⁸

³⁷ Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., Tisiana L. Embarazo adolescente como factor de riesgo en la salud infantil. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina; 2006. 153. p. 13 – 17.

³⁸ León P., Minassian M., Borgoño R., Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev. Pediatría. 2008; 5(1).

	Gestación adolescente	Gestación adulta
Anemia	49,36%	43,67%
Infección tracto urinario	13,29% - 23,2%	6,96%
Retardo del crecimiento uterino	12,02%	5,69%
Parto prematuro	8,3% - 8,86%	2,8% - 4,43%
Recién nacido de bajo peso	6,32% - 6,9%	3,16% - 10,1%
Complicaciones en el parto (hemorragias, desgarros cervicales)	10,75% - 15,7%	5,69% - 5,7%
Parto instrumental	4,9% - 8,22%	2,1% - 10,12%

Factores protectores en la gestación adolescente

Se definen como factores protectores aquellos que se asocian a la reducción de una conducta de riesgo y actúan contrarrestando los factores de riesgo a los que un individuo se encuentra expuesto.³⁹

También se pueden identificar factores en principalmente tres tipos de dimensiones: individual, familiar y social. Como factores individuales se deben rescatar en los adolescentes la capacidad reflexiva y el proyecto de vida, ambas relacionadas entre sí y que se verían expresadas en una continuidad educacional, de este modo conseguir a futuro una independencia económica estable.

En el ámbito familiar se destaca el apego y vínculo familiar, asociado a una comunicación óptima y a la confianza que percibe la gestante dentro de su núcleo. La familia probablemente sea el factor más importante de desarrollo y salud de los adolescentes. La gestación puede ser experimentada por los padres de los adolescentes como una traición a los planes familiares, considerándose un factor de riesgo, no obstante, posterior a esa reacción muchas veces suele producirse un cambio hacia la aceptación e involucramiento en la gestación, interpretándose

³⁹ Gobierno de Chile, *Servicio Nacional* para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de *Drogas y Alcohol* (SENDA) [homepage en internet]. Factores Protectores y de Riesgo. Disponible en <http://www.senda.gob.cl/prevencion/familiar/factores-protectores/>

como un factor protector. Las normas y límites establecidos por la familia también se consideran factores protectores.⁴⁰

Como factor social se encuentran todos los grupos de apoyo donde la gestante pueda estar inserta y que reporten algún beneficio para ella, ya sea de apoyo emocional, contención de emociones e información de comportamientos de riesgo. Con esto nos podemos referir a centros de jóvenes, sedes religiosas, grupos de apoyo, centros de salud y establecimientos educacionales.

Hábitos nocivos para la salud y su impacto en la gestación

Se consideran hábitos las conductas y prácticas que se adquieren por repetición de un acto, existen en nuestra sociedad prácticas que se han vuelto perjudiciales para la salud, provocando daños tanto a corto como a largo plazo.

Se dividen entre las que representan un riesgo por prácticas contra la salud y las que producen daño por alguna sustancia tóxica. Entre las prácticas de riesgo se encuentran: sedentarismo, mala alimentación y sexualidad irresponsable. Las dos primeras pueden convertirse en precursoras de patologías cardiovasculares, hormonales y metabólicas, que durante la gestación se pueden reflejar en síndrome hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, cardiopatías, enfermedades digestivas, cesáreas y también complicaciones en el recién nacido como macrosomías. En relación a la sexualidad, no utilizar métodos de barrera puede ser causal de contraer infecciones de transmisión sexual que presentan un riesgo para la gestación dando como resultado abortos, muertes fetales, parto prematuro y complicaciones en el recién nacido.

Entre los hábitos tóxicos, existe una prevalencia de agentes: alcohol y tabaco.

⁴⁰ Baeza B, Poo A, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Revista Chilena Obstétrica Ginecológica. 2007; 72 (2):3 – 4.

El alcohol causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. En el caso de las gestantes es reconocido que ocasiona efectos adversos sobre el feto, relacionándose con un patrón característico de anormalidades denominado Síndrome de alcoholismo fetal, presentando anomalías intrauterinas y postnatales. En el caso del tabaco también a pesar de ser conocidos sus efectos perjudiciales no ha presentado una disminución en la prevalencia de su consumo. La madre fumadora aumenta el riesgo de aborto, riesgo del recién nacido de presentar bajo peso e incrementa la mortalidad perinatal. La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en edad fértil de la mujer, pero pese a la prevalencia de su uso, aún existe una controversia sobre sus efectos sobre el feto y la gestación, tanto en relación al crecimiento fetal, bajo peso al nacer y prematuridad. Otro tipo de drogas más fuertes, se relacionan con patologías más complejas en los recién nacidos, así también con síndromes de abstinencia asociados a una adicción neonatal a las drogas.

Sistema Educativo y de Salud

Características generales del Sistema Educativo en Chile

El sistema educativo en Chile se caracteriza por tener una organización descentralizada, lo que significa que está administrado por instituciones del estado autónomas, municipales, particulares y fundaciones, las cuales asumen ante el Estado la responsabilidad de dar educación y mantener un establecimiento educativo.

Está constituido por cuatro niveles educativos: nivel preescolar, nivel básico, nivel medio y nivel de educación superior. Lo anterior, está reconocido en la Constitución Política del Estado, la cual además asegura a todas las personas el derecho a la educación desde el nivel parvulario y entrega a las madres y padres de familia el derecho preferente y el deber de educar a sus hijos e hijas, obligando al Estado a otorgar especial protección para el ejercicio de ese derecho y a

financiar un sistema gratuito de educación básica, fomentando el desarrollo de la educación en todos sus niveles. Las decisiones de política o adopción de normas, están en manos del Presidente de la República para lo cual el Ministerio de Educación, es su secretaría.

Las principales fuentes de financiamiento para los distintos niveles educacionales son:

- El aporte fiscal, (destinado a Escuelas Básicas y Jardines Infantiles que imparten educación gratuitamente).
- El financiamiento compartido, es decir, una combinación de aportes fiscales, municipales, privados y de las familias de los estudiantes, que asisten a Escuelas, Liceos Municipales y Universidades con aporte fiscal.
- El financiamiento privado, que es aportado por fundaciones, empresas privadas, padres y familias cuyos estudiantes asisten a Escuelas, Liceos y Universidades particulares.⁴¹

Características generales del Sistema de Salud en Chile

El Sistema de Salud en Chile se divide en dos grandes sectores, el sector público y el sector privado. El sector público comprende el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), donde los prestadores de salud son las redes de prestadores públicos, y las Fuerzas Armadas (FFAA), con sus Hospitales institucionales. Por otro lado, el sector privado comprende las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), donde los prestadores son las clínicas y centros médicos privados, y las Mutuales, que tiene sus prestadores propios. Cabe destacar que usuarios pertenecientes a Fonasa pueden optar por una atención en centros privados y usuarios pertenecientes a Isapres pueden optar por una atención en prestadores públicos.

Fonasa divide a sus asegurados en cuatro grupos según sus ingresos:

⁴¹ Gobierno de Chile, Ministerio de Educación (MINEDUC) [homepage en internet] El Sistema Educativo Chileno. Disponible en http://www.mineduc.cl/index2.php?id_seccion=3042&id_portal=16&id_contenido=12126

- Grupo A: Carentes de recursos o indigentes. Atención Gratuita en modalidad de atención institucional (MAI), sin acceso a modalidad de libre elección (MLE).
- Grupo B: Cotizantes con ingresos inferiores a \$182.000. Atención gratuita en MAI.
- Grupo C: Cotizantes con Ingresos entre \$ 265.720 y \$182.000, con más de 3 cargas pasan al grupo B. Pagan 10% de copago en MAI.
- Cotizantes con Ingresos superiores a \$251.120, con más de 3 cargas pasan a grupo C. Pagan 20% de copago en MAI.

En la Salud Privada, existen más de 12.000 planes comercializados por 13 Isapres, y según el plan depende lo que el usuario debe pagar mensualmente.

Existe también el Plan garantizado de salud GES/AUGE, el cual corresponde a un modelo garantizado de salud, que otorga garantía de oportunidad, acceso, calidad y protección financiera. GES corresponde a Garantías Explícitas de Salud, lo que significa que están escritas y son exigibles por todos los afiliados con diagnósticos garantizados. El acceso es universal, ya que beneficia a toda la población afiliada a Fonasa e Isapres. En el año 2009, del 100% de la población Chilena, un 82% estaba afiliado a Fonasa y un 18% a Isapres ⁴².

Adhesión al Sistema Educacional de la gestante adolescente en Chile

La gestación y maternidad adolescente es una preocupación a nivel mundial y una problemática de salud pública, debido a los riesgos de salud y a los niveles de pobreza que están asociados. Actualmente las cifras de gestantes adolescentes han ido aumentando y no se ha logrado obtener avances significativos, pese a los esfuerzos gubernamentales por abordar el tema y diseñar políticas sociales que favorezcan especialmente a los sectores más vulnerables que denotan esta condición. De acuerdo a análisis realizados por MIDEPLAN, las principales

⁴² Romero L. Modelos y Mecanismos de financiamiento en Sistemas de Salud. Gobierno de Chile: Superintendencia de Salud. 2011. p.16 – 21.

razones que esgrimen los adolescentes y jóvenes de entre 14 y 24 años de edad, para dejar los estudios son principalmente: trabajo, maternidad, paternidad o embarazo, dificultad económica, no le interesa, ayuda en la casa o quehaceres del hogar y problemas de rendimiento. Sin embargo, la importancia relativa de estas razones cambia por grupos de edad, aumentando la maternidad, paternidad o embarazo en los adolescentes y el trabajo en los grupos de mayor edad.⁴³

Control Prenatal de la gestante adolescente en Chile

Las gestantes adolescentes son un importante desafío para las políticas de salud, donde las adolescentes menores de 15 años enfrentan una probabilidad de muerte debida a complicaciones del embarazo y parto 4 a 8 veces mayor que la observada en gestantes adolescentes de 15 a 19 años. Las consecuencias psico-sociales de una gestación en la adolescencia, como son la deserción escolar, el mayor número de hijos, fracaso de la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida, afectan de manera distintas a mujeres y a hombres.⁴⁴ Lo anterior significa que son las gestantes adolescentes las que con mayor frecuencia interrumpen sus estudios, lo que disminuye sus oportunidades de ingresar a un mercado de trabajo más calificado, por ende ven limitada su participación en actividades propias del grupo de pares y las que asumen los costos emocionales de una maternidad no planificada o deseada. Por esto mismo es importante que reciban una atención integral en la gestación desde su inicio, dado por un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de las áreas de obstetricia, pediatría, enfermería, nutrición, psicología, odontología y trabajo social, con el fin de garantizar una atención oportuna a cada uno de los factores relacionados con las complicaciones propias del embarazo, el parto y el puerperio, así como garantizar un adecuado estado de su bienestar físico y mental.

⁴³ Gobierno de Chile. Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Embarazo adolescente y deserción escolar. 2012.

⁴⁴ Castro R, González M, López C. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. 2008. Chile: Trama Impresores S.A. p. 116 – 118.

La historia clínica exige ser completa, incluyendo factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Es necesario por lo tanto, un adecuado apoyo psicosocial a través de las familia y personas cercanas, así como de redes sociales de apoyo, al igual que el manejo oportuno de las patologías infecciosas y un adecuado soporte nutricional, y además requieren un trato especial en su control y manejo.⁴⁵

Dentro de los objetivos del cuidado prenatal detallados en el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo se encuentran:

1. Favorecer el autocuidado y la preparación para el parto, la crianza (o la entrega del hijo o hija en adopción, si ella lo decide) y la posterior adhesión a un método anticonceptivo eficaz.
2. Detectar y modificar los factores de riesgo, usando la normativa vigente, los recursos disponibles y las redes de apoyo para la referencia oportuna.
3. Promover la continuidad del desarrollo integral de la adolescente, particularmente en relación a la continuidad de sus estudios.
4. Activar red de apoyo al adolescente y su hijo/a.
5. Proporcionarle información y apoyo para el ejercicio de sus derechos: leyes de educación, filiación, adopción, pensión de alimentos, leyes laborales, de violencia sexual, de violencia intrafamiliar.

⁴⁵ Parada A., Becerra D., Villacis C. Embarazo en la adolescencia. Obstetricia integral siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 2009.

IX.3. Matriz de operacionalización de objetivos

IX.3.1. Problema de Investigación

¿Cuáles son las características y adherencia al sistema de salud - educación de las gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal entre los meses de enero a mayo del año 2013 en la comuna de Valparaíso?

IX.3.2. Objetivo general

Describir las características de las gestantes adolescentes y la adherencia al sistema de salud - educación de las gestantes ingresadas a control prenatal entre los meses de enero a mayo del año 2013 en la comuna de Valparaíso.

IX.3.3. Objetivos específicos

- Identificar las características psicosociodemográficas de las gestantes adolescentes.
- Describir las características biomédicas y hábitos nocivos de las gestantes adolescentes.
- Determinar la adhesión al sistema educacional y de salud de la gestante adolescente.

IX.3.4. Operacionalización de variables

1. Identificar las características psicosociodemográficas de las gestantes adolescentes.

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Subindicadores
Edad	Años cumplidos de la adolescente al momento del estudio		Adolescencia Temprana	1.- 10 - 13 años
			Adolescencia Media	2.- 14 - 16 años
			Adolescencia Tardía	3.- 17 - 19 años
Previsión de Salud	Sistema de salud al que pertenece la gestante	Sistema público	Fonasa	1.- Tipo A 2.- Tipo B 3.- Tipo C 4.- Tipo D
		Sistema privado	ISAPRE	
Consultorio de origen	Centro al que la adolescente asiste a los controles prenatales de su actual gestación		Placeres	
			Esperanza	
			Barón	
			Reina Isabel II	
			Placilla	
			Jean y Marie Thierry	
			Las Cañas	
			Marcelo Mena	
			Plaza Justicia	
			Cordillera	
			Quebrada Verde	
			Puertas Negras	
			Rodelillo	
Padre Damián				
Casablanca				

Actividad	Conjunto de acciones a las que se dedica actualmente la gestante		Sin Ocupación	
			Dueña de casa	1.- No 2.- Sí
			Estudiante	1.- No 2.- Sí
			Trabajadora	1.- Sin contrato laboral
2.- Con contrato laboral				
Seguridad social	Obtención de ficha de protección social en municipalidad		No obtenida	
			No recuerda	
			Obtenida	
Procedencia de domicilio	Zona geográfica en la que reside la gestante		Rural	
			Urbano	
			Urbano-marginal	
Tipo de vivienda	Características del inmueble en el que habita la gestante		Propia	
			Pagando dividendo	
			Arrendada	
			Vive en campamento	
			Cedida	
			No sabe	
Acceso a servicios básicos	Presencia de servicios básicos en el domicilio de la gestante		Agua potable	1.- No 2.- Sí
			Agua caliente	1.- No 2.- Sí
			Gas	1.- No 2.- Sí
			Electricidad	1.- No 2.- Sí
			Alcantarillado	1.- No 2.- Sí
			Telefonía móvil	1.- No 2.- Sí
			Telefonía fija	1.- No 2.- Sí
			Internet	1.- No 2.- Sí
			TV por cable	1.- No 2.- Sí

Grupo familiar	Integrantes con los que vive la gestante y parentesco con cada uno de ellos	Integrantes	Niños	1.- No 2.- Sí
			Adolescentes	1.- No 2.- Sí
			Adultos	1.- No 2.- Sí
			Adultos mayores	1.- No 2.- Sí
		Parentesco	Abuelo – abuela	1.- No 2.- Sí
			Padre	1.- No 2.- Sí
			Madre	1.- No 2.- Sí
			Hermano – hermana	1.- No 2.- Sí
			Pareja – esposo	1.- No 2.- Sí
			Hijo – hija	1.- No 2.- Sí
Otros				
Redes de apoyo	Características del apoyo económico, psicológico y emocional que recibe la adolescente durante la gestación	De su madre	No recibe apoyo	
			Económico	1.- No 2.- Sí
			Psicológico	1.- No 2.- Sí
			Emocional	1.- No 2.- Sí
		De su padre	No recibe apoyo	
			Económico	1.- No 2.- Sí
			Psicológico	1.- No 2.- Sí
			Emocional	1.- No 2.- Sí
		De su hermano-hermana	No recibe apoyo	
			Económico	1.- No 2.- Sí
			Psicológico	1.- No 2.- Sí
			Emocional	1.- No 2.- Sí
		De su abuelo – abuela	No recibe apoyo	
			Económico	1.- No 2.- Sí
			Psicológico	1.- No 2.- Sí
			Emocional	1.- No 2.- Sí
		De familia del progenitor	No recibe apoyo	
			Económico	1.- No 2.- Sí
			Psicológico	1.- No 2.- Sí
			Emocional	1.- No 2.- Sí
De progenitor	No recibe apoyo			
	Económico	1.- No 2.- Sí		
	Psicológico	1.- No 2.- Sí		
	Emocional	1.- No 2.- Sí		

Planificación de la gestación	Planeación de la gestación por parte de la adolescente, progenitor o de ambos		No planificado		
			Planificado sólo por la gestante		
			Planificado sólo por el progenitor		
			Planificado por ambos		
Deseo de la gestación	Nivel de anhelo de la gestación por parte de la adolescente, progenitor o de ambos		No deseada		
			Deseo sólo de la gestante		
			Deseo sólo del progenitor		
			Deseo de ambos		
Aceptación de la gestación	Asentimiento de la gestación por parte de la adolescente, progenitor o de ambos.		No aceptado		
			Aceptación de la gestante		
			Aceptación del progenitor		
			Aceptación de ambos		
Estado de ánimo	Sensaciones presentes en la vida de la adolescente durante la gestación	Desmotivación	1.- No 2.- Sí		
		Cansancio	1.- No 2.- Sí		
		Tristeza	1.- No 2.- Sí		
		Diagnóstico de depresión	1.- Sin diagnóstico 2.- Con diagnóstico		1.- No tratada 2.- Tratada
Consumo de drogas en la familia	Adhesión de la familia que vive en el hogar de la gestante a sustancias ilícitas		No hay consumo		
			No sabe		1.- No 2.- Sí
			Marihuana		1.- No 2.- Sí
			Pasta base		1.- No 2.- Sí
			Cocaína		1.- No 2.- Sí
			Éxtasis		1.- No 2.- Sí
			Crack		1.- No 2.- Sí
			Ansiolíticos		1.- No 2.- Sí
			Otras		
Consumo de sustancias en el progenitor	Consumo de drogas, alcohol o tabaco en el progenitor del hijo de la gestante	Alcohol	1.- No 2.- Sí		
		Tabaco	1.- No 2.- Sí		
		Drogas	Sin consumo		
			No sabe		
			Marihuana		1.- No 2.- Sí
			Pasta base		1.- No 2.- Sí
			Cocaína		1.- No 2.- Sí
			Éxtasis		1.- No 2.- Sí
			Crack		1.- No 2.- Sí
			Ansiolíticos		1.- No 2.- Sí
			Otras		

Consumo de sustancias en amigos	Ingesta de alcohol o consumo de tabaco en amigos de la gestante en el último año	No sabe		
		Sin consumo		
		Con consumo	Amigos de barrio	1.- No 2.- Sí
			Amigos de colegio	1.- No 2.- Sí
Amigos de otras actividades	1.- No 2.- Sí			

2. Describir las características biomédicas y hábitos nocivos de las gestantes adolescentes.

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Subindicadores
Enfermedades crónicas no transmisibles	Existencia de morbilidad en la gestante que requiere estabilización para evitar descompensación	Ninguna		
		Cardiovascular	Hipertensión arterial	1.- No 2.- Sí
			Diabetes tipo I	1.- No 2.- Sí
			Diabetes tipo II	1.- No 2.- Sí
			Obesidad	1.- No 2.- Sí
			Enflaquecida	1.- No 2.- Sí
		Hormonal	Síndrome de ovario poliquístico	1.- No 2.- Sí
			Hipotiroidismo	1.- No 2.- Sí
			Hipertiroidismo	1.- No 2.- Sí
		Pulmonar	Asma	1.- No 2.- Sí
			Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1.- No 2.- Sí
		Trastornos de la personalidad	1.- No 2.- Sí	
Otras				

Menarquia	Edad en que aparece el primer periodo menstrual		Precoz	1.- <10 años
			Media	2.- 10-16
			Tardía	3.- >16 años
Periodicidad de ciclos menstruales	Cantidad de días transcurridos entre cada menstruación		Polimenorrea	1.- < 21 días
			Normomenorrea	2.- 21 – 35 días
			Oligomenorrea	3.- > 35 días
Duración de menstruación	Número de días de sangrado durante ciclos menstruales previos de la gestante		Hipomenorrea	1.- 1 – 2 días
			Normomenorrea	2.- 2 – 7 días
			Hipermenorrea	3.- > 7 días
Edad de inicio de actividad sexual	Periodo en que la gestante se ha iniciado sexualmente		No recuerda	
			< 10 años	
			10 - 13 años	
			14 - 16 años	
Paridad	Número de partos y edad de la adolescente al tener su primer hijo	Cantidad	Nulípara	Ningún parto
			Primípara	1 parto
			Multípara	2 o más partos
		Edad	Nulípara	
			Adolescencia temprana	1.- 10 - 13 años
			Adolescencia media	2.- 14 - 16 años
			Adolescencia tardía	3.- 17 - 19 años
Pérdidas reproductivas	Pérdidas gestacionales ocurridas antes de las 22 semanas de edad gestacional	Cantidad	Ninguna	
			1 – 2 abortos	
			≥ 3 abortos	
		Tipo	Aborto provocado	1.- No 2.- Sí
			Aborto espontáneo	1.- No 2.- Sí

Métodos anticonceptivos	Técnica de anticoncepción utilizado previo a la gestación actual	Ninguno		
		Hormonales	Anticonceptivo oral combinado	
			Anticonceptivo oral progestágeno	
			Anticonceptivos orales de emergencia	
			Anticonceptivo inyectable combinado	
			Anticonceptivo inyectable progestágeno	
			Parche dérmico	
			Anillo vaginal	
		Barrera	Implante intradérmico	
			Preservativo	
Naturales	Dispositivo intrauterino			
	Método calendario			
		Coito interrumpido		
Fecha de última regla (FUR)	Fecha de última regla previo a la gestación actual dada por la adolescente		No recuerda	
			Recuerda	
Fecha de coito fecundante	Fecha en que la gestante estima que pudo haber sucedido la fecundación		No recuerda	
			Recuerda	
Causa de gestación	Motivo por el que ocurrió la gestación actual referido por la adolescente		No utilizaba método anticonceptivo	
			Olvido de método anticonceptivo	
			Fallo de método anticonceptivo	
			Uso incorrecto de método	
			Otros	

Infecciones de transmisión sexual	Estado de salud determinado por la transmisión de ciertos agentes patógenos a través del contacto sexual	Tipo	Ninguna	
			Sífilis	1.- No 2.- Sí
			Gonorrea	1.- No 2.- Sí
			Herpes genital	1.- No 2.- Sí
			Condilomatosis	1.- No 2.- Sí
			VIH/Sida	1.- No 2.- Sí
		Otra		
Durante la gestación	1.- No 2.- Sí			
Consumo de tabaco	Exposición de la adolescente al cigarrillo previo o durante la gestación	Sin exposición		
		Exposición previo a la gestación	1.- No 2.- Sí	
		Exposición durante la gestación	Fumadora activa	1.- < 5 cigarrillos por día
				2.- 5 – 10 cigarrillos por día
				3.- > 10 cigarrillos por día
		Fumadora pasiva	1.- Hogar	
2.- Trabajo				
3.- Otro lugar				
Consumo de alcohol previo	Ingesta de alcohol durante los 6 meses previos a la gestación actual	Sin consumo		
		Consumo	Frecuencia	1.- Menos de una vez al mes
				2.- 2 – 4 veces por mes
				3.- 2 – 3 veces por mes
				4.- > 4 veces por semana
		Cantidad	1.- 1 – 2 vasos	
2.- 3 – 5 vasos				
3.- > 5 vasos				

Consumo de alcohol actual	Ingesta de alcohol en la adolescente durante la gestación actual	Sin consumo		
		Frecuencia	Una o menos veces al mes	
			De 2 a 4 veces al mes	
			De 2 a 3 veces a la semana	
			Más de 4 veces a la semana	
		Cantidad	1 – 2 vasos	
			3 – 4 vasos	
			5 - 6 vasos	
			7 – 9 vasos	
			10 o más	
		Tipo	Cerveza	1.- No 2.- Sí
			Vino	1.- No 2.- Sí
			Ron	1.- No 2.- Sí
Pisco	1.- No 2.- Sí			
Vodka	1.- No 2.- Sí			
Tequila	1.- No 2.- Sí			
Whisky	1.- No 2.- Sí			
Otros				
Consumo de drogas	Exposición de la gestante a otras drogas durante la gestación		Ninguna	
			Marihuana	1.- No 2.- Sí
			Pasta base	1.- No 2.- Sí
			Cocaína	1.- No 2.- Sí
			Éxtasis	1.- No 2.- Sí
			Crack	1.- No 2.- Sí
			Otras	

3. Determinar la adhesión al sistema educacional y de salud de la gestante adolescente.

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Subindicadores
Rendimiento escolar	Notas obtenidas por la gestante durante el último año de estudio cursado		1.- No estudia	
			2.- No recuerda	
			3.- Nota < a 4.0	
			4.- Nota entre 4.0 y 5.0	
			5.- Nota entre 5.0 y 6.0	
			6.- Nota > a 6.0	
Antecedentes de repetición	Cursos reprobados en el sistema educacional	Sin antecedente		
		Con antecedente	1.- 1º - 5º básico	
			2.- 6º - 8º básico	
			3.- 1º - 4º medio	
Nivel educacional	Número de años que la gestante ha aprobado al momento del estudio	Nivel	1.- Básica	
			2.- Media	
			3.- Superior	
		Nº de años totales	1.- < 2 años	
			2.- 2 – 4 años	
			3.- 4 - 8 años	
			4.- > 8 años	
Ingreso a control prenatal	Cantidad de semanas de gestación con las que ingresa la adolescente a control prenatal		Precoz	1.- < 14 semanas
			Tardío	2.- > 14 semanas

Adhesión a control prenatal	Asistencia a controles prenatales de la gestante tanto en CAE y/o en CESFAM		No vigente	
			Vigente	

IX.5. Instrumento de recolección de datos

Cuestionario Semiestructurado a gestantes adolescentes aplicado en Entrevista

INSTRUCCIONES GENERALES

MARQUE CON X EL CASILLERO CORRESPONDIENTE A LA ALTERNATIVA DE LA RESPUESTA CORRECTA.

Identificación de la Entrevistada

1. Edad: _____ 2. Código Cesfam: _____
3. Procedencia: 1. Rural 2. Urbano 3. Urbano- Marginal

Ítem I: Caracterización de la Entrevistada

<p>4. Ocupación actual:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sin ocupación <input type="checkbox"/> 2. Dueña de casa <input type="checkbox"/> 3. Estudiante <input type="checkbox"/> 4. Trabajadora <input type="checkbox"/> 5. Estudiante y trabajadora</p>	<p>5. Previsión de Salud:</p> <p><input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> 1. A <input type="checkbox"/> 2. B <input type="checkbox"/> 3. C <input type="checkbox"/> 4. D <input type="checkbox"/> 5. Isapre</p>	<p>6. ¿Usted tiene más hijos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí</p> <p><i>Si la respuesta es sí:</i> 10-A ¿Cuántos?: 1. 1 hijo 2. 2 hijos 3. 3 hijos 10-B ¿A qué edad tuvo su primer hijo?: 1. 10-13 años 2. 14-16 años 3. 17.19 años</p>
<p>7. ¿Estudia actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Si</p>	<p>8. Nivel Educacional:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Básica <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Superior</p>	<p>9. Número de años aprobados:</p> <p>1. < 2 años 2. 2-4 años 3. 4-8 años 4. > 8 años</p>
<p>10. A ¿Ha repetido alguna vez?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Si</p> <p><i>Si la respuesta es sí:</i> 10-B ¿Qué curso?: _____ 1. 1- 5 básico 2. 6-8 básico 3. 1-4 medio</p>	<p>11. ¿Qué promedio obtuvo en su último año cursado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No estudia <input type="checkbox"/> 2. Nota <4.0 <input type="checkbox"/> 3. Nota entre 4.0 – 5.0 <input type="checkbox"/> 4. Nota entre 5.0 – 6.0 <input type="checkbox"/> 5. Nota >6.0 <input type="checkbox"/> 6. No recuerda</p>	

Ítem II: Factores Socioeconómicos

12. ¿Usted posee Ficha CAS? <input type="checkbox"/> 1. No sabe <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Si	13. Tipo de vivienda de la gestante: <input type="checkbox"/> 1. Propia <input type="checkbox"/> 2. Pagando dividendo <input type="checkbox"/> 3. Arrendada <input type="checkbox"/> 4. Vive en campamento <input type="checkbox"/> 5. Cedida <input type="checkbox"/> 6. No sabe
14. N° de integrantes del hogar, incluida Ud.: 15-A niños 1. No 2.Si 15-B Adolesc 1. No 2.Si 15-C Adultos 1. No 2.Si 15-D Adulto 1. No 2.Si	15. Tipo de parentesco con los integrantes del hogar: <input type="checkbox"/> A. Abuela/Abuelo 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> B. Padre 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> C. Otros 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> D. Madre 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> E. Hijo 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> F. Pareja/Esposo 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> G. Hermano/Hermana 1. No 2.Si
16. Servicios básicos con los que cuenta en su hogar: <input type="checkbox"/> A. Agua 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> B. Agua caliente 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> C. Gas 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> D. Electricidad 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> E. Alcantarillado 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> F. Telefonía Móvil 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> G. Telefonía Fija 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> H. TV por cable 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> I. Internet 1. No 2.Si	

Ítem III: Antecedentes Personales

17. ¿Usted tiene alguna de estas patologías?: <input type="checkbox"/> A. Hipertensión Arterial 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> B. Diabetes Tipo 1 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> C. Diabetes Tipo 2 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> D. Obesidad 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> E. Enflaquecida 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> F. Síndrome de Ovario Poliquístico 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> G. Hipotiroidismo 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> H. Hipertiroidismo 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> I. Asma 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> J. Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> K. Trastornos de Personalidad 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> L. Ninguna 1. No 2.Si		
18. ¿A qué edad gestacional ingresó a control prenatal? <input type="checkbox"/> 1. Antes de las 14 semanas <input type="checkbox"/> 2. Después de las 14 semanas	19. Condición de los controles prenatales: <input type="checkbox"/> 1. Vigentes <input type="checkbox"/> 2. No vigentes	
20. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? <input type="checkbox"/> 1. Antes de los 10 años <input type="checkbox"/> 2. Entre los 10 – 16 años <input type="checkbox"/> 3. Después de los 16 años	21. ¿Cada cuántos días tenía su menstruación? <input type="checkbox"/> 1. <28 días <input type="checkbox"/> 2. Cada 28 días <input type="checkbox"/> 3. > 28 días	22. ¿Cuántos días le duraba la menstruación?: 1. 1-2 días 2. 2-7 días 3. 8 o más días
23. ¿Cuál fue la fecha de su última menstruación?: <input type="checkbox"/> 1. Recuerda <input type="checkbox"/> 2. No recuerda	24. ¿Cuál cree Ud. que fue la fecha en que pudo haber quedado embarazada?: <input type="checkbox"/> 1. Recuerda <input type="checkbox"/> 2. No recuerda	
25. ¿Ha consumido alguna de estas sustancias durante la gestación? <input type="checkbox"/> A. Marihuana 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> B. Pasta base 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> C. Cocaína 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> D. Éxtasis 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> E. Crack 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> F. Otro tipo de drogas: 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> G. Ninguna 1. No 2.Si	26. A ¿Fuma actualmente? <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí <i>Si la respuesta es sí:</i> 27- B ¿Cuántos diarios?: _____ 1. < 5 por día 2. 5-10 por día 3. 11 o más por día 27. ¿Ha fumado en el último año? <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí	
28. A ¿Consumió alcohol durante los 6 meses previos a la gestación? <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí <i>(Si la respuesta es no, pase a la pregunta 35)</i> <i>Si la respuesta es sí:</i> 22-B ¿Con cuánta frecuencia? <input type="checkbox"/> 1. < o = de una vez al mes <input type="checkbox"/> 2. 2 – 4 veces por mes <input type="checkbox"/> 3. 2 – 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4. >4 veces por semana	29. ¿Cuántos vasos en promedio bebía cada vez que consumía alcohol? (Referencia vaso largo de 250cc) <input type="checkbox"/> 1. 1 – 2 vasos <input type="checkbox"/> 2. 3 – 5 vasos <input type="checkbox"/> 3. > o = a 5 vasos	

<p>30. ¿Ha consumido alcohol durante la gestación?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí</p> <p><i>(Si la respuesta es no, pase a la pregunta 35)</i></p>	<p>31. ¿Con qué frecuencia consume bebida alcohólicas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Una o menos veces al mes. <input type="checkbox"/> 3. 2 a 4 veces en el mes. <input type="checkbox"/> 4. 2 o 3 veces a la semana. <input type="checkbox"/> 5. 4 o más veces a la semana.</p>	<p>32. ¿Qué tipo de bebida alcohólica consume con mayor frecuencia?</p> <p><input type="checkbox"/> A. Cerveza (2.5-11.5°) 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> B. Vino (5.5-19°) 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> C. Pisco (33-50°) 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> D. Ron (37-43°) 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> E. Tequila (37-45°) 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> F. Vodka (37.5-42°) 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> G. Whisky (40-62°) 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> H. Otras 1. No 2.Si</p>
<p>33. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 ó 2 <input type="checkbox"/> 2. 3 ó 4 <input type="checkbox"/> 3. 5 ó 6 <input type="checkbox"/> 4. 7 a 9 <input type="checkbox"/> 5. 10 o más</p>	<p>34. ¿Ha tenido alguna infección de transmisión sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> A. Sífilis 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> B. Condilomatosis 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> C. Gonorrea 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> D. Herpes 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> E. VIH (+) / SIDA 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> F. Ninguna 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> G. Otra: _____ 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> H. ¿Alguna actualmente? No 2.Si</p>	<p>35. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. <10 años de edad <input type="checkbox"/> 2. Entre los 10 – 13 años <input type="checkbox"/> 3. Entre los 14 – 16 años <input type="checkbox"/> 4. Entre los 17 – 19 años <input type="checkbox"/> 5. No recuerda</p>
<p>36. ¿Ud. o su pareja utilizaron algún método para evitar o posponer el embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí</p> <p><i>Si la respuesta anterior es sí:</i></p> <p>37. ¿Qué método?</p> <p><input type="checkbox"/> A. Anticoncepción Oral Combinada 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> B. Anticoncepción Oral Progestágenos 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> C. Inyección Mensual 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> D. Inyección Trimestral 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> E. Anillo Vaginal 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> F. Parche dérmico 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> G. Implante Intradérmico 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> H. DIU 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> I. Preservativos 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> J. Uso ritmo de calendario 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> K. Práctica de Coito Interrumpido 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> L. Pastilla de Anticoncepción de Emergencia 1. No 2.Si</p>		
<p>38. ¿Esta gestación es producto de la falla de algún método anticonceptivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí</p>	<p>39. ¿Cuál cree que fue la causa del fallo de su método anticonceptivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No utilizaba <input type="checkbox"/> 2. Olvido de pastillas <input type="checkbox"/> 3. No siempre usaba preservativo <input type="checkbox"/> 4. Se rompió el preservativo <input type="checkbox"/> 5. Uso incorrecto de método <input type="checkbox"/> 6. Otros</p>	<p>40. ¿Ha tenido abortos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí</p> <p><i>Si la respuesta es sí:</i></p> <p>45-A ¿Cuántos?:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1-2 <input type="checkbox"/> 2. >3</p> <p>45-B TIPO</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Espontáneo <input type="checkbox"/> 2. Provocado</p>

Ítem IV: Aspectos Psicológicos de la Gestante

<p>41. La gestación actual, está:</p> <p>46-A <input type="checkbox"/> 1. No planificada 46-B <input type="checkbox"/> 1. No deseada 46-C <input type="checkbox"/> 1. No aceptada <input type="checkbox"/> 2. Planificada por el padre <input type="checkbox"/> 2. Deseada por el padre <input type="checkbox"/> 2. Aceptada sólo por padre <input type="checkbox"/> 3. Planificada por gestante <input type="checkbox"/> 3. Deseada por gestante <input type="checkbox"/> 3. Aceptada sólo por gestante <input type="checkbox"/> 4. Planificada por ambos <input type="checkbox"/> 4. Deseada por ambos <input type="checkbox"/> 4. Aceptada por ambos</p>		
<p>42. ¿Ha sentido pérdida de interés en las cosas que le gustan?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí</p>	<p>43. ¿Ha disminuido su capacidad para realizar las actividades cotidianas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí</p>	<p>44. ¿Alguna vez ha sido diagnosticada de depresión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí</p>
<p><i>Si la respuesta anterior es sí:</i></p> <p>45. ¿Ha recibido tratamiento por la depresión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí</p> <p>46. ¿Se ha sentido triste durante el último mes?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí</p>		

Ítem V: Antecedentes Familiares

<p>47. ¿Algún familiar que viva en su hogar ha consumido alguna de estas sustancias en el último año?</p> <p><input type="checkbox"/> A. Marihuana 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> B. Pasta base 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> C. Cocaína 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> D. Éxtasis 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> F. Crack 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> G. Otro tipo de drogas 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> H. Ansiolíticos 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> I. No consumen 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> J. No sabe 1. No 2.Si</p>	<p>48. ¿Se permite fumar dentro de su casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Si</p>	<p>49. ¿En qué otro lugar está expuesta al humo del cigarrillo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Establecimiento Educacional <input type="checkbox"/> 2. Trabajo <input type="checkbox"/> 3. Otro: _____ <input type="checkbox"/> 4. Sin exposición</p>
<p>50. ¿Su pareja o progenitor de su hijo, ha consumido alcohol o tabaco durante el último año?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Se ignora <input type="checkbox"/> 3. Si, alcohol <input type="checkbox"/> 4. Si, tabaco <input type="checkbox"/> 5. Si, alcohol y tabaco</p>	<p>51. A ¿Y drogas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Si <input type="checkbox"/> 3. No sabe</p> <p><i>Si la respuesta es sí:</i></p> <p>56-B ¿Cuál(es)?:</p> <p><input type="checkbox"/> A. Marihuana 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> B. Pasta base 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> C. Cocaína 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> D. Éxtasis 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> F. Crack 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> G. Otro tipo de drogas 1. No 2.Si <input type="checkbox"/> H. Ansiolíticos 1. No 2.Si</p>	<p>52. A ¿Sus amigos han consumido alcohol o tabaco durante los últimos 12 meses? (puede marcar más de una):</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Si <input type="checkbox"/> 3. No sabe si consumen</p> <p>57- B QUIENES</p> <p><input type="checkbox"/> Amigos de barrio 1. No 2.Si 3. No sabe <input type="checkbox"/> Amigos de escuela 1. No 2.Si 3. No sabe <input type="checkbox"/> Amigos de otras actividades 1. No 2.Si 3. No sabe</p>

Ítem VI: Redes de apoyo

<p>53. Respecto al apoyo que recibe: 1. No 2.Si</p>			
	<p>1. Económico</p>	<p>2. Emocional</p>	<p>3. Psicológico</p>
<p>A. Madre</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>B. Padre</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>C. Hermano/Hermana</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>D. Abuelo/Abuela</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>E. Familia del Progenitor</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>54. A Respecto al apoyo del progenitor:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 No recibe apoyo <input type="checkbox"/> 2.Si recibe apoyo</p>			
<p>54. B Tipo de apoyo del Progenitor:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Económico 1. No 2.Si</p>	<p><input type="checkbox"/> 2. Emocional 1. No 2.Si</p>	<p><input type="checkbox"/> 3. Psicológico 1. No 2.Si</p>

IX.6. Cartas de presentación

Valparaíso, 06 Agosto 2013.-

Sra. Marcela Sepúlveda Hernández

Matrona Supervisora Servicio de Obstetricia y Ginecología

Hospital Carlos Van Buren

Presente

De mi consideración

La Carrera de Obstetricia y Puericultura contempla en su plan curricular la realización de una investigación tendiente a la obtención del Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura. Con este propósito las estudiantes realizan una investigación, guiadas por un docente en el ámbito de la disciplina o bien en temáticas afines.

El grupo guiado por la matrona docente Ingrid Vargas Stevenson, está realizando la investigación titulada “Características y Adherencia al Sistema de Salud – Educación de las gestantes Adolescentes Ingresadas a control prenatal en la comuna de Valparaíso en el año 2013”, con un formato de investigación cuantitativa descriptiva.

En este contexto informo a usted que el Seminario de Titulación ha sido autorizado por el Comité Científico del Hospital Carlos Van Buren para levantar los datos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología y/o Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico.

Agradeceré a usted dar las facilidades a los estudiantes para llevar a cabo este proceso.

Los estudiantes son:

- Francisco Felipe Álvarez Castro RUT: 17.944.795-9
- Katherine Francisca Cataldo Bacho RUT: 17.405.118-6
- Lisset Romina Febre Tordecilla RUT: 16.201.047-6
- Valeria Stephanie Hernández Marchant RUT: 18.297.583-4
- Altair Elizabeth San Juan López RUT: 18.201.253-K

Agradeciendo desde ya su colaboración, saluda atte

Prof. Ingrid Vargas Stevenson

Secretaria Académica

Escuela de Obstetricia y Puericultura

Valparaíso, 06 Agosto 2013.-

Srta. Margarita Candia Afanasieva

Srta. Gabriela Alcota Riquelme

Matronas Policlínico Alto Riesgo Obstétrico

Hospital Carlos Van Buren

Presente

De mi consideración

La Carrera de Obstetricia y Puericultura contempla en su plan curricular la realización de una investigación tendiente a la obtención del Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura. Con este propósito las estudiantes realizan una investigación, guiadas por una docente en el ámbito de la disciplina o bien en temáticas afines.

El grupo guiado por la matrona docente Ingrid Vargas Stevenson, está realizando la investigación titulada “Características y Adherencia al Sistema de Salud – Educación de las gestantes Adolescentes Ingresadas a control prenatal en la comuna de Valparaíso en el año 2013”, con un formato de investigación cuantitativa descriptiva.

En este contexto informo a usted que el Seminario de Titulación ha sido autorizado por el Comité Científico del Hospital Carlos Van Buren para levantar los datos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología y/o Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico.

Agradeceré a usted dar las facilidades a los estudiantes para llevar a cabo este proceso.

Los estudiantes son:

- Francisco Felipe Álvarez Castro RUT: 17.944.795-9
- Katherine Francisca Cataldo Bacho RUT: 17.405.118-6
- Lisset Romina Febre Tordecilla RUT: 16.201.047-6
- Valeria Stephanie Hernández Marchant RUT: 18.297.583-4
- Altair Elizabeth San Juan López RUT: 18.201.253-K

Agradeciendo desde ya su colaboración, saluda atte

Prof. Ingrid Vargas Stevenson

Secretaria Académica

Escuela de Obstetricia y Puericultura

IX.7. Consentimientos

Consentimiento Informado (10-17 años)

Este formulario de consentimiento informado se dirige a todas las gestantes adolescentes entre 10 y 17 años ingresadas a CPN dando a conocer el objetivo del estudio para luego autorizar o rechazar este mismo.

Acerca del estudio: La Carrera de Obstetricia y Puericultura contempla en su plan curricular la realización de una investigación tendiente a la obtención del Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura. Con este propósito los estudiantes realizan una investigación, guiadas por un docente en el ámbito de la disciplina o bien en temáticas afines.

El grupo guiado por la matrona docente Ingrid Vargas Stevenson, está realizando la investigación titulada ***“Características y adherencia al sistema de salud - educación de las gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal entre los meses de enero a mayo del año 2013 en la comuna de Valparaíso”***, con un formato de investigación cuantitativa descriptiva no experimental exploratoria.

Para la obtención de los datos se aplicará como instrumento un cuestionario semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas, dirigida al grupo de estudio, el cual corresponde a las gestantes adolescentes entre 10 y 19 años que ingresan a Control Prenatal en los meses den enero a mayo del año 2013 en la comuna de Valparaíso. La encuesta no busca recoger datos personales ni invadir la privacidad de las adolescentes, sólo apunta a recopilar información anónima fundamental para identificar las principales características de las gestantes. Es importante aclarar que el cuestionario es de carácter confidencial y gratuito

Consentimiento Informado: Yo padre y/o tutor legal de _____

Sí autorizo _____ No autorizo _____ a mi hijo a formar parte de esta investigación, teniendo conocimiento de todo lo expresado en este documento.

Firma de padre o tutor legal

Fecha:

Consentimiento Informado (18-19 años)

Este formulario de consentimiento informado se dirige a todas las gestantes adolescentes entre 18 y 19 años dando a conocer el objetivo del estudio para luego autorizar o rechazar este mismo.

Acerca del estudio: La Carrera de Obstetricia y Puericultura contempla en su plan curricular la realización de una investigación tendiente a la obtención del Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura. Con este propósito los estudiantes realizan una investigación, guiadas por un docente en el ámbito de la disciplina o bien en temáticas afines.

El grupo guiado por la matrona docente Ingrid Vargas Stevenson, está realizando la investigación titulada, ***“Características y adherencia al sistema de salud - educación de las gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal entre los meses de enero a mayo del año 2013 en la comuna de Valparaíso”*** con un formato de investigación cuantitativa descriptiva no experimental exploratoria.

Para la obtención de los datos se aplicará como instrumento un cuestionario semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas, dirigida al grupo de estudio, el cual corresponde a las gestantes adolescentes entre 10 y 19 que ingresan a control prenatal en la comuna de Valparaíso durante los meses de enero a mayo en el año 2013. La encuesta no busca recoger datos personales ni invadir la privacidad de las adolescentes, sólo apunta a recopilar información anónima fundamental para identificar las principales características de las gestantes. Es importante aclarar que el cuestionario es de carácter confidencial y gratuito.

Consentimiento Informado: Yo _____

Sí acepto _____ No acepto _____ Formar parte de esta investigación teniendo conocimiento de todo lo expresado en este documento.

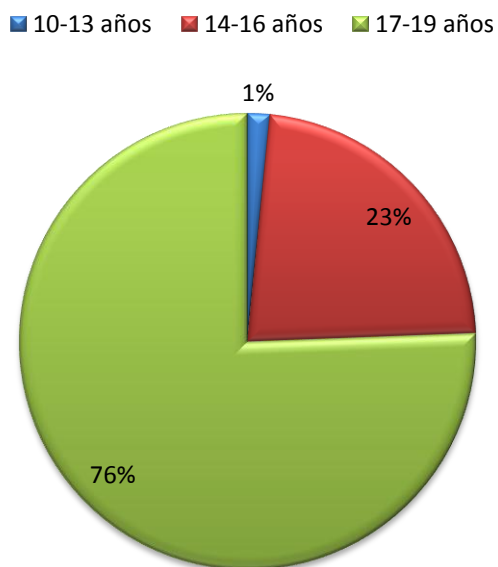
Firma

Fecha:

IX.7. Resultados

Objetivo específico N° 1: *“Identificar las características psicosociodemográficas de las gestantes adolescentes”*.

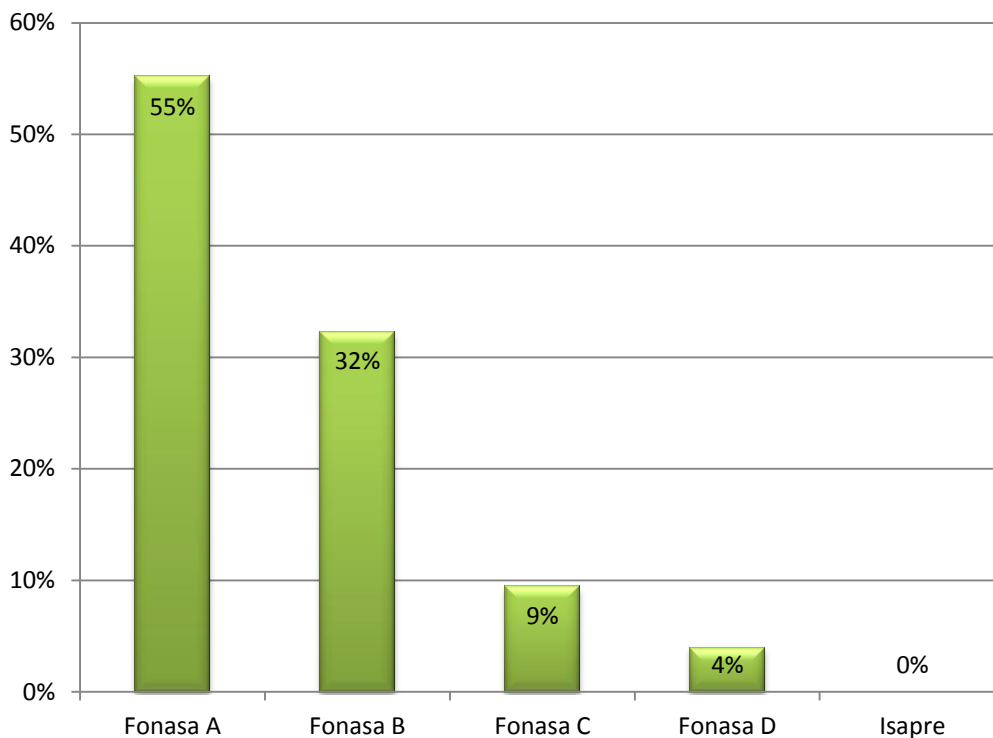
Gráfico N° I: Distribución de la población en estudio según edad. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el mayor grupo etario es de un 76% correspondiente a los valores entre 17-19 años, seguido por el grupo entre 14-16 años con un 23% y el menor de 1% al grupo entre 10-13 años.

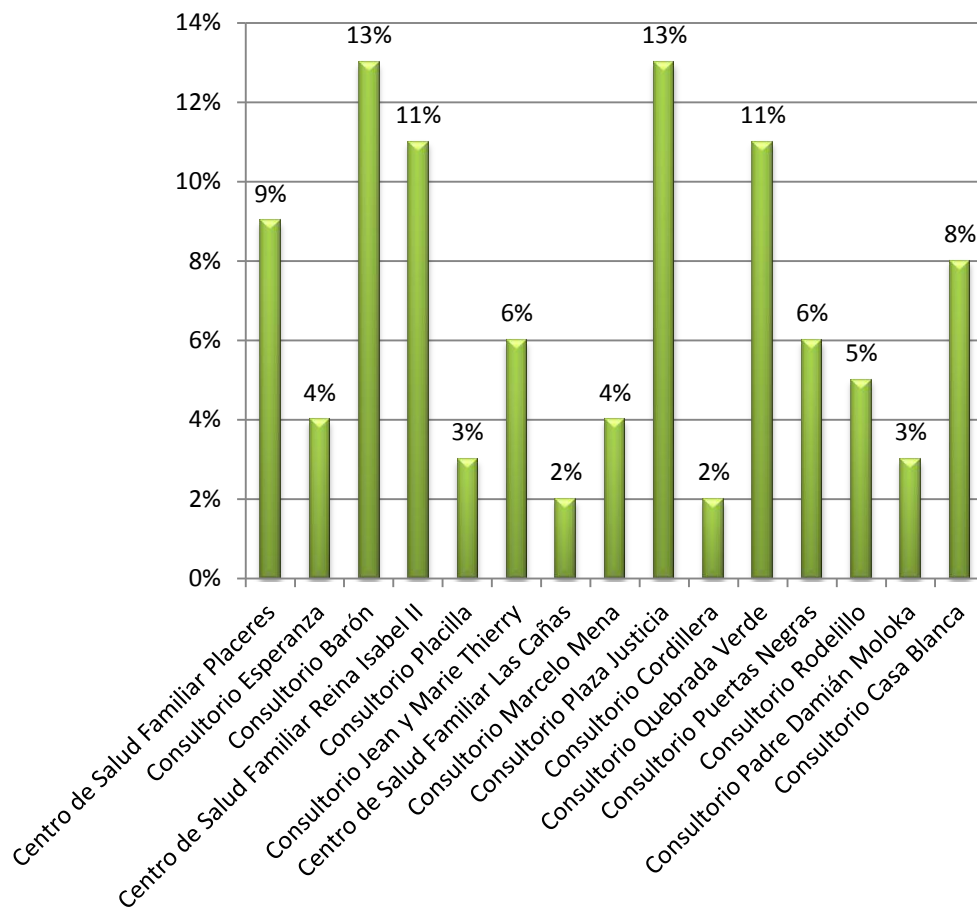
Gráfico N° II: Distribución de la población en estudio según previsión de salud. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 55% de las gestantes poseen Fonasa A, un 32% posee Fonasa B, un 9% posee Fonasa C y un 4% Fonasa D como previsión de salud.

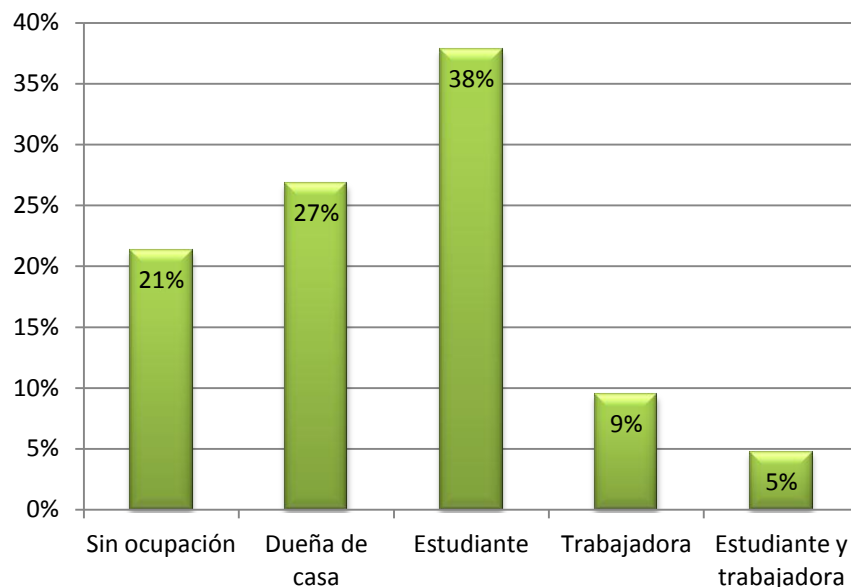
Gráfico N° III: Distribución de la población en estudio según Cesfam de origen. Año 2013. (n=127)



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se puede observar que los mayores porcentajes de distribución de población corresponden a Consultorio Plaza Justicia con 15%, Consultorio Barón con 13%, Centro de salud familiar Reina Isabel II con 11%, Consultorio Quebrada Verde con 11% y Centro de salud familiar Placeres con un 9%.

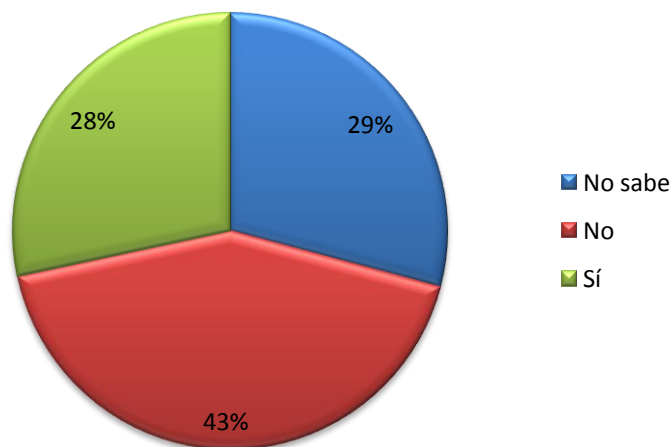
Gráfico N° IV: Distribución de la población en estudio según actividad. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un 38% de las gestantes actualmente estudia, un 27% se desempeña solo como dueña de casa, 21% no tiene ocupación, un 9% se dedica a trabajar y un 5% estudia y trabaja.

Gráfico N° V : Distribución de la población según posesión de ficha CAS. Año 2013. (n=127).

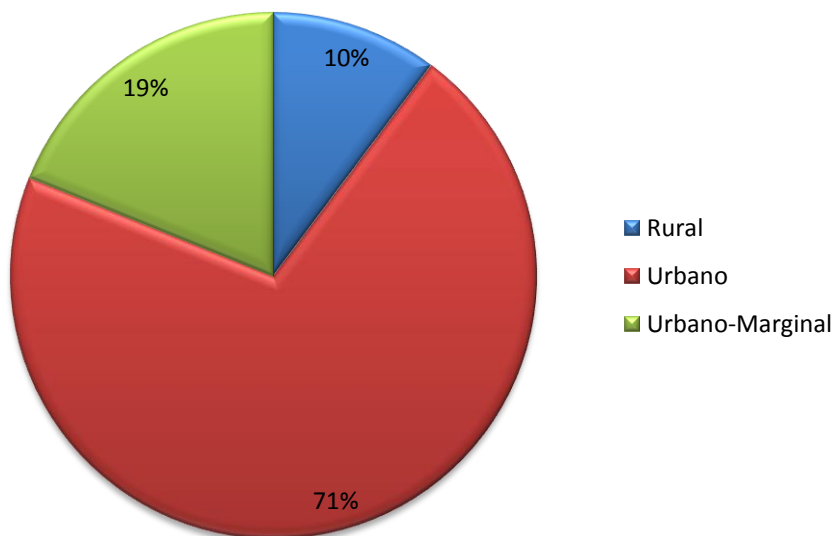


Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que en su mayoría las gestantes no poseen ficha CAS lo cual equivale a un 43%, un 28% si es poseedora de ficha CAS y la diferencia, un 29% no saben si la poseen.

Gráfico N° VI : Distribución de la población en estudio según procedencia.

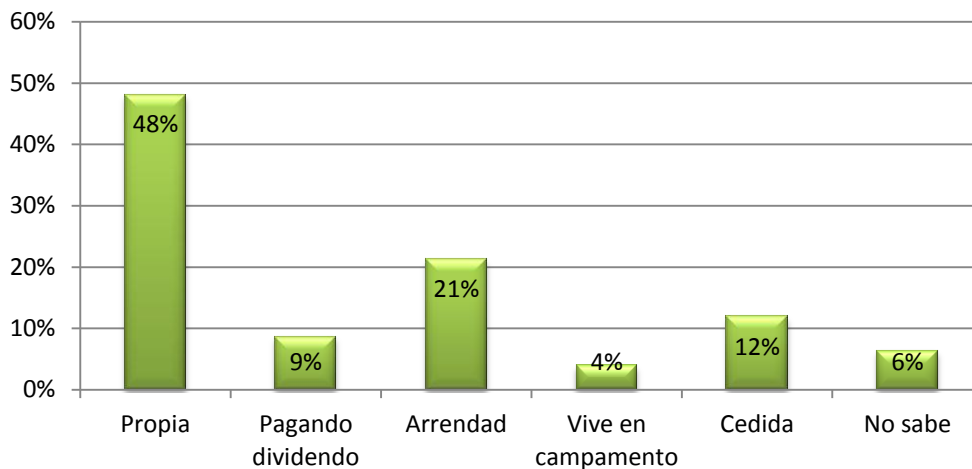
Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un amplio número de gestantes entrevistadas habitan el sector urbano de Valparaíso (71%), 19% habita el sector urbano – marginal y sólo 10% el sector rural.

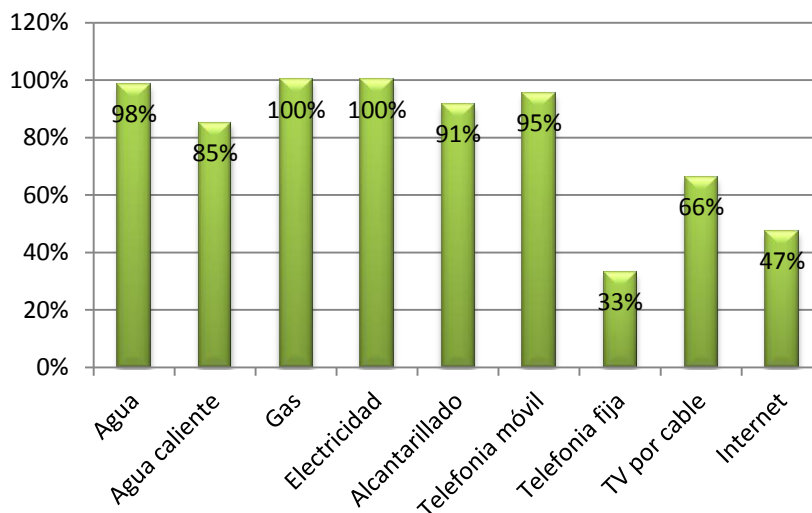
Gráfico N° VII : Distribución de la población en estudio según tipo de vivienda. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que del total de gestantes entrevistadas, el 48% vive en casa propia, el 21% en casa arrendada, el 12% en hogar cedido, un 9% en hogar con deuda de dividendo, un 6% no está en conocimiento y un 4 habita en campamento.

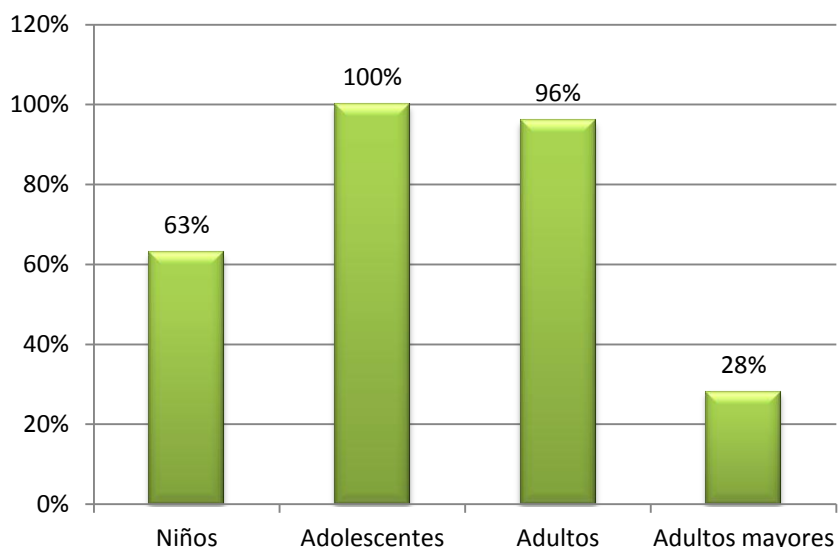
Gráfico N° VIII : Distribución de la población en estudio según acceso a servicios básicos. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se logra observar que el 100% de las gestantes poseen gas y electricidad en su vivienda, un 98% posee acceso a agua y 85% a agua caliente. Un 91% posee alcantarillado, 95% telefonía móvil, 33% respondió que si poseía telefonía fija, 66% poseedor de TV por cable y un 47% posee internet en su hogar.

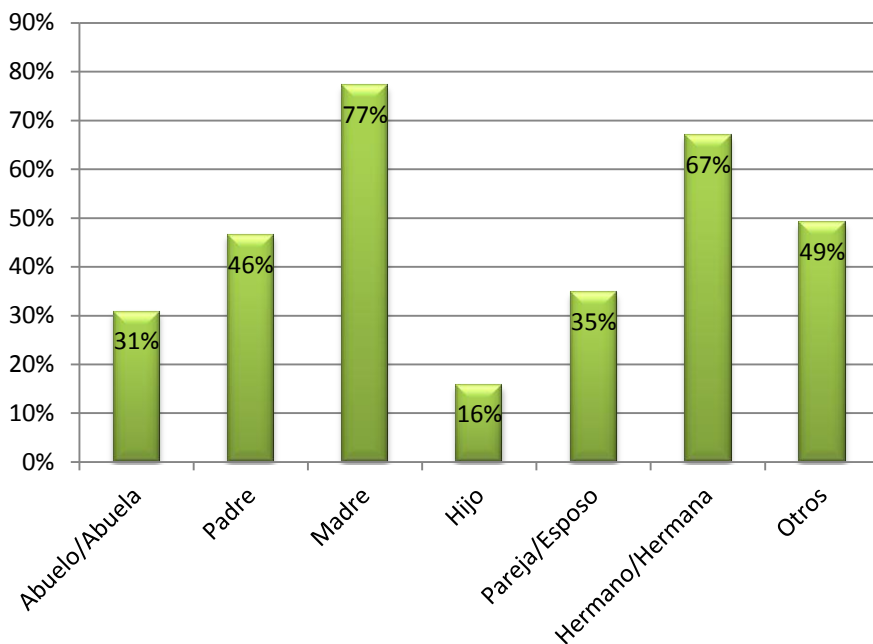
Gráfico N° IX : Distribución de la población en estudio según integrantes del hogar. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que en altos porcentajes se encuentran como integrantes del hogar adolescentes con 95% y adultos con 96%, seguido por niños con un 63% y adultos mayores con 28%.

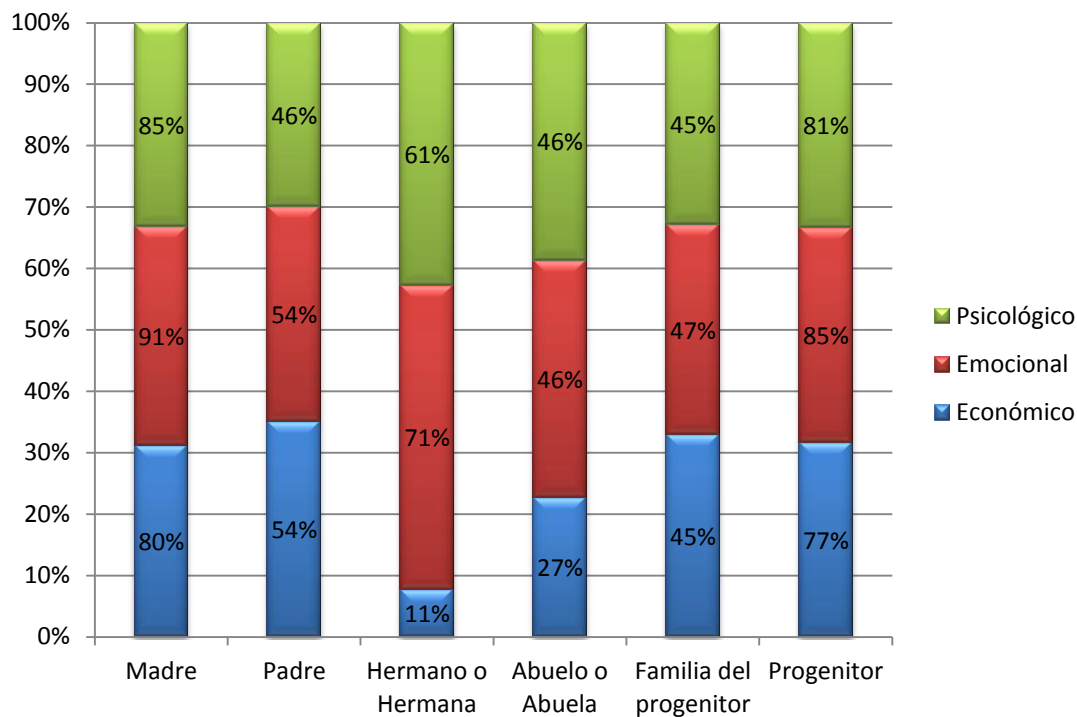
Gráfico N° X : Distribución de la población en estudio según tipo de parentesco con los integrantes del hogar. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 77% de las gestantes viven con su madre, 67% vive con su hermano o hermana, 46% vive con su padre, 35% vive con su pareja, 31% vive con su abuela o abuelo, 49% vive con otras personas como padrastro, madrastra o hermanastros, y 16% vive con su hijo o hija.

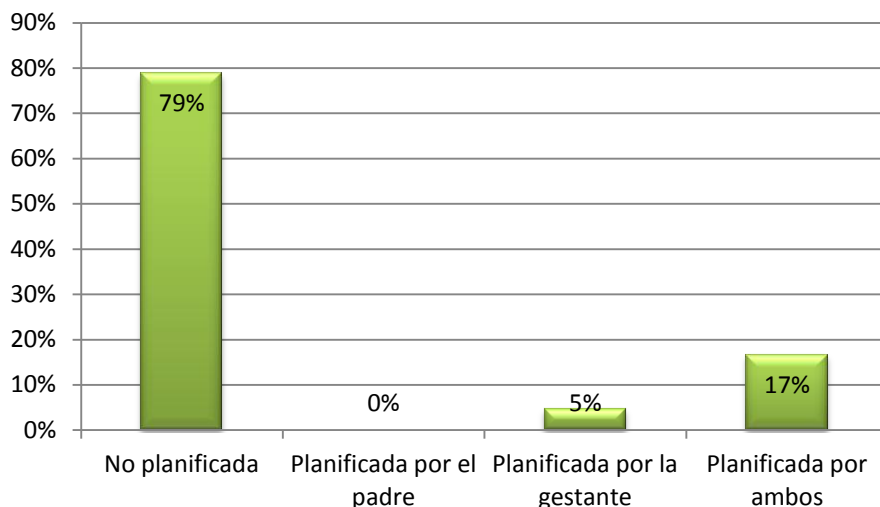
**Gráfico N° XI: Distribución de la población en estudio según tipo de apoyo recibido.
 Año 2013. (n=127)**



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 127 gestantes entrevistadas, la mayoría recibe apoyo económico de uno de sus padres, de la familia del progenitor y de éste. En cuanto al apoyo emocional y psicológico, un amplio porcentaje refiere sentir apoyo por parte de su madre y/o del progenitor.

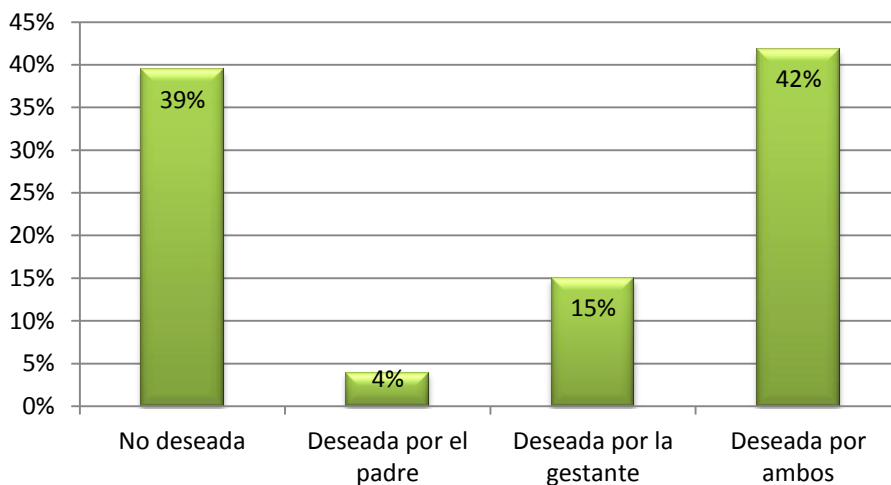
Gráfico N° XII : Distribución de la población en estudio según planificación de la gestación actual. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 79% de las gestaciones adolescentes en estudio no fueron planificadas por ningún progenitor, mientras que el 17% fue planificada por ambos progenitores, y el 5% fue planificada sólo por la gestante.

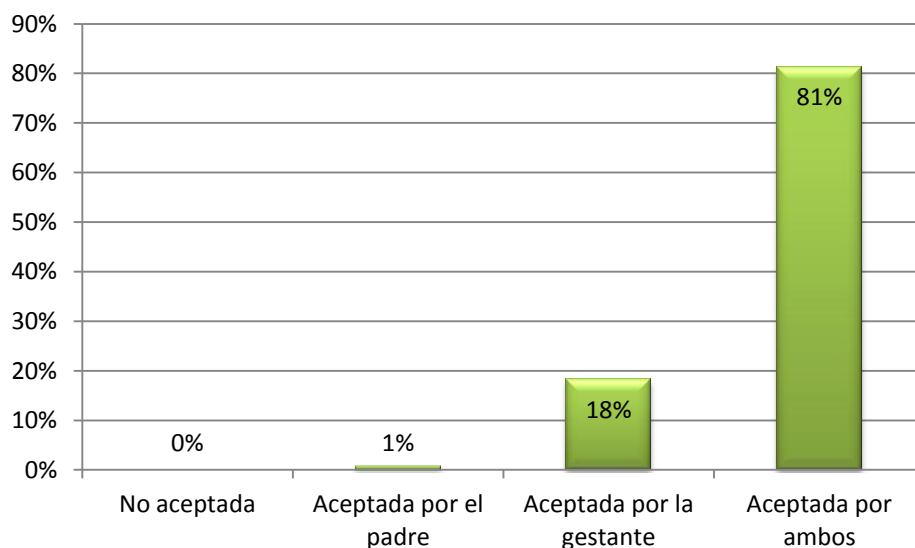
Gráfico N° XIII : Distribución de la población en estudio según deseo de la gestación actual. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 39% de las gestaciones adolescentes en estudio no eran deseadas, el 42% era deseada por ambos padres, el 15% era deseada sólo por la gestante y el 4% era deseada sólo por el padre.

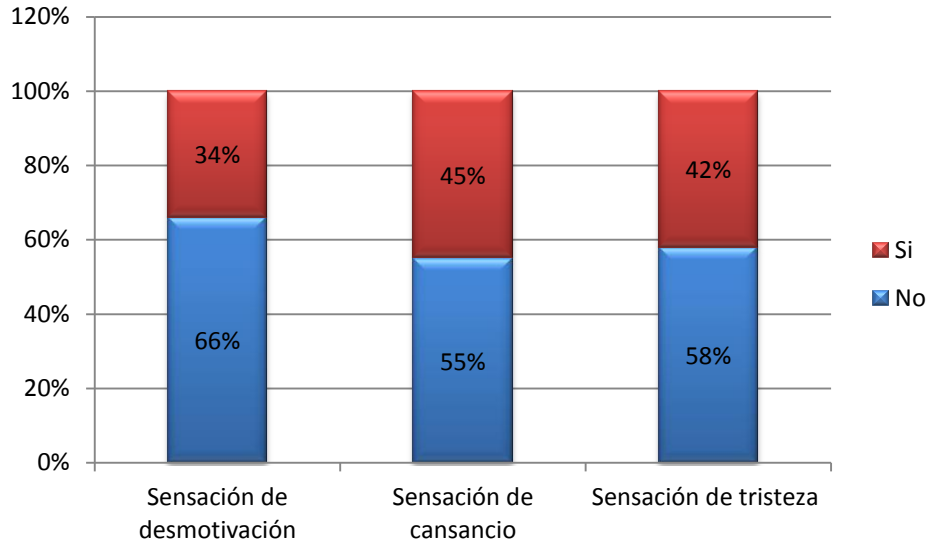
Gráfico N° XIV : Distribución de la población en estudio según aceptación de la gestación actual. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 81% de las gestaciones adolescentes en estudio fueron aceptadas por ambos padres, el 18% fueron aceptadas sólo por la gestante, y el 1% fue aceptada sólo por el padre.

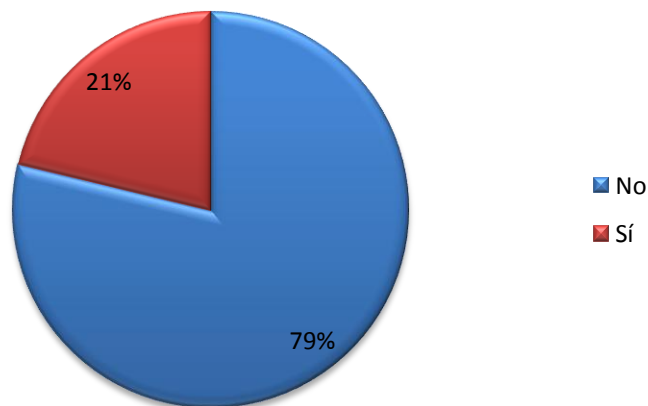
Gráfico N° XV : Distribución de la población en estudio según estado de ánimo durante la gestación. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que alrededor de la mitad de las gestantes encuestadas se ha sentido cansada y triste durante la gestación, mientras que un menor porcentaje se ha sentido desmotivada.

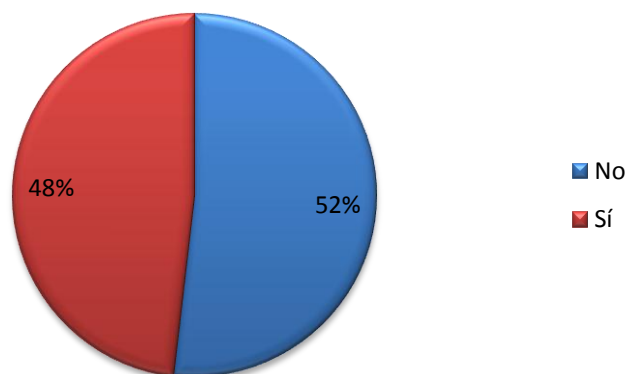
Gráfico N° XVI : Distribución de la población en estudio según antecedente de depresión. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que del total de gestantes encuestadas, el 21% tiene antecedentes de depresión y el 79% respondió no haber sido diagnosticada con dicha patología.

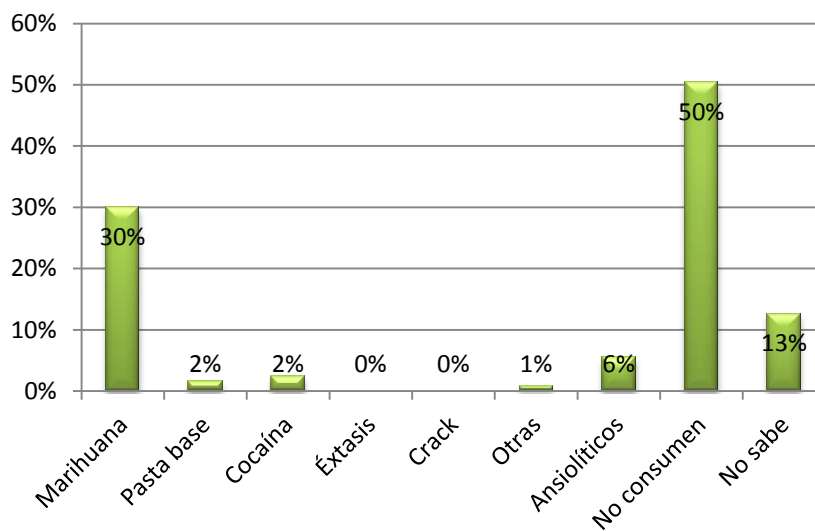
Gráfico N° XVII : Distribución de la población con antecedente de depresión según obtención de tratamiento. Año 2013. (n=13).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 27 gestantes que mencionaron haber sido diagnosticadas con depresión, sólo el 48% recibió tratamiento.

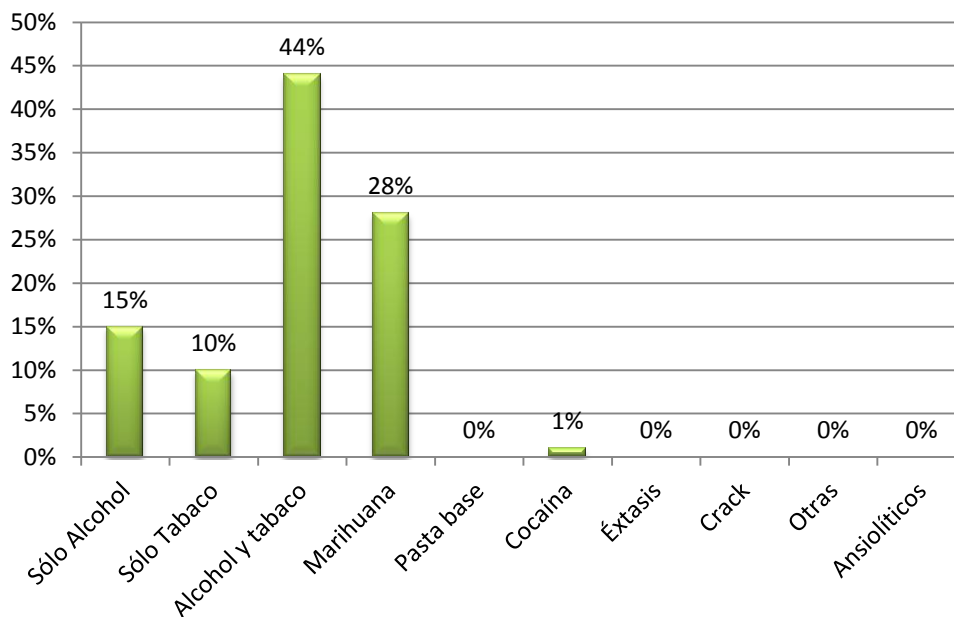
Gráfico N° XVIII : Distribución de la población en estudio según consumo de sustancias en la familia. Año 2013. (n=127)



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que en el 30% hogares hay algún integrante de la familia que ha consumido marihuana, en el 6% han consumido ansiolíticos, en el 2% han consumido cocaína y pasta base.

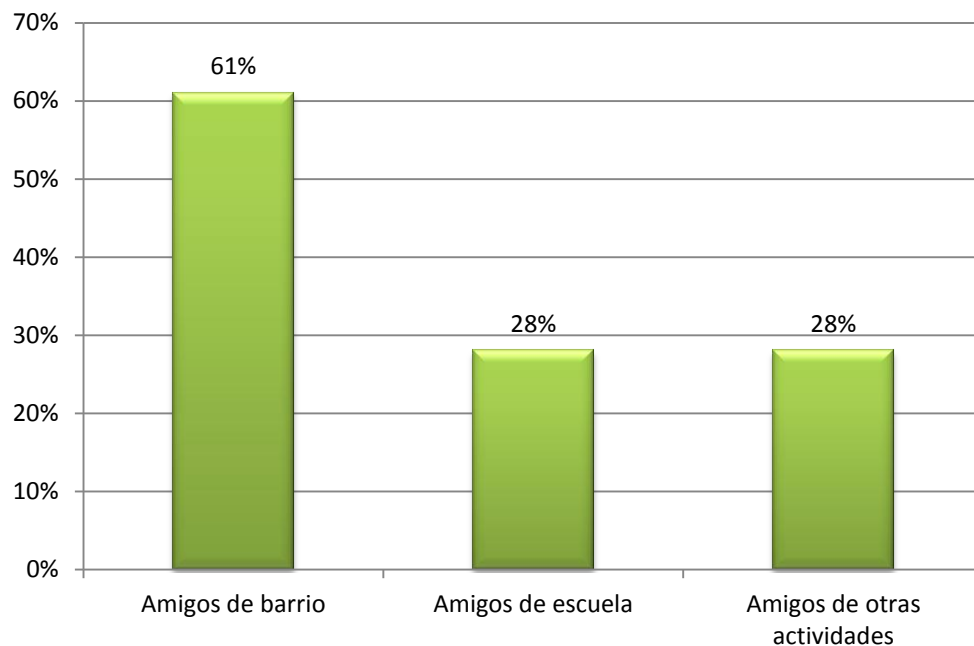
Gráfico N° XIX : Distribución de la población en estudio según consumo de sustancias en el progenitor. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 44% de las gestantes refiere que su pareja/progenitor de su hijo consume alcohol y tabaco y un 28% afirma que consume marihuana.

Gráfico N° XX : Distribución de la población según consumo de alcohol y tabaco en amigos. Año 2013. (n=127).

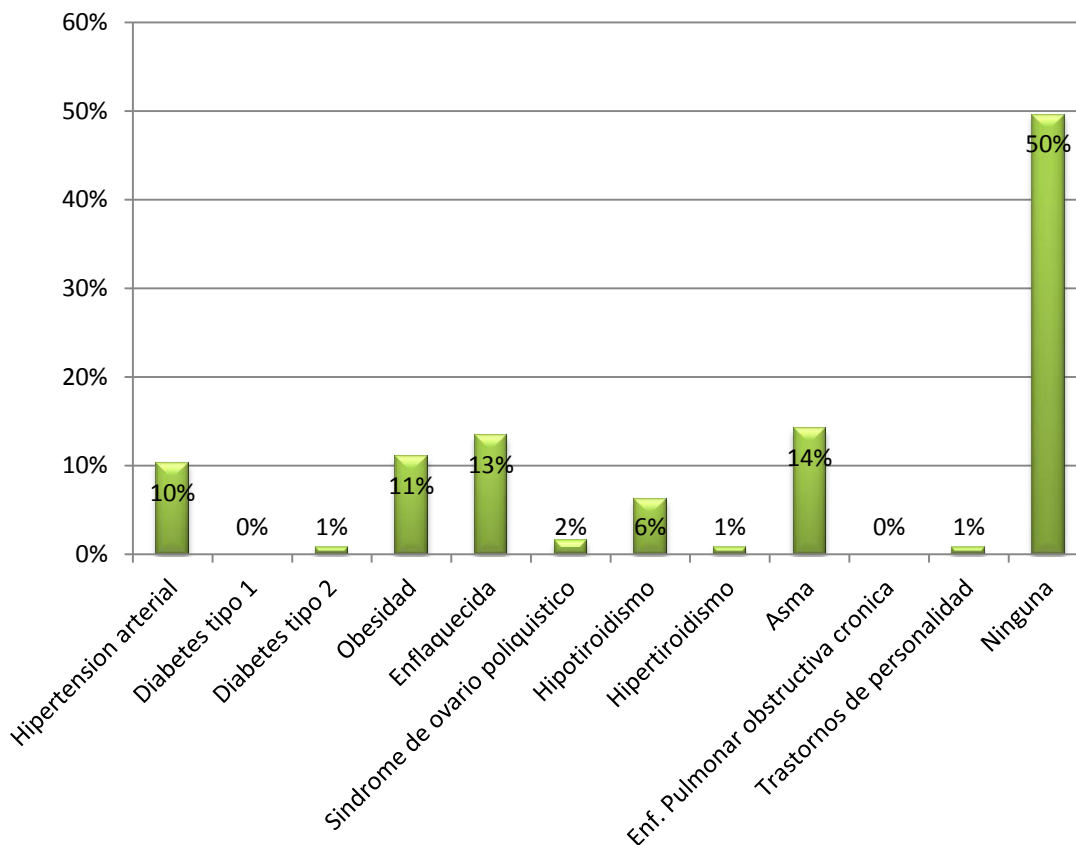


Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 61% de las gestantes mencionó que sus amigos de barrio han consumido alcohol y tabaco.

A continuación se detallan los resultados según Objetivo específico N° 2: “Describir las características biomédicas y hábitos nocivos de las gestantes adolescentes”.

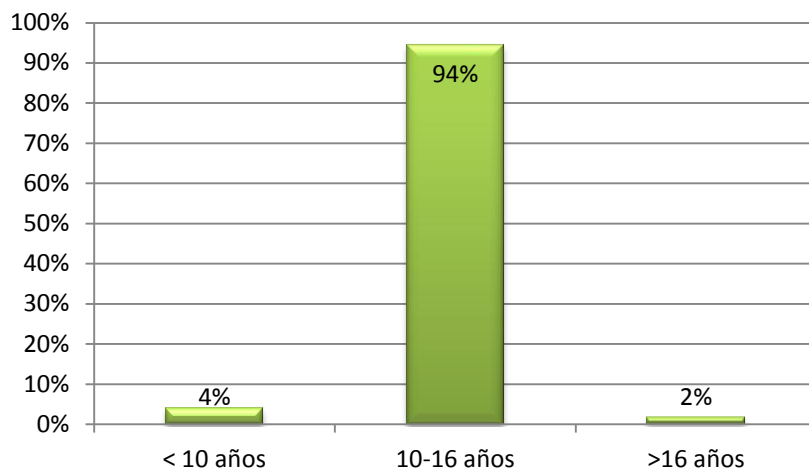
Gráfico N° XXI : Distribución de la población en estudio según antecedentes mórbidos personales. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 14% de ellas padecen de asma, el 13% de las gestantes presentan un estado nutricional enflaquecida y el 11% obesidad. Aquellas que presentan hipertensión arterial corresponden al 10% del total y el 6% presenta hipotiroidismo.

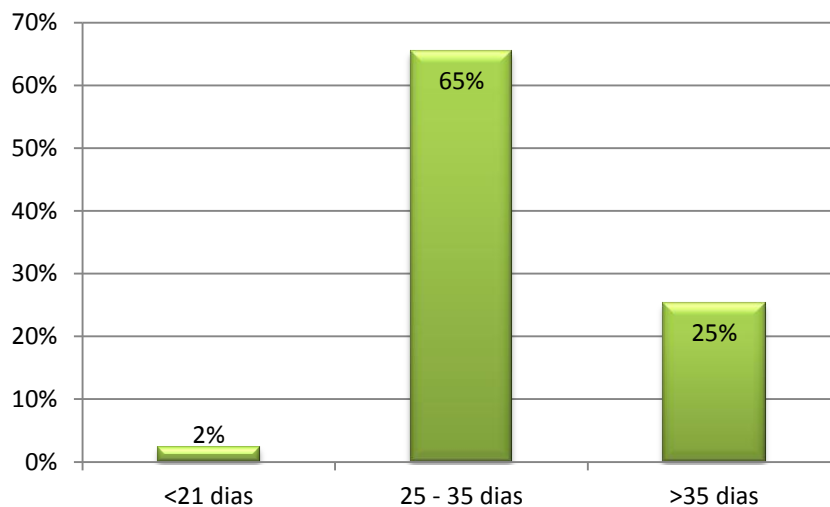
Gráfico N° XXII : Distribución de la población en estudio según edad de menarquia. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se logra observar que el 94% tuvo menarquia media, un 3,94% presentó una menarquia precoz y un 2% menarquia tardía.

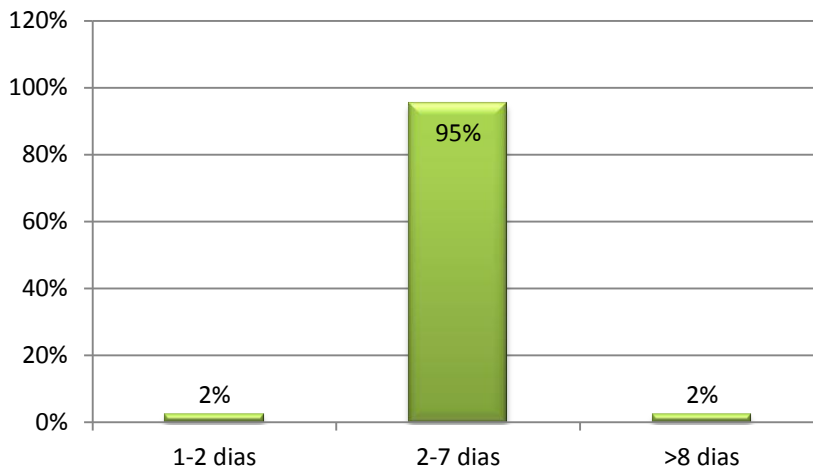
Gráfico N° XXIII : Distribución de la población en estudio según periodicidad de los ciclos menstruales. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 65% de las gestantes presentaba normomenorrea, un 25% oligomenorrea y un 9% polimenorrea.

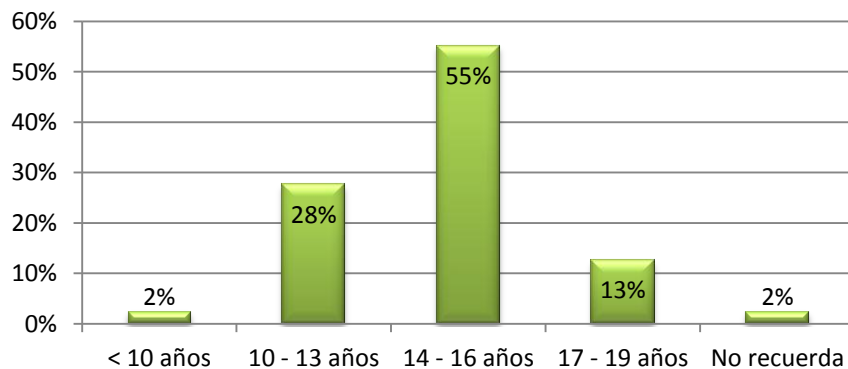
Gráfico N° XXIV : Distribución de la población en estudio según duración de la menstruación. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se logra observar que el 95% presentó normomenorrea; hipomenorrea fue presentada en un 2% y otro 2% hipermenorrea.

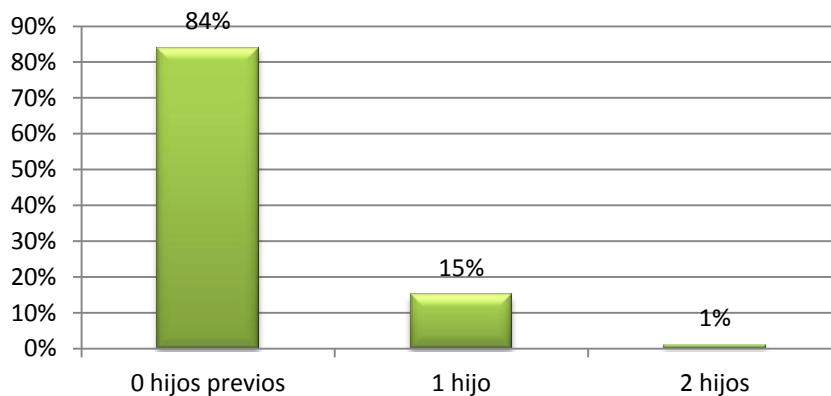
Gráfico N° XXV : Distribución de la población en estudio según edad de inicio de actividad sexual. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se logra observar que el 55% de las gestantes tuvo su inicio sexual entre los 14-16 años, el 28% entre 10-13 años, el 13% entre 17-19 años y el 2% a una edad menor a los 10 años.

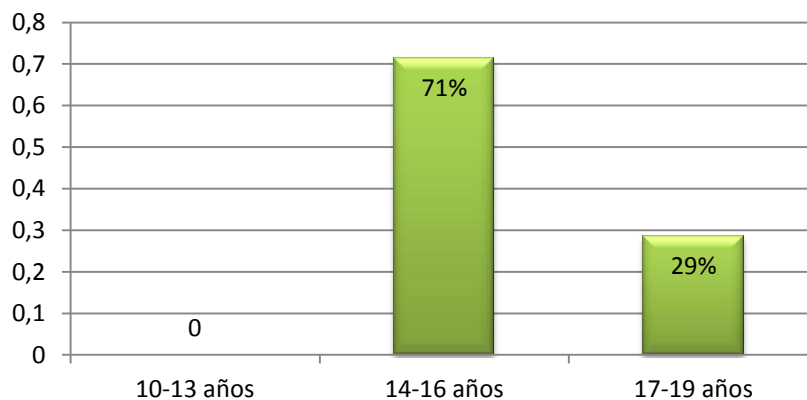
Gráfico N° XXVI : Distribución de la población en estudio según número de hijos previos. Año 2013. (n=127)



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que 21 gestantes poseen hijo previo, de las cuales 20 sólo tienen 1 hijo previo a la gestación actual.

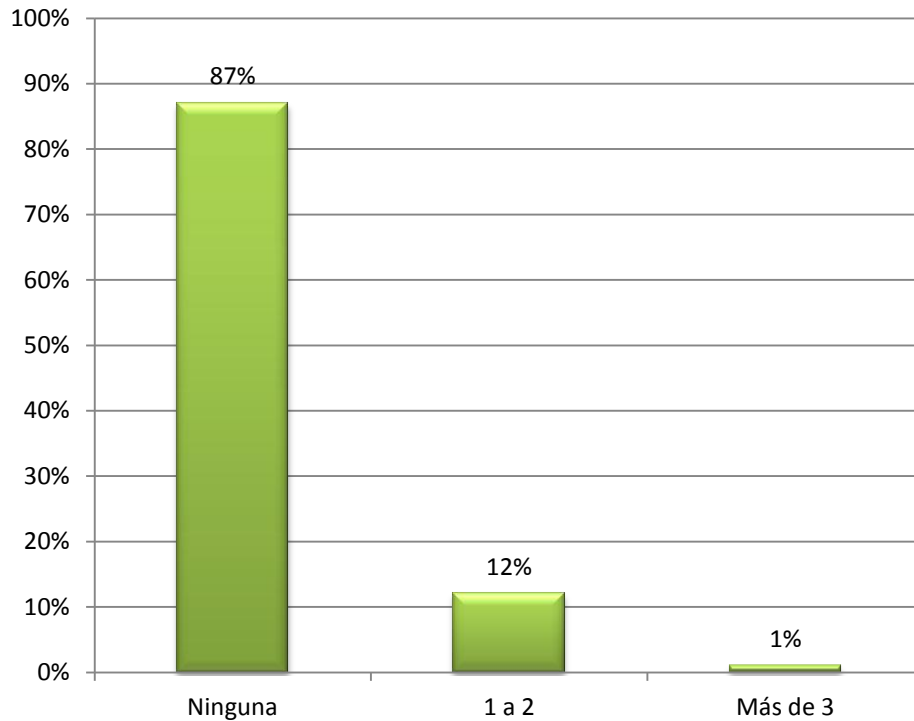
Gráfico N° XXVII : Distribución de la población con hijo previo según edad que tuvo su primer hijo. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que la mayoría de las gestantes que poseen hijo previo lo gestaron entre los 14 y 16 años, es decir, durante la adolescencia media, y el 20% tuvo su primer hijo en la adolescencia tardía, entre los 17 y los 19 años.

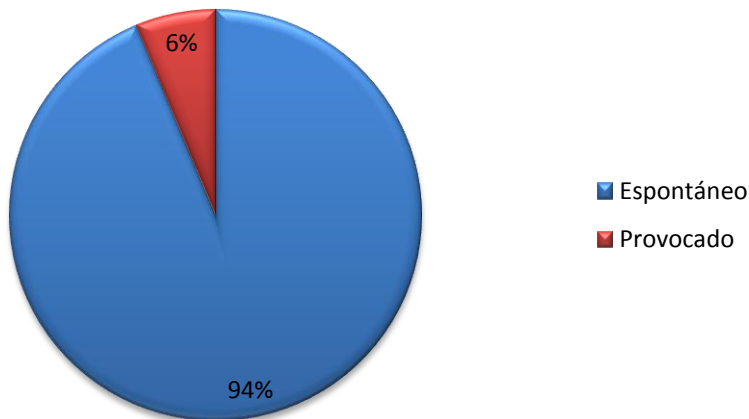
Gráfico N° XXVIII : Distribución de la población reproductiva según antecedente de pérdida reproductiva. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que del número de gestantes que han presentado pérdidas reproductivas un 94% ha tenido de uno a dos abortos y un 6% más de tres.

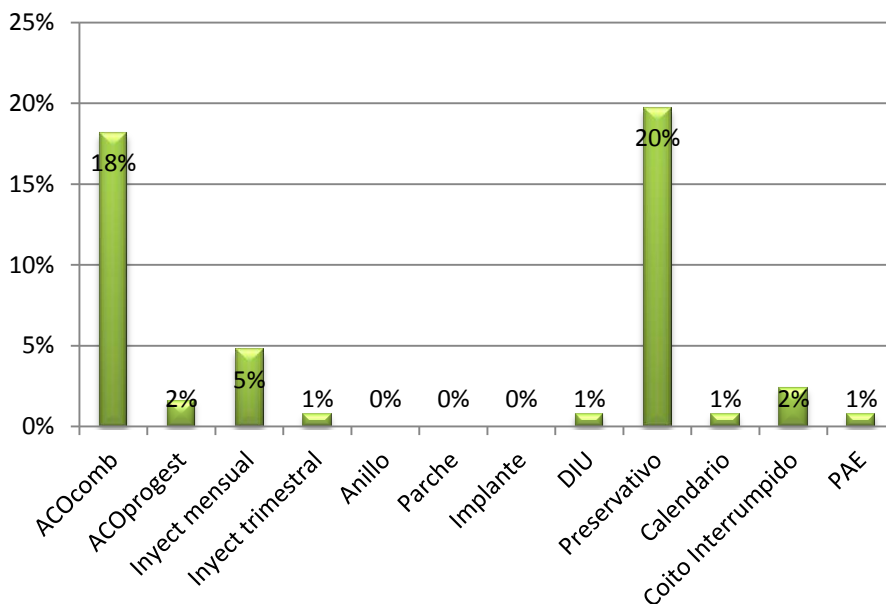
Gráfico N° XXIX : Distribución de la población con antecedente de pérdida reproductiva según tipo. Año 2013. (n=16).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un 94% de los abortos en gestantes entrevistadas con pérdidas reproductivas ha sido espontáneo y un 6% ha sido provocado.

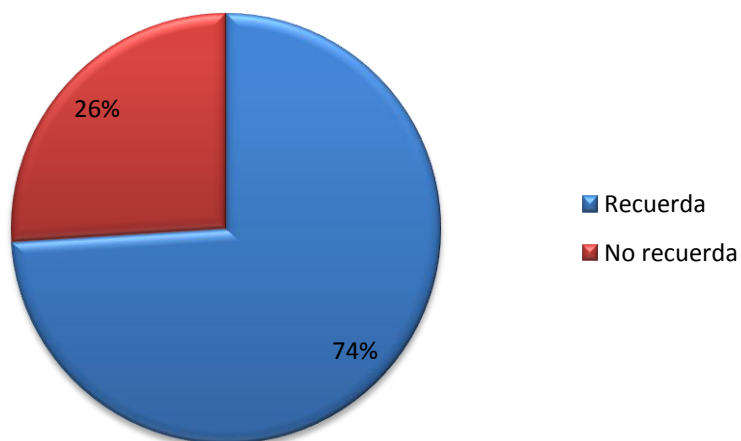
Gráfico N° XXX : Distribución de la población en estudio según uso de método anticonceptivo previo a la gestación actual. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 18% de las gestantes usuarias de MAC usaba ACO combinado, el 20% usaba preservativo, y en un menor porcentaje inyectable mensual (5%), ACO de progestágenos (2%), coito interrumpido (2%), y otros como inyectable trimestral, DIU y método de calendario (1%).

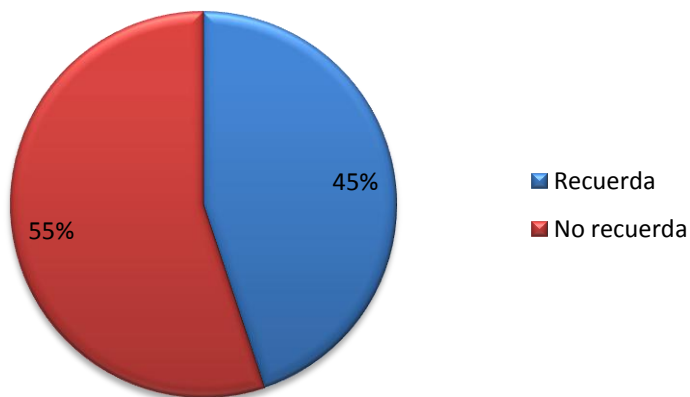
Gráfico N° XXXI Distribución de la población en estudio según fecha de última regla (FUR). Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que solo un 74% supo responder cual era la fecha de ultima regla, y un 26% no recuerda.

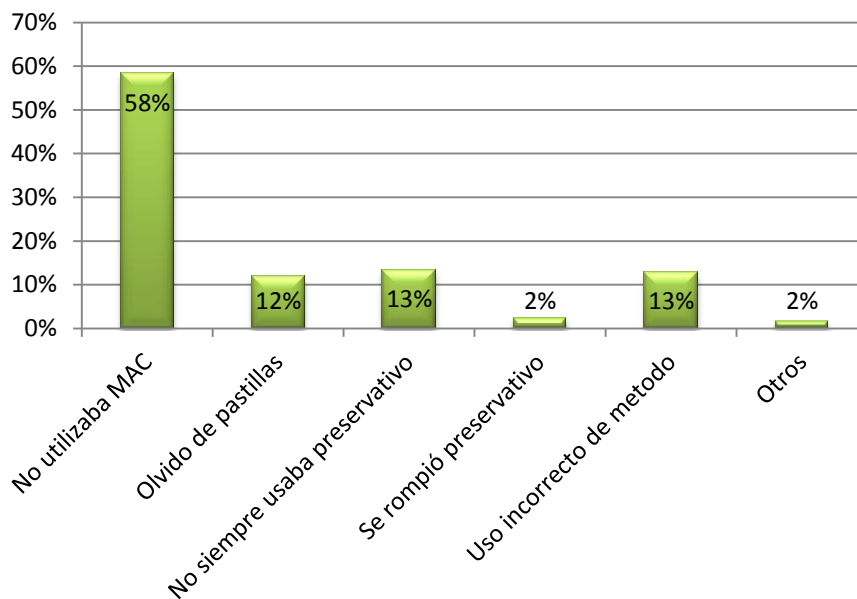
Gráfico N° XXXII: Distribución de la población en estudio según fecha del coito fecundante. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un 55% de las gestantes encuestadas no recuerdan la fecha de coito fecundante y un 45% si recuerda.

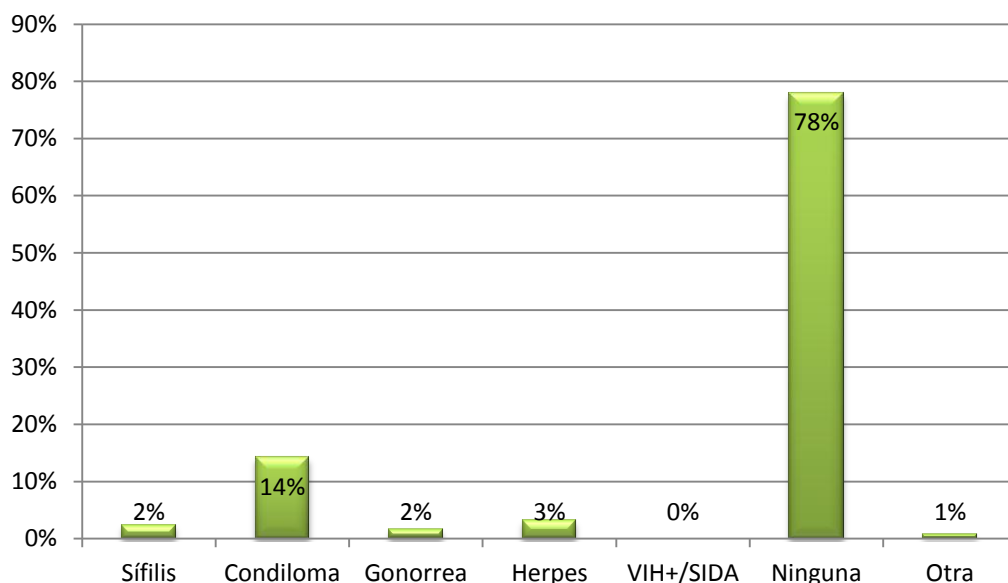
Gráfico N° XXXIII: Distribución de la población según causa de la gestación actual. Año 2013. (n=127)



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se puede observar que un 13% refirió un uso incorrecto del método, otro 13% que ocasionalmente utilizaba preservativo, un 12% relaciona la gestación al olvido de pastillas, un 2% refirió que se rompió el preservativo y el otro 2% a otras. El 58% restante no utilizaba un método anticonceptivo.

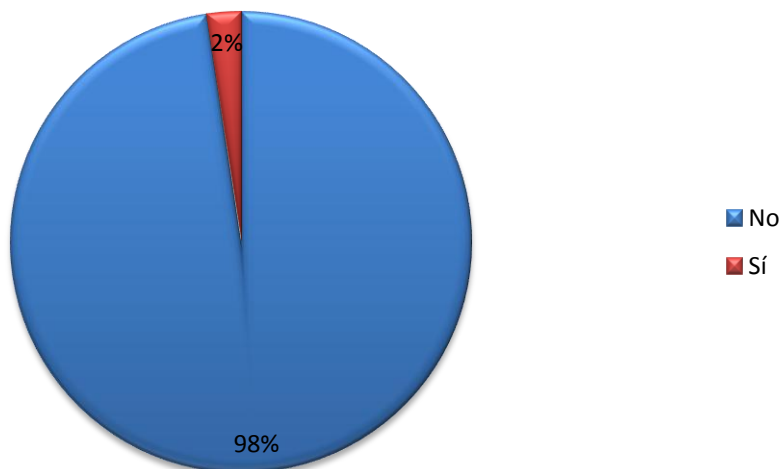
Gráfico N° XXXIV: Distribución de la población según antecedente de infecciones de transmisión sexual. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 14% de las gestantes entrevistadas ha presentado condilomatosis, un 3% ha tenido herpes, 2% sífilis y gonorrea, 1% ha presentado otra ITS y el 78% restante no tiene antecedentes.

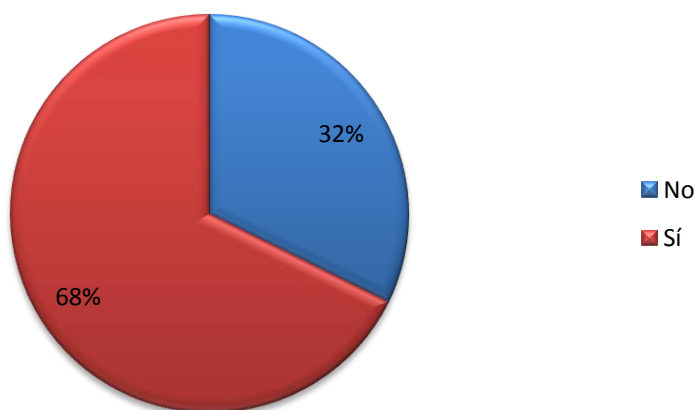
Gráfico N° XXXV: Distribución de la población según presencia de ITS durante la gestación. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que del 100% de gestantes entrevistadas, sólo un 2% presenta una ITS actualmente. El 98% restante no.

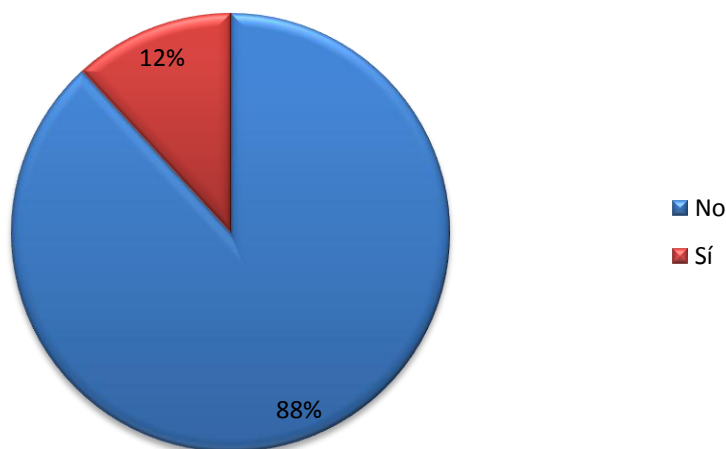
Gráfico N° XXXVI: Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco previo a la gestación actual. Año 2013. (n=127)



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un 68% de las gestantes consumía tabaco previo a la gestación actual y el 32% restante no.

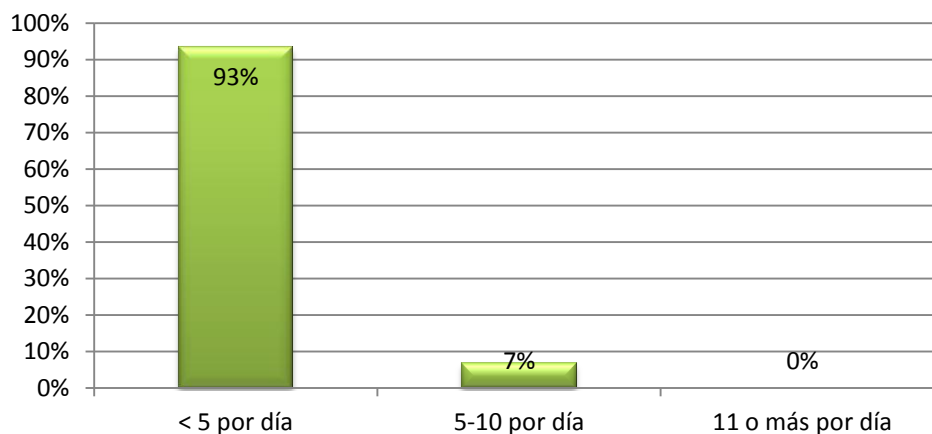
Gráfico N° XXXVII: Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco durante la gestación actual. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 12% de la población en estudio consume tabaco durante la gestación actual, el 88% no lo hace.

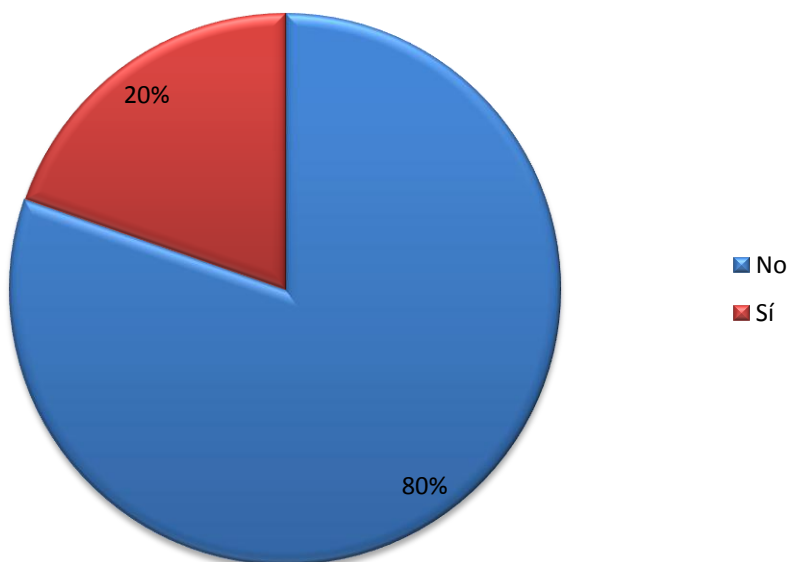
Gráfico N° XXXVIII: Distribución de la población consumidora de tabaco durante la gestación según número de cigarrillos diarios. Año 2013. (n=15).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de las gestantes que consumen tabaco durante la gestación un 93% de ellas consume menos de 6 diarios, un 7% 6-10 por día y un 0% consume 11 o más.

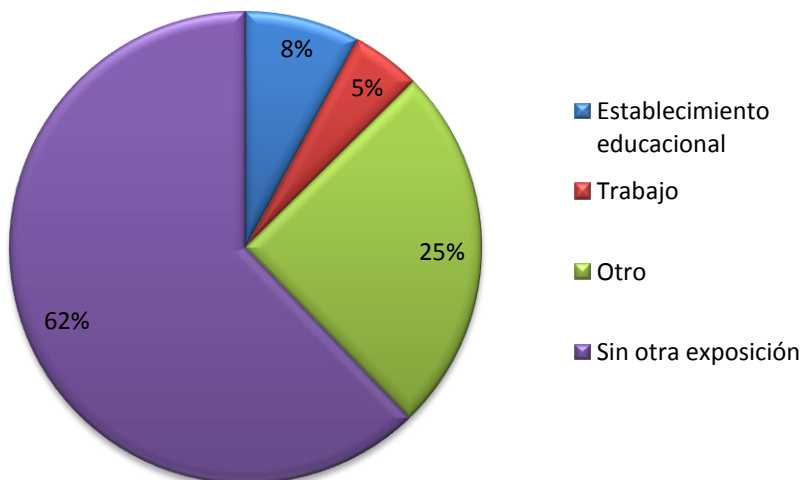
Gráfico N° XXXIX: Distribución de la población en estudio según consumo de tabaco en el interior del hogar. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que en el 80% de los hogares de las gestantes estudiadas no está permitido fumar dentro de la vivienda y en el 20% si se consume tabaco dentro del hogar.

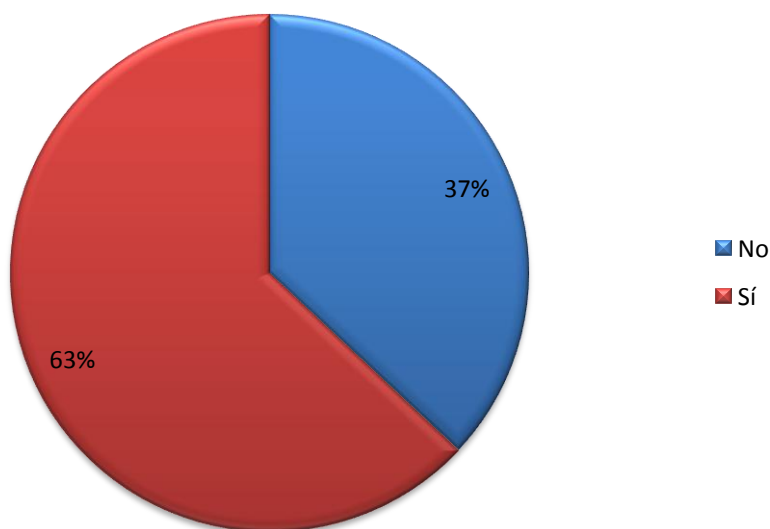
Gráfico N° XL: Distribución de la población en estudio según otro lugar de exposición al humo del cigarrillo. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un 8% de exposición es en establecimientos educacionales, un 5% en trabajo y otro 25% en otro lugar de exposición.

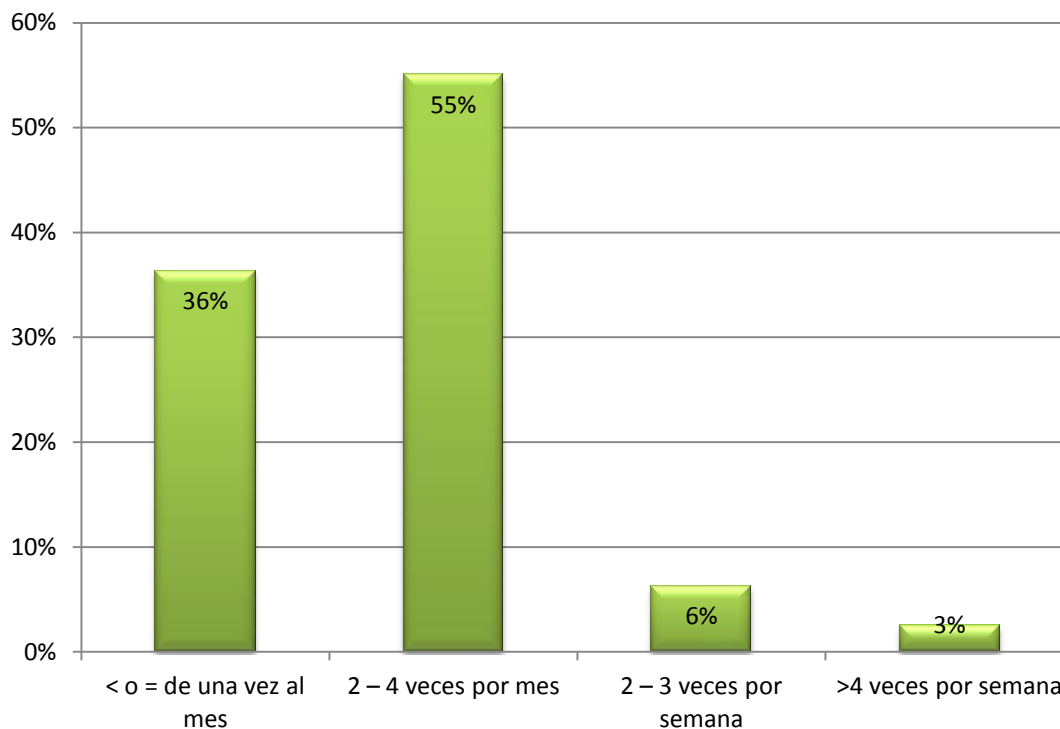
Gráfico N° XLI: Distribución de la población en estudio según consumo de alcohol 6 meses previos a la gestación actual. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 63% de las gestantes entrevistadas consumía alcohol antes de la gestación, y un 37% respondió no haber consumido.

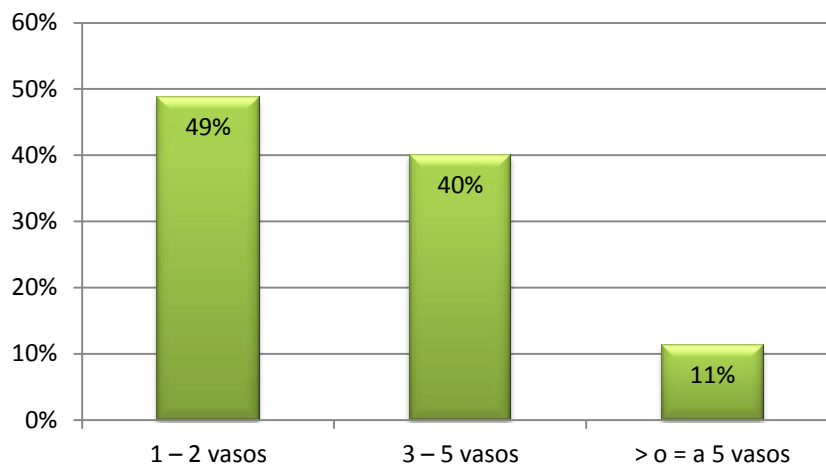
Gráfico N° XLII: Distribución de la población consumidora previo a la gestación actual según frecuencia de consumo. Año 2013. (n=80).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 80 gestantes que afirmaron consumir alcohol antes de la gestación actual, el 55% lo hacía entre dos a cuatro veces por mes, 36% consumía una vez o menos de una vez por mes, 6% consumía entre dos a tres veces por semana y 3% lo hacía más de cuatro veces por semana.

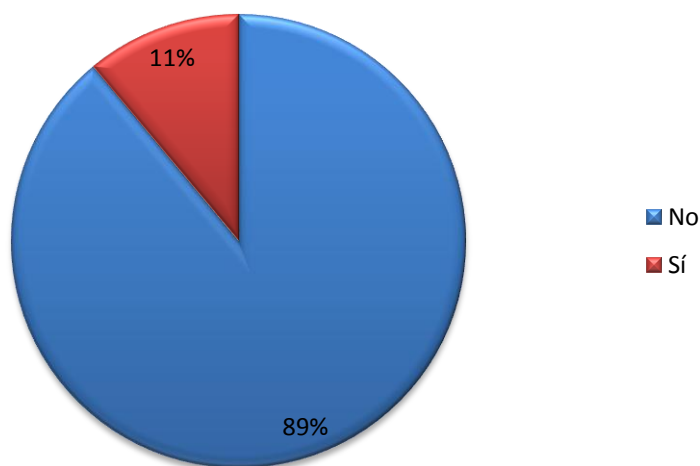
Gráfico N° XLIII: Distribución de la población consumidora de alcohol previo a la gestación actual según cantidad de vasos. Año 2013. (n=80).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

De la figura anterior se observa que el 49% de las gestantes afirmó consumir entre uno y dos vasos antes de la gestación, 40% bebía entre tres a cinco vasos y 11% consumía cinco o más vasos.

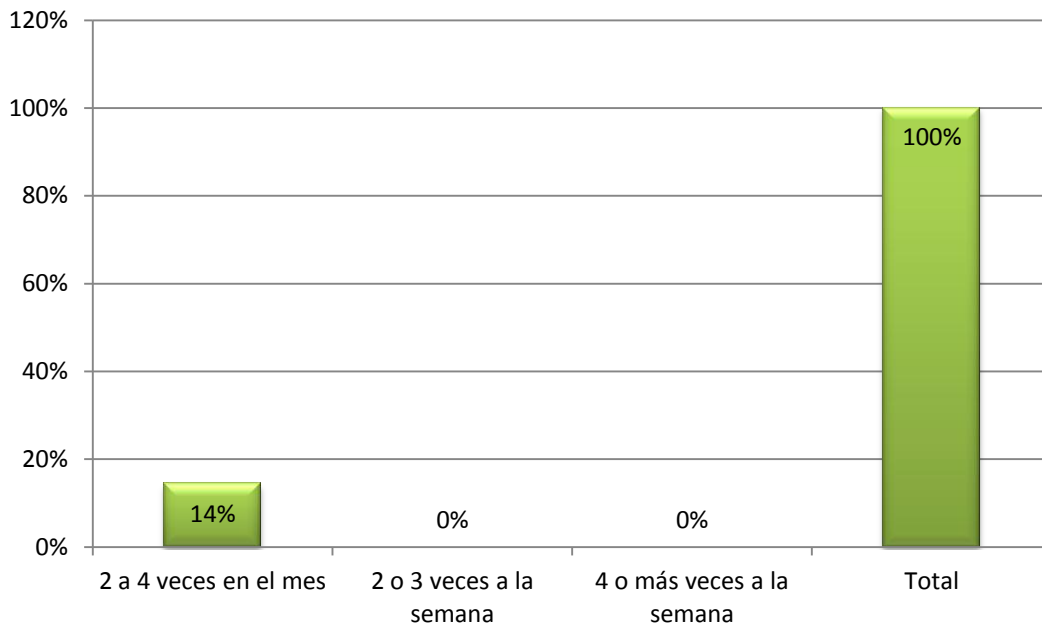
Gráfico N° XLIV: Distribución de la población en estudio según consumo de alcohol durante la gestación. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 127 gestantes adolescentes entrevistadas, el 11% afirmó haber consumido alcohol durante la gestación, y el 89% no ha consumido.

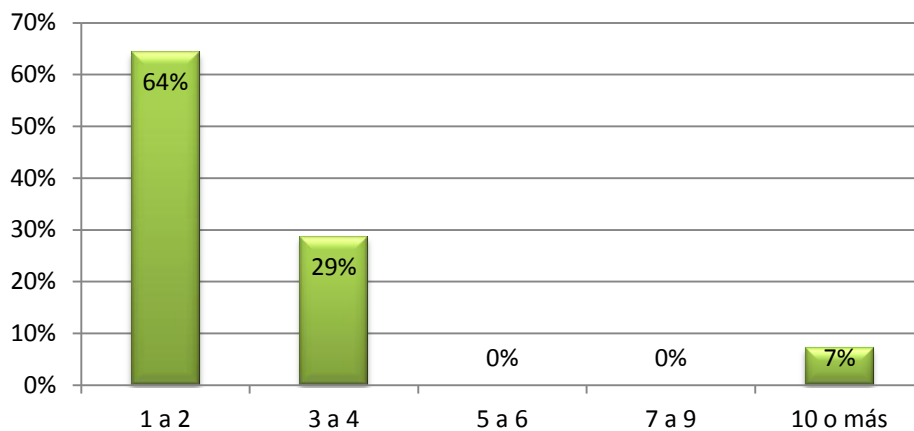
Gráfico N° XLV: Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según frecuencia de consumo. Año 2013. (n=14)



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

De un total de 14 gestantes que han consumido alcohol durante la gestación, el 86% lo hace una o menos veces al mes, y el 14% lo hace entre dos a cuatro veces al mes.

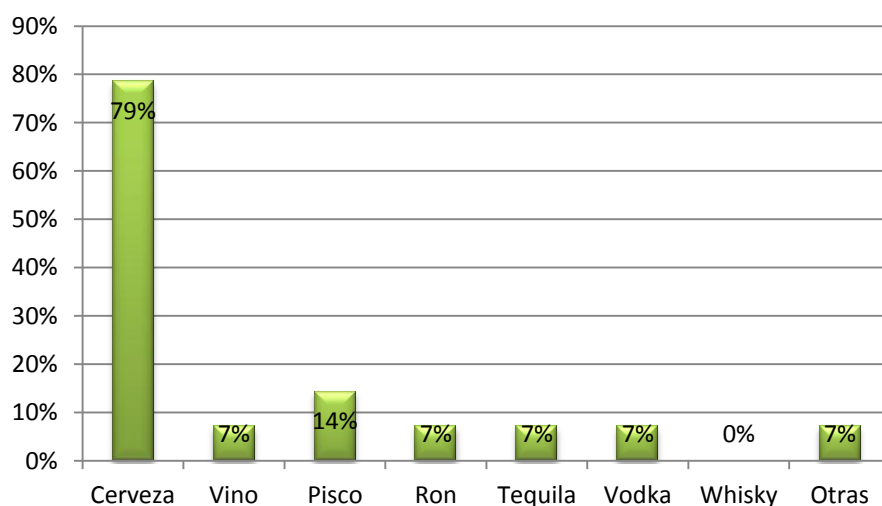
Gráfico N° XLVI: Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según cantidad de vasos. Año 2013. (n=14).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 64% de las gestantes consume entre uno y dos vasos de alcohol durante la gestación, el 29% consume entre tres a cuatro vasos y el 7% consume 10 o más vasos.

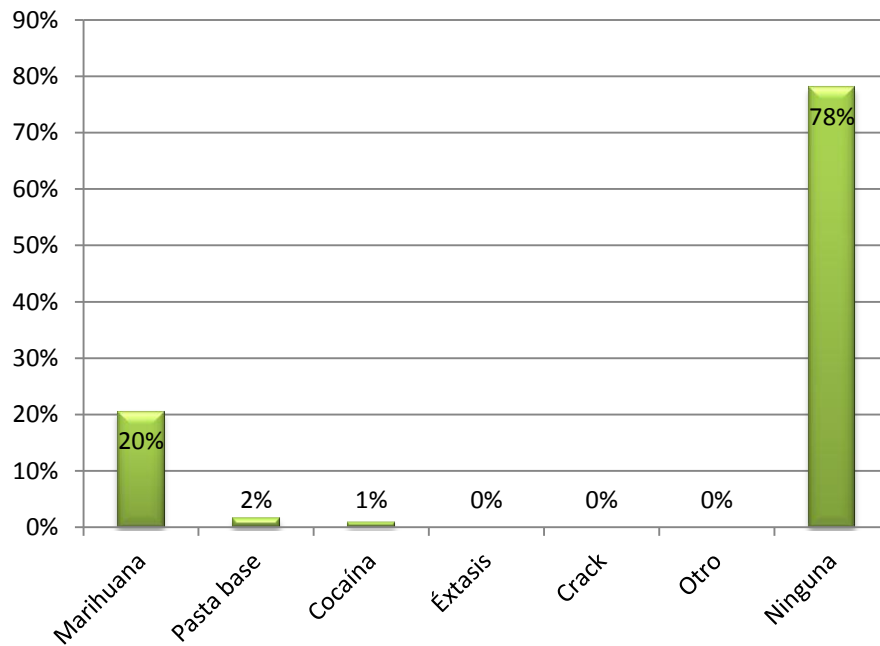
Gráfico N° XLVII: Distribución de la población consumidora de alcohol durante la gestación según tipo de bebida alcohólica. Año 2013. (n=14).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 79% gestantes consumidoras, beben cerveza durante la gestación, el 14% consume pisco, y el resto vino, ron, tequila, vodka, y otras bebidas alcohólicas como “cola de mono”.

Gráfico N° XLVIII: Distribución de la población en estudio según consumo de drogas durante la gestación actual. Año 2013. (n=127).

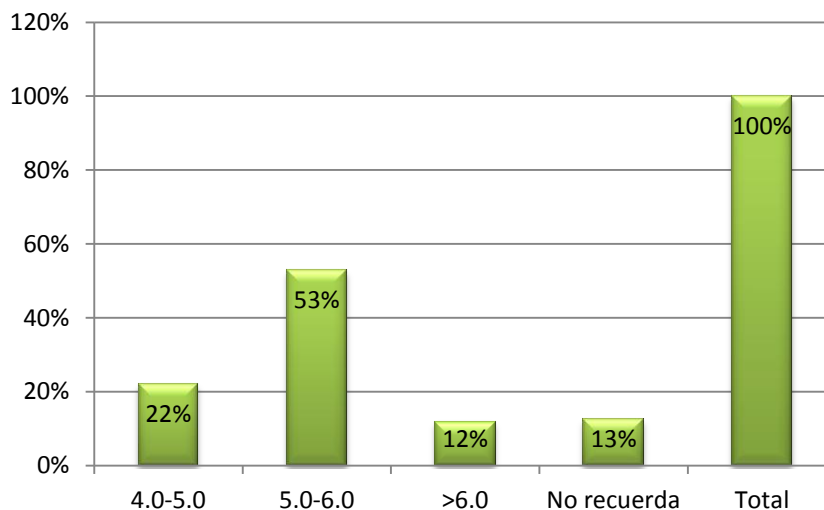


Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 127 gestantes entrevistadas, el 20% afirmó haber consumido marihuana durante la gestación, 2% ha consumido pasta base, y 1% cocaína. Cabe destacar que una de las gestantes consumió marihuana y cocaína durante la gestación.

A continuación se detallan los resultados según Objetivo específico N° 3: “Determinar la adhesión al sistema educacional y de salud de la gestante adolescente”.

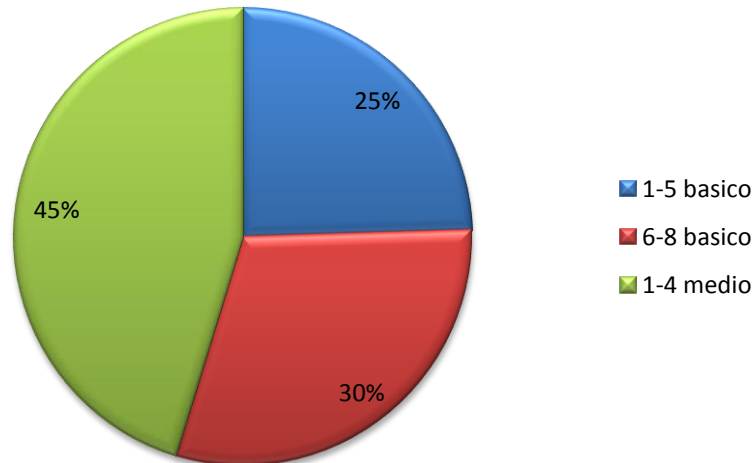
Gráfico N° XLIX: Distribución de la población en estudio según rendimiento escolar durante el último año aprobado. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que 53% de la población en estudio obtuvo un promedio de notas entre 5.0 y 6.0 el último año aprobado, el 22% obtuvo un promedio entre 4.0 y 5.0, 12% obtuvo un promedio sobre 6.0, y el 1% obtuvo promedio bajo 4.0.

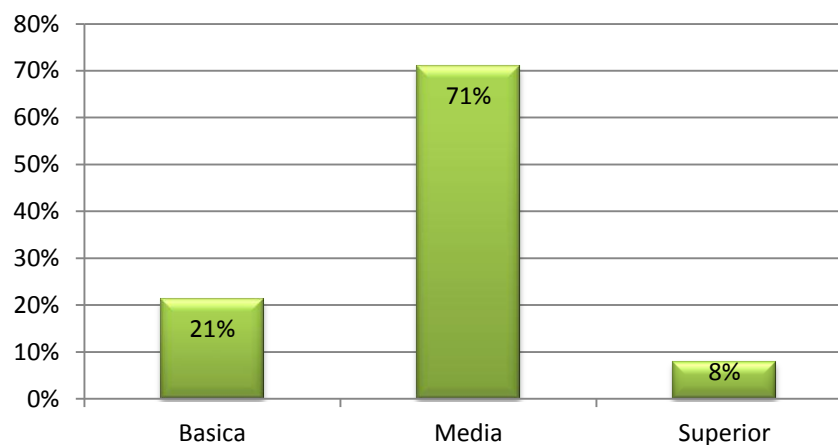
Gráfico N° L: Distribución de la población en estudio según antecedente de repetición. Año 2013. (n=53).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que de un total de 53 gestantes con antecedentes de repetición, el 45% ha repetido al menos un curso de primero a cuarto medio, el 30% ha repetido al menos un curso de sexto a octavo básico y el 25% ha repetido algún curso de primero a quinto básico.

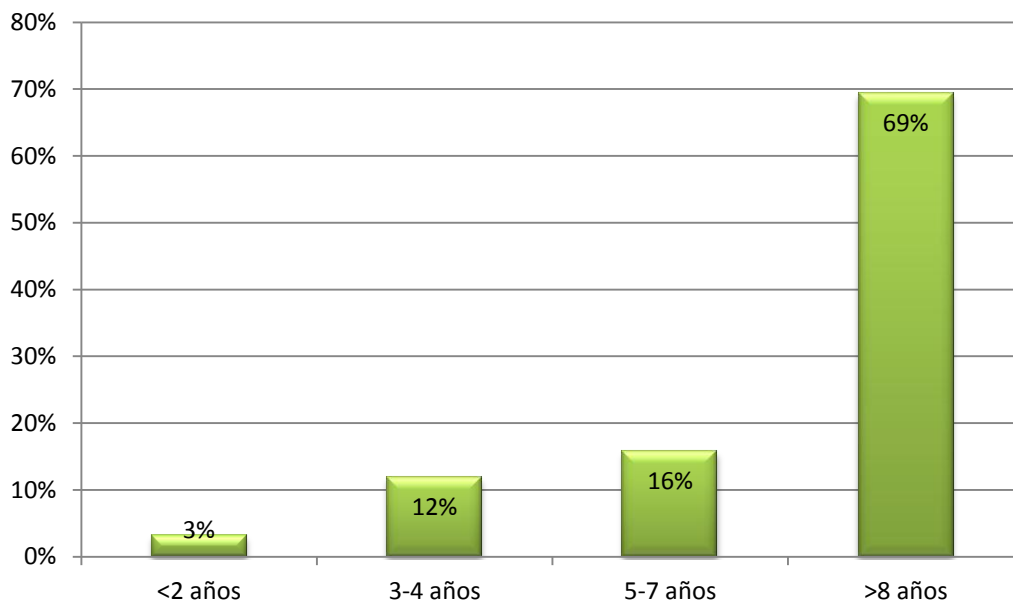
Gráfico N° LI: Distribución de la población en estudio según nivel educacional. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 71% de las gestantes ha aprobado al menos un curso de enseñanza media, 21% ha aprobado sólo cursos de enseñanza básica, y sólo 8% ha aprobado algún año de educación superior.

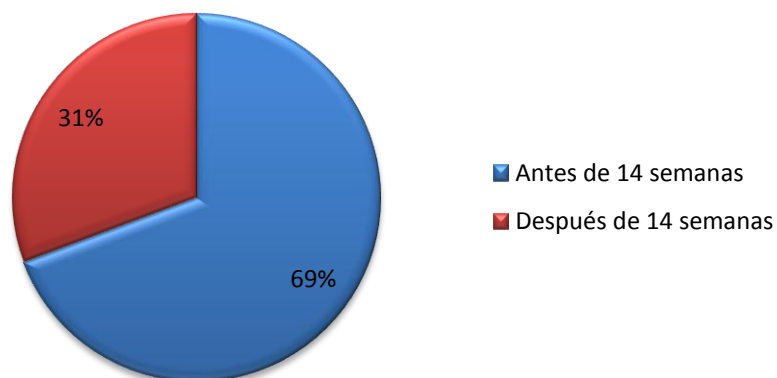
Gráfico N° LII: Distribución de la población en estudio según años de educación aprobados. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 69% de las gestantes ha aprobado 8 años o más, 16% ha aprobado entre 5 y 7 años, 12% ha aprobado entre 3 y 4 años y sólo el 2% ha aprobado 2 años o menos.

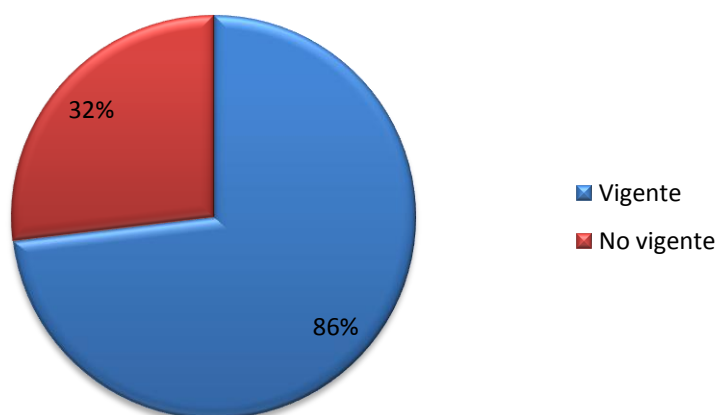
Gráfico N° LIII: Distribución de la población en estudio según semanas de ingreso a control prenatal. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que un 69% de las gestantes entrevistadas tuvo su ingreso a control prenatal con profesional Matrón o Matrona antes de las 14 semanas, y un 31% lo hizo posterior a éstas.

Gráfico N° LIV: Distribución de la población en estudio según condición de controles prenatales. Año 2013. (n=127).



Fuente: Unidad de ARO, puerperio y Consultorio de Especialidades Hospital Carlos Van Buren

Se observa que el 86% de las gestantes entrevistadas tiene sus controles prenatales vigentes, y un 32% no posee sus controles vigentes.